

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA - MESTRADO

RENATA LAUREANO DA SILVA

**AS VERSÕES DE APOIO MATRICIAL POR UM GRUPO DE PROFISSIONAIS DE
SAÚDE**

Maceió

2017

RENATA LAUREANO DA SILVA

**AS VERSÕES DE APOIO MATRICIAL POR UM GRUPO DE PROFISSIONAIS DE
SAÚDE**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Alagoas, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Prof.^a Dra. Maria Auxiliadora Teixeira Ribeiro.

Maceió

2017

Catálogo na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central

Bibliotecária Responsável: Helena Cristina Pimentel do Vale

S586v Silva, Renata Laureano da.
As versões de apoio matricial por um grupo de profissionais de saúde / Renata Laureano da Silva. – 2018.
183 f.

Orientadora: Maria Auxiliadora Teixeira Ribeiro.
Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de Alagoas.
Instituto de Psicologia. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Maceió,
2017.

Bibliografia: f. 117-124.
Apêndices: f. 125-183.

1. Psicologia. 2. Atenção básica à saúde. 3. Apoio matricial. 4. Saúde mental.
I. Título.

CDU: 159.9:612.3



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS - UFAL
INSTITUTO DE PSICOLOGIA - IP
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA - PPGP

TERMO DE APROVAÇÃO

RENATA LAUREANO DA SILVA

Título do Trabalho: "Apoio Matricial e as versões de um grupo de profissionais de saúde".

Dissertação aprovada como requisito para obtenção do grau de Mestre em Psicologia, pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Alagoas, pela seguinte banca examinadora:

Orientadora:

Maria Auxiliadora Teixeira Ribeiro
Prof.^a Dr.^a Maria Auxiliadora Teixeira Ribeiro (PPGP/UFAL)

Examinadoras:

Mary Jane Paris Spink
Prof.^a Dr.^a Mary Jane Paris Spink (PUC/SP)

Cristina Camelo de Azevedo
Prof.^a Dr.^a Cristina Camelo de Azevedo (IP/UFAL)

Maceió-AL, 21 de agosto de 2017.

AGRADECIMENTOS

Nunca fui uma pessoa que teve “tudo”, mas eu tive tudo que eu precisava: o apoio das pessoas que eu amo. E sem isso, não teria alcançado nem um terço do que consegui.

As primeiras pessoas foram meus pais, Cleonice e José Carlos, os quais sempre me apoiaram e confiaram no meu potencial especialmente nos momentos nos quais deixei de acreditar em mim mesma. Obrigada por todo amor incondicional e apoio de vocês. E lógico, por todo investimento financeiro também. Mainha, obrigada por me ensinar ser uma guerreira, mesmo sendo sua princesa e por ser um exemplo de superação. Painho, obrigada por me escutar, pelo carinho nos teus pequenos gestos e tentar compreender “meu lado”.

Ao meu irmão, Fernando, por sua chatice e por sempre me lembrar de que eu poderia me estressar bem menos com os estudos. Mas, especialmente, obrigada “Emo” por me dar a confiança de que sempre poderia contar contigo e aprender tão bem a lição que Mainha ensinou que “irmãos tem que ser unidos, que, assim, sempre teríamos um ao outro”.

Ao Leonardo, por ter me lembrado o quanto eu sou forte e por estar ao meu lado em todos os momentos, principalmente nos momentos que pensei que não conseguiria mais. Você foi minha inspiração de dedicação e esforço.

É comum durante o processo de mestrado ouvir sobre relações conflituosas entre orientadores e orientados. Quando escutava isso, sempre pensei na sorte que tinha em ter como orientadora a professora Maria Auxiliadora, a qual me acompanhou desde a graduação, residência e agora no mestrado (e não vai se ver livre assim de mim tão fácil). “Xili” obrigada por todo conhecimento, aprendizado e anos de dedicação, ou seja, obrigada pelo Apoio Matricial por todos esses anos. Agradeço por me acalmar nos momentos que mais precisava e brigar nas horas que necessitava. Você foi muito além de uma professora e agradeço também por me deixar ser sua “Xilinha”.

Agradeço também ao grupo de pesquisa “PROSA” por toda torcida, apoio e carinho. Especialmente, aos professores Jefferson Bernardes e Telma Low que muito contribuíram para meu processo de aprendizagem e também à Niedja pela colaboração e leitura atenciosa.

À professora Cristina Camelo, nossa querida “Cris”, pela assistência desde a residência, pelas contribuições e olhar cuidadoso para esta dissertação. E pelo aceite para compor a banca de avaliação.

À professora Vera Menegon, pelas contribuições durante a qualificação.

Agradeço também a minha turma de mestrado. Foram apenas doze estudantes na turma (Adriano, Kaanda, Lívia, Carolina, Karolline, Priscila, Karine, Héliida, Fabíola, Erise e Lara), mas nos apoiamos desde o momento da seleção. Esses estudantes (futuros mestres)

possibilitaram discussões incríveis em sala de aula. Meu obrigada especial à Kaanda (“Ka”) e Héliida (“deusa”), por serem além de colegas de mestrado e tornarem-se minhas amigas e por todo apoio durante o processo do mestrado.

O meu obrigada também aos professores Frederico Costa, Simone Hüning, Jefferson Bernades e Xili pelas excelentes aulas ministradas e que muitas das discussões e produções encontram-se nessa dissertação.

Durante o mestrado tive a incrível experiência de realizar a mobilidade acadêmica na PUC-SP. Foi uma vivência de amadurecimento científico e também pessoal. Queria agradecer primeiramente à professora Mary Jane Spink pelo acolhimento, pelas orientações, por disponibilizar tempo para conversar comigo e me instruir. E isso é muita coisa, diante do disputado tempo entre os orientandos/filhos. A senhora nem imagina o quanto aprendi em pouco tempo, principalmente porque me deixou ser quase um “carrapatinho” (onde a professora Mary Jane ia, eu ia atrás). Não poderia escolher outra pessoa para compor a banca e obrigada por aceitar.

Meu agradecimento aos mestrandos e doutorandos que compõem o núcleo de “Práticas Discursivas e Produção de Sentidos” da PUC-SP, coordenado pela professora Mary Jane. Vocês me abraçaram (literalmente) e me fizeram sentir como se já pertencesse a esse grupo há muito tempo. Apesar do pouco tempo de convivência, sinto falta de vocês porque cada um me marcou positivamente de alguma forma.

No entanto, não poderia deixar de agradecer especificamente ao Mário Martins (“Marito”) que tem sido um amigo prestativo desde o PET, que me instrui e fornece o exemplo de inteligência e dedicação.

À Julia Gomes e Lita (“Litinha”) por me acolherem, me fazer sentir querida e por ser a concretude da frase que em São Paulo há muito amor. À querida “Tê” pela acolhida, carinho, pelo tour e dicas de São Paulo e por ser aquela pessoa a que podia recorrer em uma cidade em que não conhecia ninguém.

À professora Cristina Vicentim que também me acolheu em seu núcleo de pesquisa, disponibilizou tempo para fazer contribuições nessa pesquisa e por me apresentar pessoas que foram tão solícitas comigo para dialogar sobre Apoio Matricial, como Camila Avarca, Saulo e Luíza Santa Cruz.

Aos meus queridos amigos, Aline Kelly (“Kellytxa”), Ana Luísa Cataldo (“Lulu”) e Alisson (“All’s”) por toda contribuição de conhecimento nessa dissertação, mas especialmente pelo sentimento puro e verdadeiro de amizade, apoio e os momentos de descontração. Vocês são meus anjos.

Cibele (“Cii”), Thamyrys (“Thamy”), Lara (“Piveta”), Aline (“Galzinha”), Wevelyn (“Lelly”) e Greta (“Gretinha”) por serem a prova de amigas leais e que uma amizade pode perdurar por anos. Agradeço também pela torcida pelo meu sucesso, pelas risadas e momentos de descontração e também por elevarem meu ego, por sempre afirmarem que sou inteligente.

Às minhas amigas que carinhosamente chamo de Divas: Ana Carolina (“Kerow”), Jessica Melissa (“Jess”) e Jéssica Vital (“Jessiquinha”) por me lembrarem de que iria conseguir e por colocarem música em minha vida. Especialmente à Ana Carolina pela leitura atenciosa e contribuições nesse estudo.

Às amigas recentes que fiz na residência, Patrícia Marinho (“Patty”) e Laís Navarro (“Laisinha”), por torcerem por mim e também por compartilharem as nossas angústias no processo de mestrado. Também às minhas queridas: Dijayna (“Dijinha”), Camila Carnaúba (“Camilete”), Júlia (“Juletxe”) pelos momentos de risada, descontração e o carinho constante.

Às minhas amigas Camila Agra, Carine Agra, Camilla Couto e novamente Jéssica Vital pelos longos anos de amizade e pela torcida desde a época do vestibular.

À minha psicóloga Karla, por toda a escuta qualificada nesses anos, apoio psicológico e por sempre ter acreditado em mim.

À minha amiga Débora Gouveia, por me fazer acreditar que o amor perdura apesar da distância e por toda vez que estava angustiada pelo mestrado compartilhou sua própria experiência com o mestrado.

À minha cunhada Nathaly, por torcer pelo meu sucesso. Aos meus parentes que, mesmo distantes, oram por mim. Especialmente minha avó Lourdes, meus tios Almir e Eunice por quais nutro imenso carinho e amor. Não poderia faltar uma menção honrosa à minha avó Almerinda que, gentilmente, chamávamos de “Mirinda” e infelizmente não poderá ler esse agradecimento, mas que me ensinou sobre um amor gentil, me ensinou sobre dedicação ao buscar aprender a ler depois de idosa e também que “amiga não pode ser falsa”.

Novamente à amiga Kelly, pelas palavras de apoio, pela leitura e correções criteriosas. Obrigada por ser a amiga que todos sonham em ter.

Aos participantes do meu estudo, que por princípios éticos não posso citar os nomes, no entanto, eles sabem quem são e no processo de escrita pensava em produzir algo que eles pudessem aproveitar em seus trabalhos e sentissem prazer ao ler. Obrigada pela disponibilidade e contribuição de cada um de vocês.

Por último, mas não menos importante, queria agradecer a uma certa força impossível de explicar em palavras e muito menos em termos científicos. Alguns o chamam de Deus, outros de deuses ou forças da natureza. Para mim, não importa o nome, importa apenas como

vivencio e sinto isso. Força essa que me guia, me protege e me mantém firme em meus princípios e sonhos.

*“Se quiser ir rápido, vá sozinho.
Se quiser ir longe, vá em grupo”.*
(Provérbio Africano)

RESUMO

Buscamos compreender as versões do Apoio Matricial de um grupo de profissionais de saúde. Nosso estudo pauta-se no referencial teórico-metodológico das práticas discursivas e produção de sentidos, fundamentado na perspectiva do construcionismo social. Para alcançar os objetivos propostos, a pesquisa foi desenvolvida em dois momentos: o primeiro consiste na participação da pesquisadora em um projeto de extensão sobre matriciamento e o segundo uma oficina sobre matriciamento com profissionais da área da saúde. Para a análise dos repertórios produzidos, utilizamos como ferramentas os diários de campo, no primeiro, e os mapas dialógicos, no segundo. A participação no projeto possibilitou discutirmos as relações entre as profissões e articulação entre os profissionais para a construção de ações de matriciamento. A partir da oficina, os repertórios utilizados pelos profissionais foram classificados de acordo com o foco dado ao matriciamento: “entre profissionais”; “em si mesmo”; “usuário”; “modelo proposto” e “teoria x prática e prática”. Predominaram os repertórios que circulam na literatura científica, compreendidos como respostas à pesquisadora e de acordo com o lugar em que foram posicionados. Os profissionais denominam o matriciamento como um saber construído “entre” os profissionais e que não é uma soma de ações. Consideramos o Apoio Matricial como um conceito em construção, fluido e leve, fluidez no sentido oposto à superficial, para trabalhar com a imprevisibilidade dos serviços de saúde. É inviável compreender o AM como único e universal, é produzido de diferentes maneiras, ocasionando diversas versões que performam, produzem realidades. Essas versões mudam e são produzidas enquanto práticas distintas acontecem em diferentes contextos.

Palavras-chave: Apoio matricial. Saúde mental. Atenção básica à saúde. Práticas discursivas e produção de sentidos.

ABSTRACT

We aim at understanding the versions of Matrix Support (MS) produced by a group of health professionals. The study is based on the discursive practices and meaning construction framework within social constructionism perspective. To achieve our goal, we used two methodological strategies: participation in an extension project about MS and a workshop with health professionals. Information was produced by using field journals and group interviews. Analysis was made based on the construction of dialogic maps and focused on the use of linguistic repertoires. The participation on the extension project made it possible to discuss how relations between health professionals could develop MS actions. Health professionals at the workshop expressed linguistic repertoires related to different MS relations: “between professionals”; “self-experience”; “with public health users”; “with the current model” and “theory *versus* practice”. The linguistic repertoires used by health professionals were the same used in scientific literature on MS. We understand these repertoires as replies to the researcher herself and her positioning in the workshop. Health professionals name MS a kind of knowledge produced “in between”, not just a sum of random actions. MS is a concept in construction, flexible and light. Flexibility and lightness means the opposite of superficiality: it is necessary to work with unpredictability at the health services. MS is unique and universal, produced in different ways, resulting in different versions which perform multiple realities. These versions change from place to place when perform different practices.

Keywords: Matrix support. Mental health. Primary health care. Discursive practices and meaning construction.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Número de produções em ordem decrescente classificadas a partir das regiões brasileiras.....	30
Quadro 2 - Número de produções classificadas a partir do ano de publicação.	31
Quadro 3 - Número de produções em ordem decrescente classificadas a partir da Área de conhecimento dos autores.....	32
Quadro 4 - Nome das revistas e número de produções classificadas em ordem decrescente. .	32
Quadro 5 - Número de produções classificadas a partir dos focos de discussão das pesquisas	33
Quadro 6 - Aspectos predominantes nos estudos e autores.....	34
Quadro 7 - Quantitativo dos participantes da oficina a partir da categoria profissional e área de atuação.....	60
Quadro 8 - Categorização dos participantes da oficina a partir do nome, profissão e nível de atenção e participação no projeto piloto.	62
Quadro 9 - Categorização das palavras, expressões e sentimentos compartilhados pelos participantes da oficina durante a etapa de associação de ideias.....	79
Quadro 10 - Direcionamento das ações e número de itens classificados em cada categoria.	104

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
AM	Apoio Matricial
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
ER	Equipe de Referência
ESF	Estratégia Saúde da Família
HUPAA	Hospital Professor Alberto Antunes
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PNH	Política Nacional de Humanização
SF	Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNCISAL	Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas
UFAL	Universidade Federal de Alagoas

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	10
1 INTRODUÇÃO	13
1.1 Contexto: Reforma Psiquiátrica Brasileira	13
1.2 O início do Apoio Matricial	15
1.3 A pesquisa	26
1.4 Estrutura da dissertação	27
2 MAPA DO TERRENO: UMA REVISÃO DIALÓGICA DA LITERATURA	27
2.1 Panorama geral das produções técnico-científicas sobre Apoio Matricial	29
2.2 Multiplicidade do termo Apoio Matricial	35
2.3 Obstáculos, desafios e limites para implantação do Apoio Matricial	36
2.4. Potencialidades do Apoio Matricial	42
3.1 O Movimento Construcionista e seu diálogo com a Psicologia	45
3.1.1 Condições de possibilidade	47
3.1.2. Características e Postulados Básicos do Construcionismo Social	50
3.2. Práticas Discursivas e Produção de Sentidos	54
3.3. Ética Dialógica e os Horrores Metodológicos	57
3.4. Percurso Metodológico	58
4 APOIO MATRICIAL E SUAS VERSÕES	64
4.1 Descrição da Participação no Projeto “Matriciamente”: estimulando ações de matriciamento em Maceió”	65
4.2 O início da Oficina	68
4.3. Primeira etapa da Oficina: Apoio Matricial e a Associação de Ideias	69
4.4 Discussões	78
4.5 Segundo momento da Oficina: Identificando práticas que se caracterizam como Apoio Matricial	92
4.6 Classificação das ações avaliando para quem foram direcionadas	103
4.7 Discussões	104
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	114

APRESENTAÇÃO

A estrada de tijolos amarelos...¹

O momento exato em que ouvi ou discuti pela primeira vez sobre o Apoio Matricial (AM) não foi possível recordar. O meu primeiro estágio, na disciplina de estágio básico, foi realizado em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), o qual se destinava a atender adultos e seus familiares. No final do curso, realizei meu estágio no Serviço de Psicologia Aplicada, a clínica escola, da UFAL e em um CAPSi, serviço cujo foco é o atendimento psicossocial de crianças e adolescentes. Acompanhava a rotina, os diversos desafios dessas instituições, discutia e aprendia muito com meus preceptores. A partir dos estágios, aprofundei-me nas Políticas Públicas de Saúde Mental e fui me inserindo pouco a pouco no contexto do matriciamento.

Por volta de 2011, durante a pesquisa do Programa de Educação Tutorial de Psicologia, do qual erámos integrantes (minha orientadora como tutora e eu como bolsista), duas psicólogas de um CAPS de uma cidade do interior de Alagoas relataram sobre o matriciamento. Essa pesquisa tinha o objetivo de configurar o espaço da psicologia nas Políticas Públicas do Estado de Alagoas. Essas profissionais já realizavam a prática do Apoio Matricial, afirmando que tal ação era uma ponte entre o CAPS e a Unidade Básica de Saúde (UBS), uma porta de comunicação e parceria entre os serviços com o objetivo de conscientizar e dividir as demandas da população. Tal experiência produziu reflexões e inquietações, visto que em Maceió nenhum dos profissionais entrevistados relatou uma ação desse tipo. Estranhámos saber que no interior já havia essa ação, enquanto que em Maceió o Apoio Matricial ainda não era realizado.

Após a graduação, ingressei no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto e do Idoso da UFAL. Ao ingressar no serviço e acompanhar as atividades diárias, aprendi que a concretização dos princípios do SUS não era tão fácil assim. Há inúmeros fatores no cotidiano dos serviços produzindo efeitos em pessoas e instituições. Ao final desse programa, atendendo no Hospital-Dia do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPPA), um dos cenários de práticas da Residência, um usuário e seus familiares trouxeram diversas demandas de saúde dos integrantes dessa família e a dificuldade de atendimento

¹ Analogia ao filme Mágico de Oz (1939) no qual acompanhamos a personagem Dorothy percorrer a estrada de tijolos amarelos para chegar à Cidade das Esmeraldas e encontrar o Mágico de Oz. Nesse trajeto, a personagem faz amigos: o Espantalho, o Leão e o Homem de Lata, os quais se juntam a ela nessa jornada. A partir desse encontro e no percorrer da estrada, notamos o enfrentamento das angústias e dos medos e, assim, o desenvolvimento de cada personagem. O mestrado lembra-me muito essa história, e que sem as pessoas que encontrei não estaria nesse processo de amadurecimento que o mestrado proporciona.

naquele serviço, porque moravam em um município do interior, bastante distante da capital do estado.

Esse usuário já era paciente do CAPS, porém tanto ele quanto seus familiares traziam questões que iam além do contexto daquela instituição. Portanto, em diálogo com eles, tentei que buscassem uma articulação com a ESF da cidade na qual moravam. Eis que eles me relatam que já tentaram fazer isso e que foram informados que *“Paciente do CAPS é paciente do CAPS, paciente do posto é paciente do posto”*.

Essa sentença me inquietou muito e inquieta-me até hoje. E talvez tenha sido o efeito dela em mim que me provocou a pensar: “Chega, é isso, preciso pesquisar sobre essa articulação entre Atenção Básica e Saúde Mental”. Outra influência muito importante consiste em que, ainda na Residência, cursei uma disciplina intitulada “Psicologia e o SUS” e tive a oportunidade de me aprofundar nos princípios da Política Nacional de Humanização (PNH), ler sobre as experiências de humanização no país e acompanhar as reuniões da Câmara Técnica de Humanização do Estado. Diante desse panorama, no mestrado, focalizei meu interesse de estudo no Apoio Matricial.

No entanto, o AM é “outro mundo”, amplo e com diversos pontos que podem ser pesquisados. Diante disso, não tentei definir meu problema de pesquisa a princípio e comecei a situar-me sobre meu campo-tema (SPINK P., 2004). Campo, em nossa perspectiva, não é um lugar específico, separado e distante, ele é entendido como argumento no qual estamos inseridos que têm múltiplas faces e materialidades, que acontecem em muitos lugares diferentes.

Durante o primeiro ano do mestrado, tive conhecimento de uma reunião que aconteceria na Secretaria Municipal de Saúde (SMS), sobre a organização do processo de matriciamento da Saúde Mental na Atenção Básica no 6º e 8º distritos sanitários do município de Maceió. Durante o encontro, foi discutida a proposta de implantação de um projeto de extensão (piloto) de ações de AM nesses territórios, encaminhada por professores do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), em parceria com a SMS, visto que na capital tais ações são ínfimas e desarticuladas da Secretaria Municipal de Saúde. Também foi solicitado aos profissionais presentes que formassem as equipes matriciadoras. Nesse momento, solicitei a minha participação no projeto, a qual foi aceita pelos presentes.

Acompanhei a execução desse projeto de extensão da UFAL, intitulado “Projeto MatriciaMENTE: estimulando ações de matriciamento em Maceió”, que objetiva desenvolver ações de educação permanente que estimulem o matriciamento da saúde mental na atenção básica no município de Maceió

Há muitos tijolos amarelos a percorrer ou até mesmo trilhar outros caminhos possíveis e essa dissertação é apenas um dos caminhos possíveis de serem trilhados, que pode trazer mais dúvidas que respostas. A proposta agora é trazer o Apoio Matricial para o diálogo, colocá-lo nessa arena de discurso, na qual permeiam múltiplas versões desse mesmo arranjo. E é sobre o início dessa estrada que relatarei a seguir.

1 INTRODUÇÃO

Para o início do diálogo desta dissertação, relatamos sobre o contexto da reforma psiquiátrica e a importância desse movimento para a consolidação do Apoio Matricial. Posteriormente, discutimos sobre as conceituações de Apoio Matricial por meio de suas caracterizações ao longo dos anos. Por último, descrevemos como a pesquisa foi realizada e seus objetivos, assim como a sua organização.

1.1 Contexto: Reforma Psiquiátrica Brasileira

Para começar a falar do Apoio Matricial, iniciaremos pelo contexto em que ele surgiu. A princípio, compreendemos que o arranjo do Apoio Matricial foi conceituado em um momento sócio histórico, que permitiu a discussão da articulação entre Saúde Mental e Atenção Básica. Podemos localizar a Reforma Psiquiátrica como esse momento, com o potencial de suscitar tais reflexões.

Nesse movimento, a instituição manicomial foi problematizada como um lugar de produção de doença mental. O processo de Reforma Psiquiátrica realizava uma crítica à estrutura asilar, considerada patologizante e cronificadora; portanto, buscavam a reestruturação do hospital. Entretanto, é a Psiquiatria Democrática Italiana, com seu maior expoente em Franco Basaglia, que impulsiona o movimento e permite reformas, por discutir a exclusão imposta pela função social da psiquiatria, indo além da análise de natureza médico-psicológica da “loucura” (DIMENSTEIN et al, 2009).

Tal Reforma iniciou-se no contexto brasileiro a partir da década de 1970 e trouxe uma nova concepção para o atendimento às pessoas que apresentam transtornos mentais. Sua principal proposta é a desconstrução do modelo hospitalocêntrico e asilar por um modelo baseado em práticas de atenção psicossocial (BRASIL, 2005); portanto, o ato de cuidar dos indivíduos com problemas mentais é reinventado. Segundo Dimenstein et al (2009), este novo modelo consiste em compreender a saúde de maneira global, enredada ao modo de vida das pessoas. Há uma transformação no modelo vigente da época, visto que a saúde começa a ser percebida como um recurso para a produção de vida diária das pessoas.

Nesse novo panorama, a Reforma propõe que, aos poucos, os manicômios e hospitais psiquiátricos sejam substituídos por dispositivos que possibilitem o tratamento daqueles que apresentam transtorno mental vinculado aos laços sociais e familiares. Essa nova situação pode ser considerada como um processo político social, que envolve as esferas federal, estadual e

municipal, surgindo, assim, outros desafios aos serviços públicos de saúde mental, como pessoas com transtornos mentais graves egressas de hospitais psiquiátricos que não possuem laços familiares, crianças e adolescentes em situação de risco ou vulnerabilidade social, e o uso abusivo de álcool e drogas. Para enfrentá-los, é fundamental a articulação intersetorial com outros campos de atuação, para que se garanta o funcionamento e a operacionalização de uma rede de cuidados em saúde mental (OLIVEIRA, 2007).

A atenção básica tornou-se fundamental e apresenta grande potencialidade para modificar o modelo hospitalocêntrico. Na reforma o paradigma também muda, visto que o foco sai do processo saúde-doença e a saúde mental passa a ser considerada dentro da saúde coletiva como um processo psicossocial complexo. A integralidade, a intersetorialidade e a territorialidade passam a ser eixos fundamentais norteadores das práticas e do planejamento em saúde (DIMENSTEIN; GALVÃO; SEVERO, 2009).

Para consolidação dessa rede, tornou-se mister a articulação entre saúde mental e atenção básica. Por isso que a incorporação das ações de saúde mental na atenção básica tornou-se uma prioridade no cenário atual. Nesse sentido, foi na busca da concretização dessa articulação que o dispositivo do Apoio Matricial é discutido no campo da Saúde e formulado por Campos (1999).

O matriciamento é um tipo de organização participativa da atenção à saúde baseada em uma matriz em que os diversos profissionais estão envolvidos. Opera por meio da criação de redes de relacionamentos e trocas entre profissionais de vários serviços que cuidam da saúde. O objetivo desse tipo de estrutura é garantir que as equipes profissionais estejam cientes das trajetórias nos serviços de saúde, assim como garantir atenção integral em todos os níveis da assistência (SPINK, 2010).

As primeiras experiências de Apoio Matricial ocorreram no SUS de Campinas-SP, a partir de 1989. Além disso, o município de Campinas destaca-se no cenário nacional pela sua história de pioneirismo nos processos da Reforma Psiquiátrica (FIGUEIREDO; ONOCKO-CAMPOS, 2009). Diante disso, o Ministério da Saúde propôs a estratégia do Apoio Matricial (AM) para facilitar o direcionamento dos fluxos na rede, promovendo uma articulação entre os equipamentos de saúde mental e as Unidades Básicas de Saúde (DIMENSTEIN et al, 2009).

A partir desse contexto, podemos compreender que o Apoio Matricial surgiu por meio da constatação de que a reforma psiquiátrica não pode avançar se a atenção básica não for incorporada ao processo. Não é produtivo concentrar esforços somente na rede substitutiva, porém é preciso abrir o cuidado em saúde mental para todos os níveis de assistência, em especial, à atenção primária (DIMENSTEIN et al, 2009).

1.2 O início do Apoio Matricial

Neste tópico, traçamos uma linha do tempo sobre as conceituações e vivências sobre matriciamento. Objetivamos compreender como o AM foi se configurando e se construindo ao longo dos anos, focalizando especialmente o começo da constituição desse arranjo. Assinalamos que os textos têm que ser compreendidos no contexto histórico nos quais foram escritos.

Em nossa pesquisa na base de dados, a qual será descrita no capítulo 1, o artigo mais antigo que discute esta temática é referente ao ano de 1998. É a partir desse ano que começaremos nossa narrativa.

Em 1998, há uma descrição sobre o modelo de Gestão Colegiada. No SUS há diversas tentativas para um processo de democratização nas instituições de saúde e de diminuição da burocracia, como a descentralização do poder com a municipalização, Conselhos e Conferências de Saúde. No entanto, estas medidas ainda são insuficientes para alcançar os objetivos do SUS e diminuir a alienação dos trabalhadores (CAMPOS, 1998).

É neste contexto que Campos (1998) assume o desafio de idealizar um novo modelo de gestão que fosse uma alternativa ao tradicional modelo taylorista de gestão e que assegurasse tanto a produção qualificada de saúde quanto garantisse a própria sobrevivência do Sistema e a realização de seus trabalhadores. Um desafio bem audacioso, diga-se de passagem.

A primeira mudança sugerida nesse novo modelo é modificar o organograma para transformar os antigos departamentos e seções recortadas segundo profissões, e criar outras denominadas Unidades de Produção, que estariam conforme as racionalidades específicas de cada processo de trabalho e seriam formadas por equipes multiprofissionais. Os próprios trabalhadores que comporiam e desenhariam o recorte dessas unidades. Este organograma seria mutável, pois estaria sempre sujeito a reformulações (CAMPOS, 1998).

Cada Unidade de Produção contaria com um Coordenador que elaboraria um Projeto de Trabalho, esse também ficaria encarregado de direção executiva, implementando decisões do Colegiado da Unidade e tomando decisões imprevistas, conforme a dinâmica do processo de trabalho cotidiano (CAMPOS, 1998). O autor salienta que este colegiado não pode ser confundido e tampouco substituem os Conselhos de Saúde com participação majoritária de usuários, previstos na legislação. Todos os participantes da Unidade comporiam um colegiado encarregado de elaborar diretrizes, metas e programas de trabalho; avaliando-os periodicamente.

O pesquisador recomenda também a criação de encontros periódicos em cada uma destas unidades de produção. “Nestes espaços se discutiriam necessidades de saúde, divisão de tarefas e papéis de cada um, para, em seguida, elaborarem-se planos, modelos de atenção, programas e metas” (CAMPOS, 1998, p. 866).

Outro ponto importante destacado pelo autor é que há a necessidade de mecanismos que potencializem a participação do usuário. Diante disto, sugere que nenhum usuário, quer em modalidades ambulatoriais ou de internação, fique sem um profissional escolhido ou designado para ser sua referência, buscando vínculos mais duradouros e explícitos. Aqui o autor já delinea o princípio da equipe de referência base para o AM.

Especificamente em relação ao AM, em 1998, foi denominado nesta época como supervisão matricial que também comporia esse novo modelo de gestão. Podemos notar que, nesse primeiro momento, o método Paideia ainda estava sendo formulado e o AM já era apontado como um potencializador para a reflexão de práticas; no entanto, ainda estava restrito a um suporte técnico.

Recomendava-se, também a instituição de Supervisão Matricial que aumentasse a abertura destas Unidades para o externo. Supervisão não conforme a concepção taylorista – alguém que controla e fiscaliza o cumprimento de normas –, mas quase com o sentido que lhe era atribuído pela Saúde Mental: supervisor como agente externo que se reúne com a equipe para instituir processos de reflexão crítica e de educação permanente. Então, Supervisor como apoiador e agenciador de mudanças, alguém que ajudasse na identificação e no enfrentamento de problemas. Este trabalho de apoio poderia assumir tanto um caráter mais técnico – especialistas em enfermagem, em pediatria, etc, ajudando, orientando várias equipes em que houvesse este tipo de responsabilidade –, ou mais um de instrumentalizador de processos de mudança. Neste segundo caso, um agenciador e estimulador da capacidade de análise e de participação do grupo na gestão, uma combinação das funções típicas de um analista de grupo com as de um assessor de planejamento. De qualquer modo, estes Supervisores não teriam linha de comando dentro das Unidades de Produção. Somente a Direção geral ou o Coordenador, ou os próprios Colegiados tomariam deliberações a serem acatadas por todos (CAMPOS, 1998, p. 866).

Este novo método é denominado como Co-gestão, pois as funções de dirigente ou de liderança não assumiriam um caráter exclusivo e unipessoal, não estariam eliminadas neste modo de governar. O pesquisador imaginou uma metodologia organizacional que fosse ao mesmo tempo terapêutica e pedagógica para os trabalhadores, no sentido de possibilitar o crescimento pessoal e coletivo de forma contínua e progressiva e que também produzisse saúde ou educação para o público. O autor não afirma que este novo modelo irá resolver todos os problemas entre os trabalhadores e as unidades de gestão; pelo contrário, admite que sempre

haverá contradições. Porém, o inovador deste método é que ele busca explicitar estes conflitos e criar espaços para que tais conflitos possam ser dialogados e trabalhados.

Em 1999, há uma publicação (CAMPOS, 1999) que é referenciada por diversos pesquisadores ao conceituarem o Apoio Matricial e também considerada como marco para a constituição desse arranjo. Neste ano, primeiramente há uma justificativa do fato de o Apoio Matricial ser considerado um arranjo e não um dispositivo.

Dispositivos são considerados como artifícios para intervir na realidade cotidiana dos serviços. Modificam aspectos pontuais de organizações, visto que possuem caráter transitório, não logram em transformações permanentes, visto que não mudam a lógica estrutural das organizações. Portanto, após a utilização dos dispositivos, ainda continua se produzindo uma subjetividade da lógica dominante e de concentração de poder (CAMPOS, 1999).

Consequentemente, a cultura e a subjetividade das equipes de trabalhadores seriam produtos com múltiplas determinações, dependentes dos saberes dominantes. No entanto, o autor afirma que a definição concreta dos valores e responsabilidades de uma equipe variam de acordo com o contexto socioeconômico e político. Diante disso, a subjetividade e cultura das instituições são passíveis de mudança pela ação humana.

Para ele, uma das grandes dificuldades do contexto dos serviços de saúde é que sua estrutura organizacional não estimula a troca entre pares, nem entre as profissões. Portanto, produz uma fragmentação e dificulta o trabalho multiprofissional, quase impedindo a construção de relações transdisciplinares entre os profissionais.

Nesse contexto, trabalha-se com o conceito de arranjo organizacional, pois este pode proporcionar mudanças na estrutura gerencial e assistencial dos serviços de saúde, criando-se novos arranjos que produzam outra cultura e outras linhas de subjetivação. “Tratar-se-ia de inventar uma nova ordem organizacional que estimulasse o compromisso das equipes com a produção de saúde, sem cobrar-lhes onisciência ou onipotência, e permitindo-lhes, ao mesmo tempo, sua própria realização pessoal e profissional (CAMPOS, 1998)”.

Em busca dessa reordenação do trabalho e de uma superação do modelo médico hegemônico, o pesquisador propõe um novo arranjo para os serviços de saúde com base nos conceitos de equipe de referência e apoio especializado matricial, e, segundo as diretrizes de vínculo terapêutico, gestão colegiada e transdisciplinaridade dos saberes e práticas (CAMPOS, 1999).

Esse novo arranjo almejaria estimular, no cotidiano, novos padrões de inter-relacionamentos entre equipes e usuários, ampliar o compromisso dos profissionais com a produção de saúde e quebrar obstáculos organizacionais à comunicação. Neste, cada serviço de

saúde seria composto de equipes básicas de referência, direcionadas para o objetivo de cada unidade, as características do local e a disponibilidade de recursos. As equipes corresponderiam a uma composição multiprofissional, variável ao nível de atenção à saúde que está operando.

Para a formação das equipes, Campos (1999) afirma que pode ocorrer por meios distintos: usuários podem eleger profissionais de sua confiança; equipes encaminhando e indicando casos de acordo com critérios técnicos ou administrativos e podem também ser formadas a partir das especificidades de cada caso. A principal função dos profissionais de referência seria elaborar o projeto terapêutico individual [atualmente foi reformulado e nomeia-se projeto terapêutico singular]. Isto implicaria em um vínculo com o usuário, família e profissionais, diagnóstico e instituições de práticas individuais, de grupo ou coletivas.

Portanto, podemos apreender que “este modelo organizacional trabalha com a hipótese de que a reforma das práticas em saúde dependeria centralmente da reconstrução dos padrões de vínculo corriqueiros à maioria dos serviços de saúde” (CAMPOS, 1992 apud CAMPOS, 1999). O objetivo consistiria na construção de um modelo mais singularizado e mais personalizado de atendimento, no qual cada profissional teria um grupo de usuários quase fixo. Isso potencializaria o papel terapêutico visto que os profissionais teriam um maior vínculo com os usuários e, conseqüentemente, acompanhariam melhor o processo de produção de saúde de cada um deles.

No entanto, podemos nos questionar então qual seria a diferença entre um apoio matricial e o vigente modelo de referência e contrarreferência. Campos nos explica sobre isso, afirmando que um usuário se utilizando do serviço matricial nunca deixa de ser acompanhado pela equipe de referência, visto que a responsabilidade principal pela condução do caso é dessa equipe. Nesse caso, não teríamos encaminhamentos, e sim construção de projetos terapêuticos que serão executados não apenas pela equipe de referência, mas por um conjunto amplo de trabalhadores.

Esta organização amplia as possibilidades e composição interdisciplinar dos projetos terapêuticos, sem diluir a responsabilidade sobre os casos e sem criar percursos intermináveis de encaminhamento. Por outro lado, permite aos trabalhadores combinarem de forma mais livre o trabalho necessário com espaços em que poderiam dedicar-se a desenvolver atividades mais de seu gosto particular. Isto é particularmente verdadeiro quando se pensa no imenso cardápio de atividades matriciais que podem ser oferecidas. Assim, uma enfermeira ademais de sua atividade nuclear típica, poderia também ofertar, em algumas horas de sua jornada, grupos terapêuticos, caminhadas, etc. (CAMPOS, 1999, p. 397)

Então podemos compreender que são alterações que podem ser pequenas na aparência, mas estão fundamentadas e comprometidas com conceitos e valores radicalmente diferentes

daqueles dominantes no modelo médico tradicional e hegemônico. Modificações nas técnicas de organização do trabalho, porém orientadas por diretrizes centradas na produção de sujeitos livres e responsáveis (CAMPOS, 1999).

Após essa importante produção em 1999, essa metodologia de gestão do cuidado foi adotada em serviços de saúde mental, de atenção básica e da área hospitalar do Sistema Único de Saúde (SUS) de Campinas, São Paulo, Brasil. Algum tempo depois, alguns programas do Ministério da Saúde, como o Humaniza-SUS, Saúde Mental e Atenção Básica/Saúde da Família, também incorporaram essa perspectiva. Apesar disso, é somente com a criação oficial do NASF², em 2008, que o Ministério da Saúde possibilita o financiamento que estimula a utilização da metodologia de Apoio Matricial na atenção primária à saúde.

Após algum tempo de aplicabilidade do Apoio Matricial, em 2007, os pesquisadores Campos e Domitti (2007) realizam uma rerepresentação teórica desse modelo organizacional. Neste ano, os pesquisadores definiram o AM como:

O apoio matricial em saúde objetiva assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde. Trata-se de uma metodologia de trabalho complementar àquela prevista em sistemas hierarquizados, a saber: mecanismos de referência e contra-referência, protocolos e centros de regulação. O apoio matricial pretende oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnicopedagógico às equipes de referência. Depende da construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias entre os componentes de uma equipe de referência e os especialistas que oferecem apoio matricial. Essas diretrizes devem prever critérios para acionar o apoio e definir o espectro de responsabilidade tanto dos diferentes integrantes da equipe de referência quanto dos apoiadores matriciais (CAMPOS; DOMITTI, 2007, p. 400).

Ao analisar o termo Apoio Matricial, os autores indicam que o primeiro termo – Apoio – nesse modelo organizacional sugere uma metodologia para ordenar essa relação entre referência e especialista, com base em procedimentos dialógicos e não mais na autoridade e relações verticais. Já o segundo termo – Matricial – pode ter vários sentidos, em sua origem latina significa o lugar onde se geram e criam coisas, mas aqui é utilizado no sentido de sugerir que profissionais de referência e especialistas mantenham uma relação horizontal, e não apenas vertical como recomenda a tradição dos sistemas de saúde (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

² “As equipes de Nasf são compostas por profissionais de áreas especializadas, que têm como função principal apoiar um conjunto de Equipes de Saúde da Família, para que estas ampliem a abrangência de suas ações e aumentem sua resolutividade. Esse suporte técnico especializado pode ocorrer a partir de discussões clínicas; intervenções conjuntas com a Equipe de Saúde da Família (consultas, visitas domiciliares, grupos, etc.); e assistência direta aos casos que demandam ações especializadas” (CAMPOS; FIGUEIREDO; JÚNIOR; CASTRO, 2014, p. 985).

Nessa produção mais atual, os autores afirmam que as equipes de referência têm como objetivo ampliar as possibilidades de vínculo entre profissionais e usuários. Tais equipes têm a responsabilidade pelo acompanhamento de um caso individual, familiar ou comunitário. Ela é composta por profissionais considerados essenciais para a condução de problemas de saúde dentro de certo campo de conhecimento. Nesse raciocínio, seria formada por distintos especialistas e profissionais intervindo de diversas formas em um mesmo objeto com objetivos comuns e responsáveis pelo mesmo conjunto de tarefas. Salienta-se que para a concretude dessa responsabilidade é necessário que essa equipe seja responsável por uma clientela adscrita, para que, assim, se realize acompanhamento longitudinal com esse conjunto de usuários (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

O Apoiador Matricial tem um perfil distinto daquele profissional que integra a equipe de referência. É um especialista com um núcleo de saber diferente dessa equipe e, assim, pode agregar conhecimentos e contribuir com intervenções que aumentem a capacidade de resolver problemas de saúde. Ele busca construir e ativar um espaço para comunicação e **compartilhamento** [grifo nosso] de conhecimento entre os profissionais (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

O Apoio Matricial e a equipe de referência juntos objetivam ampliar as possibilidades de realizar-se clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões. Portanto, são arranjos organizacionais e uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde que pretendem assegurar maior eficácia e eficiência ao trabalho em saúde, mas também investir na construção de autonomia dos usuários (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Mas, afinal, como seriam os encontros entre essas equipes? Os autores sugerem duas formas. A primeira delas consiste na combinação de encontros periódicos e regulares, os quais podem ocorrer semanalmente, quinzenalmente ou mensalmente, visando à discussão de casos ou problemas de saúde selecionados pela equipe de referência, à construção de projetos terapêuticos e ao acerto de linhas de intervenção. Os pesquisadores recomendam ainda reservar algum tempo para a discussão de temas clínicos, de saúde coletiva ou de gestão do sistema. A segunda forma consiste em acionar o apoio matricial em casos urgentes ou imprevistos, em que não seria recomendável aguardar a reunião regular. Isso pode ocorrer via ligação telefônica, contato pessoal ou qualquer outra forma de comunicação direta (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Mas quais planos de ações essas equipes podem realizar juntas? Nas palavras dos pesquisadores:

O apoio matricial implica sempre a construção de um projeto terapêutico integrado, no entanto essa articulação entre equipe de referência e apoiadores

pode desenvolver-se em três planos fundamentais: a) atendimentos e intervenções conjuntas entre o especialista matricial e alguns profissionais da equipe de referência; b) em situações que exijam atenção específica ao núcleo de saber do apoiador, este pode programar para si mesmo uma série de atendimentos ou de intervenções especializadas, mantendo contato com a equipe de referência, que não se descomprometeria com o caso, ao contrário, procuraria redefinir um padrão de seguimento complementar e compatível ao cuidado oferecido pelo apoiador diretamente ao paciente, ou à família ou à comunidade; c) é possível ainda que o apoio restrinja-se à troca de conhecimento e de orientações entre equipe e apoiador; diálogo sobre alterações na avaliação do caso e mesmo reorientação de condutas antes adotadas, permanecendo, contudo, o caso sob cuidado da equipe de referência (CAMPOS; DOMITTI, 2007, p.401).

Como pretendem modificar a organização e funcionamento dos serviços e sistemas de saúde, em nenhum momento os autores dizem que é uma tarefa fácil ou de simples execução. Inclusive apontam alguns obstáculos que surgem para a utilização desses arranjos como instrumento concreto e cotidiano. Desafios como a organização espacial dos serviços, que dificulta a comunicação entre as profissões e facilita a fragmentação, excesso de demanda, falta de recursos, concentração de poder, circulação de informação no coletivo e o aspecto ético, concepções do processo de saúde e doença restritos (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Notamos que as primeiras produções sobre Apoio Matricial focalizavam a discussão teórica desse arranjo. No entanto, em 2008, as pesquisadoras Bezerra e Dimenstein (2008) discutem a implantação dessa proposta no Rio Grande do Norte a partir de uma pesquisa com trabalhadores dos CAPS. Em nossa busca na base de dados, é um dos primeiros artigos que discutem a operacionalidade desse conceito.

As pesquisadoras afirmam que, para que ocorra o avanço na redução de leitos psiquiátricos, é necessária a expansão da rede substitutiva e o fortalecimento da saúde mental na atenção básica. Neste sentido, indicam o Apoio Matricial como potencializador para que isso ocorra. Utilizam a conceituação de Campos e Domitti de 2007. Porém, acrescentam que essa estratégia institucional ainda permite a diferenciação dos casos que precisam ser atendidos nos serviços especializados e os que podem ser acompanhados pela Atenção Básica ou pelo menos ser acolhidos momentaneamente por esses profissionais (BEZERRA; DIMENSTEIN, 2008).

Nesse artigo, as autoras (BEZERRA; DIMENSTEIN, 2008) relatam que desde 2006, no Rio Grande do Norte vem ocorrendo um processo de implementação dessa estratégia, articulando a rede de serviços substitutivos e as Unidades de Saúde da Família/USFs. Com isso, a gestão do município pretendia ampliar a rede em saúde mental, capacitar os profissionais envolvidos e garantir o acesso para todos os usuários que necessitem de atenção em saúde

mental. A metodologia dessas pesquisadoras consistiu em entrevistas, as quais foram realizadas com profissionais dos CAPS que estavam realizando AM às USFs.

Como resultados, os profissionais entrevistados relataram que, por meio da articulação e assessoramento da rede básica, consideraram o AM como uma estratégia para melhorar o fluxo resolutivo da rede, interligando diferentes dispositivos. Além disso, apontaram para a importância da troca de saberes e experiências e de se trabalhar o território, e não apenas o contexto físico do CAPS.

As pesquisadoras (BEZERRA; DIMENSTEIN, 2008) solicitaram que os participantes refletissem sobre habilidades e conhecimentos que a equipe precisa ter para realizar o matriciamento. Os profissionais responderem que é preciso ter uma visão ampla do processo saúde-doença, compreender o lugar da rede básica de contribuir para as discussões nas UBSs e de colocar a sua experiência e o seu conhecimento à disposição da saúde mental. O apoiador, no discurso dos profissionais, seria um articulador da rede.

Assim como Campos (1999), as pesquisadoras (BEZERRA; DIMENSTEIN, 2008) também refletem sobre os desafios do AM e solicitaram que os participantes da pesquisa respondessem sobre as dificuldades para sua implementação. Eles apontaram a insuficiência de profissionais nos serviços CAPS, demanda grande, disponibilidade de profissionais para o AM, falta de capacitação, má remuneração, articulação entre os serviços de diferentes níveis de atenção, questões políticas, burocracia da gestão. Alguns entrevistados afirmaram ainda que o AM não pode ser visto como um trabalho a mais pela equipe, mas, ao mesmo tempo, sentem certo desconforto por temerem que ocorra uma sobrecarga de trabalho, visto que há insuficiência de recursos humanos.

As autoras (BEZERRA; DIMENSTEIN, 2008) afirmam que essa sobrecarga de trabalho é devida à lógica equivocada de alguns profissionais dos CAPS sobre um modelo ambulatorial, tão presente no cotidiano desses serviços. Por isso, é preciso enfatizar com as equipes dos CAPS e da atenção básica que o CAPS tem uma função fundamental ao articular a rede de atenção à saúde mental, além de ordenar e regular o trabalho em saúde mental e, sobretudo, ao lidar com o matriciamento, para que, assim, se possa desconstruir essa lógica da sobrecarga e buscar um novo modo de organização do trabalho.

As autoras afirmam que estas dificuldades devem ser compreendidas como efeitos das políticas econômicas, sendo reflexos da economia mundial e que podem ser enfrentadas por meio de processos de envolvimento dos atores sociais na luta em defesa do SUS. Portanto, “é importante que os profissionais se comprometam e se vejam como atores sociais, seja das

práticas, seja das próprias políticas para que se possa realizar o trabalho de matriciamento” (BEZERRA; DIMENSTEIN, p. 640, 2008)

Dessa maneira, a saúde mental na rede básica desempenha um papel fundamental ao contribuir com seus saberes para aumentar a capacidade resolutiva das equipes; nesse sentido, o apoio matricial pretende superar a lógica da especialização e da fragmentação do trabalho da própria área de saúde mental. O AM permite lidar com a saúde de uma forma ampliada e integrada através desse saber mais generalista e interdisciplinar, e, por outro lado, amplia o olhar dos profissionais da saúde mental através do conhecimento das equipes nas unidades básicas de saúde em relação aos usuários, às famílias e ao território, propondo que os casos sejam de responsabilidade mútua. O apoio matricial é um regulador de fluxo que permite entender e diferenciar os casos que realmente precisam ser atendidos pela saúde mental e os casos que podem ser acompanhados pelo PSF, ou pelo menos ser acolhidos momentaneamente por esses profissionais (BEZERRA; DIMENSTEIN, p. 643, 2008).

No mesmo ano, há um relato de experiência sobre a implantação de uma equipe de Apoio Matricial em saúde mental em um município do interior do Estado de São Paulo, focalizando a participação do enfermeiro psiquiátrico (SOARES, 2008). Essa vivência teve início em 2006 e aconteceu com uma equipe de Saúde da Família e um ambulatório de saúde mental. Deu-se por meio de um projeto intitulado “Assessoria Mútua em Saúde Mental”, proposto por um psiquiatra do ambulatório. Com o projeto, o autor descreve que ocorreu diminuição dos encaminhamentos; menor estigma com relação à abordagem de portadores de transtornos mentais; discussões e tomada de ações em conjunto para a resolução compartilhada de casos.

Ainda em 2008, uma pesquisa qualitativa (BASTOS; SOARES, 2008) no município de São Paulo que objetivou o diagnóstico de equipes de Saúde Mental e de PSF. Os pesquisadores utilizaram observação e registro no diário de campo para acompanharem uma equipe de AM no ano anterior. Os profissionais do matriciamento eram psiquiatras e terapeutas ocupacionais. Eles relataram sobre dois cenários: em uma USF ocorreu uma prática mais transdisciplinar com decisões compartilhadas e nas outras equipes uma prática fortemente disciplinar. Os autores indicaram a inclusão de mais profissionais para a equipe matriciadora e uma maior articulação com o território para que se ocorra uma prática mais integrada.

Um ano depois, em 2009, as pesquisadoras Dimenstein, Galvão e Severo publicam uma pesquisa sobre o apoio matricial na perspectiva de coordenadoras de Equipes de Saúde da Família. Foram entrevistadas seis profissionais, todas com a formação em enfermagem. Essa pesquisa também é resultado do processo referido acima da Secretaria Municipal de Saúde de

Natal de implementar o AM nos serviços de saúde. É importante assinalar que foram entrevistadas no início da proposta e, diante disso, só algumas reuniões haviam ocorrido.

As entrevistadas afirmaram que diante da demanda de saúde mental atuam muito mais na escuta, acolhimento e orientação aos usuários e aos seus familiares, encaminhando para outros profissionais e serviços. Relataram que não se sentiam preparadas para essa demanda e julgaram como necessário um apoio específico para esta área. Elas indicaram que a prática mais comum nos serviços em que atuam é a renovação das receitas. Também demonstraram questionamentos diante dessa prática; no entanto, não indicaram estratégias de enfrentamento do problema (DIMENSTEIN; GALVÃO, SEVERO, 2009).

As participantes da pesquisa identificaram a proposta do AM como uma estratégia de descentralização da rede em saúde mental, reduzindo assim os encaminhamentos; propicia uma aproximação com a rede básica, visto que atua no território em que o usuário está inserido; uma forma de orientação para o atendimento, como, por exemplo, a questão dos medicamentos, a discussão de casos, a troca de experiências; e suporte para que seja realizado um trabalho mais sistemático (DIMENSTEIN; GALVÃO, SEVERO, 2009).

Em relação às dificuldades à implementação do AM, as entrevistadas relataram sobre a falta de conhecimentos específicos em saúde mental, visto que elas têm uma formação generalista ou com especialidades em outras áreas. Avaliaram essa formação superior como insuficiente para lidar com a demanda da saúde mental (DIMENSTEIN; GALVÃO, SEVERO, 2009).

Em continuação a essa pesquisa e no mesmo ano, Dimenstein conjuntamente com diversos pesquisadores publicam sobre o AM, mas a partir de entrevistas realizadas com oito técnicos da USF do município de Natal. A partir dos resultados, observaram que não há clareza acerca da proposta de matriciamento e há uma forte demanda cotidiana de saúde mental não acolhida. Assim como as coordenadoras, os técnicos não se sentem capacitados para tal e indicam a necessidade de apoio e instrumentalização nesse campo. Apesar da proposta do AM não estar totalmente clara, os técnicos da Estratégia de Saúde da Família avaliaram-na como positiva pelo fato de promover a aproximação da atenção básica com a especializada (DIMENSTEIN; GALVÃO, SEVERO, 2009).

Há, também no ano de 2009, uma pesquisa (FIGUEIREDO; ONOCKO-CAMPOS, 2009) sobre a organização das ações de saúde mental na atenção básica de Campinas (SP), a partir da implantação do Apoio Matricial. A pesquisa objetivou analisar o funcionamento do Apoio Matricial da Saúde Mental no Programa Paidéia Saúde da Família de Campinas (SP). Como diferencial em relação aos outros estudos, os pesquisadores realizaram um grupo focal,

ao invés de entrevistas individuais, com profissionais de Saúde Mental; profissionais de UBS e gestores. Os entrevistados desse estudo indicaram mudanças a partir do AM, como o início da construção de uma lógica de corresponsabilização ao invés de encaminhamentos; ampliação da clínica; oferta de serviços pensadas para a comunidade.

Podemos observar que até 2007 as publicações sobre o AM eram discussões teóricas sobre este arranjo, mas é a partir de 2008 que se iniciam as discussões empíricas. Outro ponto a se destacar é que a proposta de apoio matricial é extensiva a vários contextos e serviços; no entanto, há um foco entre atenção básica e saúde mental.

Em 2011, Campos e Cunha reapresentam a proposta de apoio matricial e a equipe de referência; no entanto, dialogam com a experiência dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e a experiência pioneira de Campinas-SP com esses arranjos. Nessa produção os autores inserem os conceitos de “núcleo” e “campo” nas definições de Apoio Matricial e Equipe de Referência, utilizados como ferramenta conceitual para essa transformação almejada nos serviços de saúde.

O Núcleo é constituído por aquele conjunto de conhecimentos e de atribuições (tarefas) específicos e característicos de cada profissão ou especialidade. Ajudam a construir sua identidade e especificidade. O campo tem uma conceituação situacional e indica aquele conjunto eventual de conhecimentos e tarefas que uma profissão ou especialidade deverá se apropriar para lograr eficácia e eficiência. O Núcleo é composto de um conjunto estruturado de conhecimento e papéis, e constituem as disciplinas. O campo representará uma abertura dessa identidade cristalizada ao mundo da interdisciplinaridade e da interprofissionalidade (CUNHA; CAMPOS, 2011). Associando esses conceitos ao matriciamento, os pesquisadores explicam:

O que é e como funcionam o Apoio Matricial e a Equipe de Referência? O Apoio Matricial em saúde objetiva assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde, de maneira personalizada e interativa. Opera com o conceito de núcleo e de campo. Assim: um especialista com determinado núcleo, apoia especialistas com outro núcleo de formação, objetivando a ampliação da eficácia de sua atuação. Trata-se de uma metodologia de trabalho complementar àquela prevista em sistemas hierarquizados, a saber: mecanismos de referência e contrarreferência, protocolos e centros de regulação. Apoio Matricial pretende oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às equipes de referência. Depende da personalização da relação entre equipes de saúde, da ampliação dos cenários em que se realiza a atenção especializada e da construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias entre os componentes de uma equipe de referência e os especialistas que oferecem Apoio Matricial (CUNHA; CAMPOS, 2011, p.964).

Nessa produção, eles afirmam que o conceito de cogestão é essencial para compreendermos os conceitos de AM e Equipe de Referência, que é compreendida como o

estabelecimento deliberado de relações dialógicas, com o compartilhamento de conhecimentos e saberes; portanto, é o exercício compartilhado do governo de um programa, serviço, sistema ou política (CUNHA; CAMPOS, 2011).

Em 2014, há uma atualização (CAMPOS et al., 2014) da concepção teórico-metodológica Paideia construída por Campos, mediante uma revisão narrativa. Atualmente podemos compreender que a metodologia Paideia ou método da Roda, como também é conhecida, trata de uma rede conceitual e metodológica para suporte à cogestão de coletivos, é composta por 3 eixos de aplicação: Apoio Institucional; Apoio Matricial; Clínica Ampliada e Compartilhada. O conceito e ideia geral do arranjo não se modificam significativamente, mas vão se aprimorando por meio de pesquisas empíricas e conceituais realizadas ao longo desses anos. Ainda nesse ano, autores (CAMPOS et al., 2014) definem o AM como “sugere um modo de funcionamento para o trabalho em rede, valorizando uma concepção ampliada do processo saúde-doença, a interdisciplinaridade, o diálogo e a interação entre profissionais que trabalham em equipes ou em redes e sistemas de saúde” (CAMPOS et al., p. 984, 2014).

1.3 A pesquisa

No I Encontro Alagoano sobre Matriciamento em Saúde Mental (2016), a diretora de Atenção à Saúde de Maceió retrata o contexto de fragilidade do município em relação à Saúde. Primeiramente, comenta sobre a constante mudança de secretários de saúde; em quatro anos de gestão tivemos quatro secretários diferentes e que tal fato dificulta a permanência de determinadas atividades. Possuímos quatro equipes de Núcleos de Saúde da Família (NASF) que ainda não realizam o AM; a cobertura da ESF é de apenas 27% e a Atenção Básica atende 41% da população. Este também foi um cenário que provocou o interesse em estudar sobre o matriciamento e focalizar nosso estudo neste contexto de fragilidades, mas que, mesmo assim, está procurando resolver essas demandas.

É nesse conjunto de problematizações que nesta pesquisa, objetivamos compreender as versões do Apoio Matricial de um grupo de profissionais de saúde. Para tal almejamos: conhecer a configuração do AM a partir de um projeto de extensão; analisar os repertórios sobre o apoio matricial produzidos por um grupo de profissionais de saúde; discutir o AM por meio das versões de um grupo de profissionais de saúde com base em suas experiências e da literatura científica.

Nosso estudo pauta-se no referencial teórico-metodológico das práticas discursivas e produção de sentidos, fundamentado na perspectiva do construcionismo social.

Para tanto, nossa pesquisa foi desenvolvida em dois momentos: o primeiro consiste em uma pesquisa participante no projeto de extensão da UFAL intitulado “MatriciaMENTE: estimulando ações de matriciamento em Maceió” e o segundo promoveu um encontro em grupo no formato de uma oficina com profissionais de saúde.

Em nosso estudo não cabe questionar o que é o apoio matricial, mas nos perguntarmos: O que queremos produzir/sustentar com esse arranjo? Quais versões de Apoio Matricial são produzidas pelos profissionais de saúde? Quais práticas dos profissionais são fortalecidas e que outras práticas são impedidas ou transformadas? Esperamos poder refletir não sobre os profissionais que executam essas ações, mas sobre os modelos de atenção à saúde que guiam as nossas práticas.

1.4 Estrutura da dissertação

Esta dissertação está organizada da seguinte forma: o primeiro capítulo consiste na revisão de literatura dialógica sobre a temática do Apoio Matricial. Relatamos sobre a pesquisa em banco de dados; as definições de AM e as dificuldades e potencialidades desse arranjo discutidas na literatura científica. No segundo capítulo, denominado de fundamentação teórico-metodológica, realizamos uma explanação sobre o construcionismo social e práticas discursivas e produção de sentidos, discutimos sobre a ética dialógica e, para finalizar o capítulo, apresentamos o percurso metodológico utilizado em nossa pesquisa. O terceiro e último capítulo intitulado como “Apoio Matricial e suas versões” consiste nos resultados e discussões sobre a participação no projeto e a análise da oficina.

Apontamos que essa pesquisa é resultado de diversas vozes. No entanto, utilizamos verbos conjugados na primeira pessoa do singular apenas para referir-me a situações mais particulares, o que não significa que foram individuais; e a segunda pessoa do plural para momentos de uma construção e reflexão mais coletivas. Esta forma de escrita também foi utilizada na dissertação de Silva (2015). Tentamos transpor a barreira da escrita acadêmica clássica, visto que nosso método e nossa narrativa têm, portanto, implicações políticas que devem ser consideradas durante todo o processo de investigação.

2 MAPA DO TERRENO: UMA REVISÃO DIALÓGICA DA LITERATURA

Em nosso percurso de formação, estudamos diversos textos e abordagens. Nesse imenso catálogo de opções, alguns desses apenas são mais uma leitura obrigatória, já outros nos marcam e nos acompanham por nosso caminho profissional, como se deixassem uma sementinha em nós que vai florescendo pelos caminhos que trilhamos. Esses textos nos fazem problematizar aquilo que tínhamos como certo e familiar. Isto aconteceu com os textos de Montuori (2005) e Walker (2015) que discutem sobre a revisão da literatura.

Esta é uma etapa inerente a qualquer processo de pesquisa. Geralmente, realizada muitas vezes de maneira semelhante pelos pesquisadores e não se constituindo como um dos passos mais empolgantes do pesquisar. No entanto, esses dois autores acima nos fizeram compreender a revisão de uma maneira totalmente inovadora e instigante.

Montuori (2005) defende que a revisão da literatura pode ser uma oportunidade para pesquisas criativas, um diálogo com a comunidade científica e aqueles que fazem parte dela. Portanto, o revisor é um participante ativo na construção desse diálogo e não meramente um espectador que visa reproduzir da melhor maneira possível trabalhos e temas relevantes.

Segundo este autor, a revisão não pode ser exaustiva e reprodutiva, ela é o mapa do terreno e não o terreno em si. Então, o pesquisador apresenta uma interpretação dos autores e estudos em questão, e esta interpretação nos fala tanto do próprio pesquisador quanto dos autores revisados.

Inspirada pelas ideias de Montuori (2005), a pesquisadora Walker (2015) também reflete sobre o processo de revisão da literatura. Para ela, esta etapa pode criar um conhecimento transformador. Ao realizar uma revisão, a autora busca expor o contexto relacional dos textos. Logo, monta conexões, explora os padrões e interações relacionais desses, como se os textos conversassem e debatessem de forma respeitosa entre si. Deste modo, busca estabelecer um diálogo entre os textos e consigo mesma.

Portanto, instigadas por esses textos que nos marcaram, tentamos traçar nesse capítulo uma revisão dialógica da literatura técnico-científica sobre Apoio Matricial, concebendo este passo como um processo criativo e construtivo. Tentamos realizá-la não como algo distante de nós, e sim, como uma comunidade vivente permeada por uma história, paixões, controvérsias e alianças. Pontuamos que uma revisão nunca é completa, não está acabada; por isso, traçamos um panorama das produções e dialogamos com esses autores e a comunidade em que estamos inseridas.

Buscamos fazer com que essa leitura não fosse entediante e exaustiva. Não é uma tarefa fácil, e, provavelmente, ficamos apenas na tentativa. Contudo, o diálogo criado por Montuori

(2005) e Walker (2015) de uma revisão dialógica irá nos acompanhar por todas as nossas pesquisas futuras.

2.1 Panorama geral das produções técnico-científicas sobre Apoio Matricial

Campo-tema é compreendido como o complexo de redes de sentidos que se interconectam, um espaço criado, herdado ou incorporado pelo pesquisador ou pesquisadora e negociado na medida em que este busca se inserir nas suas teias de ação. “Quando fazemos o que nós chamamos de pesquisa de campo, nós não estamos “indo” ao campo. Já estamos no campo, porque já estamos no tema” (SPINK P., 2004).

A pesquisa em base de dados é a nossa compreensão inicial sobre o campo-tema pesquisado. Permite o acesso a materiais produzidos em espaços e tempos distintos daqueles em que se encontra o pesquisador. Além disso, agrupa as informações de uma forma organizada e possibilita explorar os modos pelos quais os assuntos se tornam relevantes para a ciência, acessá-las e discuti-las criticamente. Esse processo não é meramente técnico e não há neutralidade em sua construção, mas se constitui por aspectos históricos, éticos e políticos (RIBEIRO; MARTINS; LIMA, 2015).

Diante disso, para a revisão da literatura, buscamos na base de dados Bireme (<<http://www.bireme.br/php/index.php>> acessada no dia 31.05.2015) estudos relacionados ao Apoio Matricial. Os critérios que delimitaram e orientaram a seleção do material foram: I- Parâmetro temático: produções que abordassem ou pesquisassem sobre o Apoio Matricial; II- Parâmetro linguístico: estudos publicados em língua portuguesa; III – Principais fontes: periódicos; IV- Parâmetro cronológico de publicação: produções publicadas no período entre 1990 a 2015. Utilizamos o descritor “apoio matricial”.

A delimitação à língua portuguesa deve-se ao fato de o AM ser uma proposta brasileira. No entanto, isso não excluiu a inclusão de artigos publicados em outra língua com vistas à complementação da leitura. Para o parâmetro cronológico incluímos a década de 1990 visto que as primeiras experiências em matriciamento aconteceram nesse ano.

De um total de 130 resultados obtidos com o levantamento bibliográfico, após a exclusão de artigos repetidos bem como daqueles que não estavam com o texto completo disponível para acesso (ou ainda não se relacionavam com a temática e critérios de nosso estudo mencionados anteriormente), obtivemos o quantitativo final de 68 (sessenta e oito) produções para leitura. Desse total, 5 (cinco) são dissertações, 3 (três) teses e uma cartilha produzida pelo Ministério da Saúde.

No dia 14.06.16, realizamos uma segunda pesquisa na mesma base de dados, com o objetivo de incluir artigos mais recentes e que não apareceram na primeira busca. Seguimos os critérios supracitados; porém, incluímos o ano de 2016 no parâmetro cronológico. Nesse novo levantamento, foram incluídos mais quinze estudos, totalizando 83 (oitenta e três). É importante salientar que materiais sugeridos por especialistas na temática foram incluídos para a complementação do nosso estudo. Salientamos que esses materiais não foram incluídos na análise apresentada nos quadros abaixo.

Nessas produções, caracterizamos alguns aspectos avaliados por nós como importantes para refletirmos sobre o campo-tema. Realizamos um diálogo com números, mas sem cair na falácia quantitativa, na qual os números são dados neutros, fidedignos de uma realidade ou verdade sobre o fenômeno estudado. O primeiro deles constitui-se nos locais de estudos pesquisados. Neste aspecto, agrupamos as pesquisas empíricas a partir das regiões brasileiras. O quadro 1 demonstra a quantidade em ordem decrescente de estudos a partir das regiões. As pesquisas que realizaram discussões teórico-conceituais, como as revisões de literatura, não foram contabilizadas, visto que não possuíam um local de estudo delimitado; portanto, só consideramos as pesquisas empíricas.

Quadro 1 - Número de produções em ordem decrescente classificadas a partir das regiões brasileiras

Regiões Brasileiras	Número de Produções
Sudeste	28
Nordeste	21
Sul	8
Centro-Oeste	2
Norte	1

Fonte: Autora, 2017.

No quadro 1, notamos que a maioria dos artigos teve como local de estudo o Sudeste, tendo predominância os estudos oriundos do estado de São Paulo, especialmente Campinas, município pioneiro na implementação e estudo do Matriciamento e que recebe constantes investimentos em equipamentos substitutivos, como: Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Centros de Convivência, Enfermarias de psiquiatria em Hospital Geral e Serviços de Geração de Renda (BALLARIN; BLANES; FERIGATO, 2012). Há também nesse município, uma variedade de categorias profissionais e de locais de trabalho, a partir dos quais se realiza o Apoio Matricial e que se expande para outros contextos que não só a Saúde Mental.

Uma pesquisa com todos os estados brasileiros (FONSECA SOBRINHO et al., 2014) com as equipes de Saúde da Família indicou que apenas no Sudeste as equipes de ESF avaliaram um alto grau de apoio. Na distribuição por estados, São Paulo, Rio de Janeiro e Santa Catarina apresentaram as maiores porcentagens de ações de apoio (FONSECA SOBRINHO et al., 2014).

Em relação a região Nordeste, foram notáveis os estudos oriundos do estado do Ceará. Os pesquisadores Bonfim et al. (2013) nos fornecem pistas, as quais podem ser causas dessa crescente produção. Os autores afirmam que a partir de 2006 as áreas de saúde mental e a atenção primária foram prioritárias em investimentos, o que proporcionou um processo gradual de implantação do AM em Saúde Mental, especialmente em Fortaleza.

Apontamos que apenas uma pesquisa abarcou todos os estados brasileiros (FONSECA SOBRINHO et al., 2014) e um estudo (LACERDA E SILVA et al., 2013) três regiões brasileiras: Norte, Nordeste e Centro-Oeste.

O ano de publicação dos estudos é outro ponto que ressaltaremos. O quadro 2 demonstra o número de estudos em cada ano de publicação.

Quadro 2 - Número de produções classificadas a partir do ano de publicação.

1998	1999	2004	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
1	1	1	1	3	3	3	9	13	16	14	16	2

Fonte: Autora, 2017.

Por meio do quadro 2, podemos notar um aumento de publicações a partir do ano de 2011. Supomos que a criação dos NASFs em 2008, o qual é um serviço que possui como ação prioritária o matriciamento, provavelmente tenha influenciado esse resultado. Ainda podemos observar, nesse quadro, muitos estudos publicados nos últimos anos, levando a considerar que o AM é uma proposta recente nos serviços e no meio acadêmico. Salientamos que em nossa busca não houve estudos nos anos de 2000; 2001; 2002; 2003; 2005; 2006.

Outro aspecto que consideramos importante ser abordado é a área de conhecimentos dos pesquisadores. Para tanto, construímos o quadro 3 que classifica a quantidade de produções a partir do conhecimento dos autores.

Quadro 3 - Número de produções em ordem decrescente classificadas a partir da Área de conhecimento dos autores.

Área de conhecimento	Número de Produções
Multidisciplinar	29
Saúde Pública	17
Psicologia	16
Saúde Coletiva	9
Enfermagem	7
Saúde Mental	3
Medicina Preventiva e Social	2

Fonte: Autora, 2017.

Para definir a área de conhecimento, utilizamos as definições dos próprios autores nas produções. Quando ela não constava, realizávamos uma pesquisa na Plataforma Lattes. A área multidisciplinar, predominante nos estudos, refere-se àquelas produções, nas quais havia autores que pertenciam a mais de uma área de conhecimento. A produção de um conhecimento multiprofissional e interdisciplinar está condizente com a própria proposta de AM, que busca a construção coletiva e compartilhamento dos saberes. Além disso, as áreas de Saúde Pública e Saúde Coletiva também são campos interdisciplinares.

Para dialogar com esse aspecto, classificamos em quais revistas estes estudos estão sendo publicados. Neste sentido, construímos o quadro 4 que categoriza as quantidades de produções em ordem decrescente e o nome das revistas.

Quadro 4 - Nome das revistas e número de produções classificadas em ordem decrescente.

Revistas	Número de Produções
Ciência e Saúde coletiva	17
Interface	7
Saúde e Sociedade	6
Saúde Debate	4
Caderno de Saúde Pública	4
Physis	4
Psicologia: Ciência e Profissão	3
Texto e Contexto de Enfermagem	2
Revista Brasileira de Enfermagem	2
Revista Brasileira de Ciências da Saúde	2
Outras	15

Fonte: Autora, 2017.

Em busca de uma melhor visualização, neste quadro colocamos as revistas que apresentaram o maior número de produções. Não incluímos as dissertações, teses e trabalhos de conclusão de curso. Na categoria “Outras” incluímos as revistas que tiveram apenas uma publicação cada. Aqui podemos visualizar que os estudos também estão sendo publicados em revistas de conhecimento multidisciplinar. Porém, assim como no quadro 3 em que as áreas de conhecimento de Psicologia e Enfermagem foram marcantes, revistas destes mesmos campos

foram expressivos. Neste quadro, não incluímos as dissertações, cartilhas e teses, visto que não foram publicadas em revistas.

Ao analisar o foco dos estudos, notamos que eles apresentam dois focos de discussões que intitulamos: Discussões Conceituais e Operacionalidade do Conceito. O primeiro caracteriza-se pelas produções que realizaram um estudo teórico e\ou crítico sobre apoio matricial, o segundo consiste nas pesquisas empíricas sobre a temática. Na Operacionalidade do Conceito, as pesquisas variaram de acordo com o foco da área da política pública estudada. Logo, o foco das pesquisas consistiu em: Apoio Matricial e Atenção Básica; Apoio Matricial, Saúde Mental e Atenção Básica; Apoio Matricial e Saúde Mental; Apoio Matricial e Gestão; Apoio Matricial e Saúde do Trabalhador; Apoio Matricial, Atenção Básica e Gestão; Apoio Matricial, Saúde Mental, Atenção Básica e Gestão. Construímos o quadro 5 para visualizar a quantidade de pesquisas em cada categoria.

Quadro 5 - Número de produções classificadas a partir dos focos de discussão das pesquisas.

Foco da Discussão	Número de Produções
Discussão Teórica	20
Apoio Matricial e Atenção Básica	21
Apoio Matricial, Saúde Mental e Atenção Básica	15
Apoio Matricial e Saúde Mental	14
Apoio Matricial e Gestão	5
Apoio Matricial e Saúde do Trabalhador	3
Apoio Matricial, Atenção Básica e Gestão	2
Apoio Matricial, Saúde Mental, Atenção Básica e Gestão	1

Fonte: Autora, 2017.

Duas produções não se aplicaram a esses critérios, visto que o foco do estudo era outro e apenas citavam o AM como uma potencialidade para os problemas de pesquisas estudados. Portanto, o matriciamento não foi o objeto de estudo dessas produções. Pelo quadro 5, verificamos que grande parte das pesquisas consiste em pesquisas empíricas sobre este arranjo e há um número expressivo que focaliza o AM e a Atenção Básica.

Na leitura dos textos, houve a predominância de delineamentos pela metodologia qualitativa com a utilização de entrevistas como técnica de coleta de dados e os profissionais como população-alvo. Para visualizar os autores que apresentaram estes aspectos construímos o quadro 6.

Quadro 6 - Aspectos predominantes nos estudos e autores.

Aspectos predominantes nos estudos	Autores
Entrevistas	DIMENSTEIN et al (2009), MORAIS (2010), ROSA et. al. (2011), CAVALCANTE et al (2011), SOUSA et al. (2011), COSSETIN; OLSCHOWSKY (2011), CAVALCANTE; JORGE; SANTOS (2012), PINTO et al. (2012), GALVÃO (2012), KANNO; BELLODI; TESS (2012), FITTIPALDI (2013), DELFINI; REIS (2013), PRATES; GARCIA; MORENO (2013), GOMES (2013), FREIRE; PICHELLI (2013), QUINDERÉ et al. (2013), MAGALHÃES (2014), HOEPFNER; HOEPFNER; FRANCO; MACIEL; HOEPFNER. A (2014), LIMA; ALBUQUERQUE; WENCESLAU (2014), PAIXÃO; TAVARES (2014), NASCIMENTO (2014), BRITES et al. (2014), JORGE et al. (2014), BORELLI et al. (2015), MATUDA; PINTO; MARTINS; FRAZÃO (2015), COSTA; LIMA; SILVA. FIORONI (2015), CELA; OLIVEIRA (2015), HIRDES (2015), FITTIPALDI; ROMANO; BARROS (2015), SAMPAIO et al. (2015), BARROS et al (2015).
Profissionais	DIMENSTEIN et al (2009), ONOCKO- CAMPOS (2009), MORAIS (2010), MIELKE; OLSCHOWSKY (2010), SOUSA et al. (2011), MINOZZO (2011), CAVALCANTE et al (2011), PENIDO (2012), CAVALCANTE; JORGE; SANTOS (2012), BELOTTI; LAVRADOR (2012), KANNO; BELLODI; TESS (2012), GALVÃO (2012), PINTO et al. (2012), OLIVEIRA (2013), LACERDA E SILVA et al (2013), MINOZZO; COSTA (2013), QUINDERÉ et al. (2013), ARISTIDES; CARVALHO; BALLESTER (2013), GOMES (2013), FREIRE; PICHELLI (2013), FITTIPALDI (2013), DELFINI; REIS (2013), BRITES et al. (2014), MAGALHÃES (2014), JORGE et al. (2014), LIMA; ALBUQUERQUE; WENCESLAU (2014), NASCIMENTO (2014), MORAIS; ALMEIDA; FONSECA SOBRINHO et al. (2014), PASINI (2014), FIGUEIREDO; MATUDA; PINTO; MARTINS; FRAZÃO (2015), HIRDES (2015), COSTA; LIMA; SILVA; FIORONI (2015), BARROS et al (2015), FITTIPALDI; ROMANO; BARROS (2015), CELA; OLIVEIRA (2015), SOARES (2015), ALFENA (2015), REIS et al (2016).
Análise de Conteúdo	BÖING; CREPALDI (2010), ROSA et. al. (2011), MINOZZO (2011), CARVALHO; SOUSA et al. (2011), PINTO et al. (2012), MINOZZO; COSTA (2013), DELFINI; REIS (2013), BALLESTER (2013), GOMES (2013), LACERDA E SILVA et al (2013), QUINDERÉ et al. (2013), ARISTIDES; CARVALHO; BALLESTER (2013), JORGE; SOUSA; FRANCO (2013), LIMA; ALBUQUERQUE; WENCESLAU (2014), MORAIS; ALMEIDA; PASINI (2014), JORGE et al. (2014), BRITES et al., (2014), MATUDA; PINTO; MARTINS; FRAZÃO (2015), HIRDES (2015), SAMPAIO et al. (2015), REIS et al (2016).

Fonte: Autora, 2017.

Salientamos que a metodologia adotada para a análise de dados, particularmente a análise de conteúdo, é apenas citada. Os pesquisadores não deixam claro quais passos, etapas e procedimentos foram realizados para chegar às categorias temáticas ou aos resultados. Referendam as autoras, predominantemente Bardin ou Minayo, o que é insuficiente para dar visibilidade ao processo de análise dos resultados das pesquisas.

Os estudos de Quinderé et al. (2013); Pinto et al., (2012), Jorge; Sousa; Franco, (2013), Onocko-Campos et. al. (2011), para compreender a prática do matriciamento, discutem a contribuição e participação dos usuários e seus familiares no processo de produção de conhecimento em relação ao Apoio Matricial se diferenciam por pesquisarem familiares e/ou

usuários além do discurso dos profissionais (IGLESSIAS; AVELLAR, 2014, JORGE et al., 2014).

Nossa pesquisa tem como local de estudo o estado de Alagoas, o qual não foi abordado nas produções encontradas em nosso levantamento. Além disso, não encontramos estudos que abordem Apoio Matricial utilizando o referencial teórico por nós adotado.

A partir da leitura dos resumos de todos os artigos, discutimos a seguir aqueles que definem o Apoio Matricial com uma multiplicidade de termos e expressões e aqueles que enfocam dificuldades e potencialidades na prática do matriciamento.

2.2 Multiplicidade do termo Apoio Matricial

Ao definir em que consiste o Apoio Matricial, os autores utilizam uma diversidade de conceitos, palavras-chave e repertórios. Uma primeira impressão ao ler esses estudos é que o AM seria um leque de possibilidades ou um conjunto de vários elementos.

Diante disso, construímos um quadro (APÊNDICE A) que também podemos chamá-lo de glossário, com todas as definições utilizadas na literatura técnico-científica encontrada com o levantamento bibliográfico. Nesse quadro, podemos localizar as múltiplas maneiras de falar e compreender o Apoio Matricial. As significações atribuídas a ele foram organizadas por tempo cronológico e alguns termos recorrentes estão grifados.

O objetivo da construção desse glossário foi dar visibilidade à variedade de termos e expressões usadas para falar sobre AM. E, conseqüentemente, a inexistência de uma definição única, em virtude da polissemia de sentidos associados a esse arranjo organizacional.

As definições mais utilizadas nestes estudos foram as formuladas pelos pesquisadores Campos (1999) e Campos e Domitti (2007). Em 1998, podemos notar que o primeiro autor definia esse arranjo como “Supervisão Matricial” e no ano seguinte amplia a conceituação e o nomeia de “Apoio Matricial”.

Neste sentido, desde a primeira conceituação realizada, o Apoio Matricial não se consolidou, visto que foi se desenvolvendo a partir de pesquisas empíricas, assim como estudos bibliográficos, sendo aprimorado ao longo do tempo. Além disso, a sua implementação por todo o país permitiu sua avaliação, verificação de potencialidades e desafios.

Notamos que apesar da multiplicidade, há uma coerência entre aquelas definições, as quais não são excludentes entre si. Pelo contrário, fazem parte de um mesmo processo, porém com leituras e experiências diferentes.

Os estudos dialogam com alguns pontos em comum e isto nos auxilia na compreensão do AM. É predominante nos estudos o apontamento de que ele foi formulado pelo pesquisador Gastão Wagner de Sousa Campos e que tal metodologia, inicialmente, tinha o objetivo de ser aplicada em serviços de saúde mental, hospitalares e de atenção básica.

A partir da leitura da literatura delineada no quadro (APÊNDICE A), identificamos que há uma convergência nas definições em considerar o Apoio Matricial como um novo arranjo organizacional e uma metodologia de gestão do cuidado; ser formado por equipes interdisciplinares de referência e; de uma equipe de apoio matricial, que fornece um suporte assistencial e técnico pedagógico.

Quanto ao método de trabalho, os estudos caracterizam que essas duas equipes: compartilham diretrizes de vínculo terapêutico, gestão colegiada e transdisciplinaridade das práticas; pautam suas relações na horizontalidade e interação dialógica com vistas à mudança nas relações de trabalho e; pretendem a superação do modelo médico centrado, do sistema de encaminhamentos indiscriminados, da lógica da especialização e da fragmentação.

Os objetivos do AM são delineados por buscar a consolidação do cuidado; potencializar o protagonismo de profissionais e de usuários; elevar o grau de resolubilidade das ações; fortalecer a clínica ampliada e valorizar uma concepção ampliada do processo saúde-doença baseada na interdisciplinaridade, diálogo e interação.

Um ponto para refletir é que algumas definições priorizam que o AM seria realizado por uma equipe de especialistas. No entanto, a Cartilha de Humanização (BRASIL, 2004) aponta que a equipe de referência não necessariamente pede apoio apenas a especialistas, mas também a profissionais que estão mais próximos do usuário. Portanto, podemos inferir que o CAPS ou serviço de saúde mental também pode pedir AM à atenção básica.

Nessa diversidade de conceitos, termos e expressões utilizadas, compreendemos que o matriciamento é um processo complexo e múltiplo. Esses repertórios utilizados pelos pesquisadores compõem as práticas discursivas, colaborando, assim, na produção de sentidos sobre Apoio Matricial. Assim como percebemos no glossário ao longo dos anos, esses repertórios não são fixos; ao contrário, circulam e modificam-se, constituindo versões do matriciamento.

2.3 Obstáculos, desafios e limites para implantação do Apoio Matricial

Identificamos que os estudos apresentam alguns pontos convergentes em relação aos desafios; obstáculos ou limites para a implantação do Apoio Matricial e potencialidades desse

arranjo. Iremos relatar como esses pontos são discutidos e como dialogam um com o outro, formando, assim, redes conceituais sobre o Apoio Matricial.

Entre os obstáculos que os estudos discutem, estão os relatos dos profissionais da Atenção Básica ou daqueles que compõem a Equipe de Referência, de sentirem-se inseguros para acompanhar os casos de Saúde Mental (DIMENSTEIN; GALVÃO; SEVERO, 2009, QUINDERÉ et. al., 2013, JORGE; SOUSA; FRANCO, 2013, JORGE ET AL, 2014, MINOZZO, 2011). Afirmam que além da insegurança, esses profissionais não se sentem capacitados para condução de tais casos e que nem todos os trabalhadores da Unidade Básica de Saúde pesquisada tinham conhecimento sobre apoio matricial (QUINDERÉ et. al., 2013). Os trabalhadores que conheciam sobre esse arranjo nem sempre se comprometiam em utilizá-lo. Esses autores afirmam que há desinteresse por parte de alguns profissionais na condução dos casos de transtornos mentais.

Assim como Quinderé et al (2013), Minozzo (2011) ao realizar grupos operativos com os profissionais da Atenção Básica, eles também relataram insegurança e medo do desconhecido na abordagem dos casos de Saúde Mental. No entanto, contrastam com os primeiros, visto que expressaram o desejo de conhecimento e que o matriciamento permitiria um aprofundamento em relação à Saúde Mental.

A possível causa ou motivo desse medo e insegurança em acolher os casos de saúde mental é apontada pelos pesquisadores e também pelos profissionais participantes das pesquisas como a falta de capacitação e experiência, e formação insuficiente em Saúde Mental e/ou Saúde Pública (BEZERRA; DIMENSTEIN, 2008, DIMENSTEIN; GALVÃO; SEVERO, 2009, MINOZZO, 2011, BELOTTI; LAVRADOR, 2012, BRITES et al., 2014, JORGE et al., 2015).

Sob a ótica dos pesquisadores Azevedo; Godim e Silva (2013), a inserção de profissionais sem a devida preparação, capacitação ou experiência em saúde mental é um risco e prejudica o processo de Reforma Psiquiátrica. O risco consistiria no fato dos trabalhadores implementarem o conhecido, o corriqueiro praticado por anos, baseado num processo de trabalho que valoriza o modelo manicomial (vigilância, passividade e punição).

Em um cenário no qual a formação dos profissionais de saúde é pouco dialógica e centrada dentro dos muros do núcleo da sua categoria, os pesquisadores Bonfim et al. (2013) discutem que, evidentemente, ocorrerá dificuldades para se atuar em apoio matricial de maneira formativa.

As dificuldades trazidas pelos profissionais pesquisados nesses estudos e o problema solucionado por uma capacitação específica na Saúde Mental nos fazem refletir sobre como essa proposta apresenta-se distante do princípio da integralidade. Trabalhar com a Saúde Mental

é diferente da produção diária de saúde? Não estaria inclusa no cotidiano dos serviços? Doenças físicas e doenças psíquicas compõem partes indissociáveis das pessoas? O sujeito em sofrimento psíquico é tão diferente dos usuários da atenção básica que seria necessária uma capacitação específica para se trabalhar com tal público?

Inclusive podemos questionar se tais discursos dialogam com os preceitos do AM, visto que esse arranjo organizacional visa a desmitificar os usuários em sofrimento psíquico e enaltecer o princípio de integralidade do SUS. Hirdes e Scarparo (2013) ilustram esse argumento com uma metáfora em relação ao cotidiano dos serviços, bastante interessante sobre o Minotauro³, associando que a cabeça do usuário seria para os profissionais especialistas e o corpo para os generalistas.

No entanto, também concebemos que esses argumentos sobre uma preparação para atuação no campo da Saúde Mental indicam sobre um contexto nos serviços em que não há espaço para a discussão de caso, na qual os profissionais possam compartilhar saberes e construir ferramentas terapêuticas para os usuários em sofrimento psíquico.

Neste sentido, compreendemos a afirmação de Azevedo; Godim; Silva (2013) com ressalvas, visto que reafirma o trabalho com a Saúde Mental como um outro tipo de conhecimento, o especializado e específico, reforçando a necessidade de especialidades nessa área. Limitante, assim, de uma discussão de que esse conhecimento pode ser construído no cotidiano e no compartilhamento com outros profissionais.

Dimenstein; Galvão e Severo (2009) questionam o que viria a ser esse preparo ou quais condições confeririam aos profissionais a sensação de estarem prontos para lidarem com a demanda de saúde mental. Diante disso, os autores também apontam para alguns cuidados necessários com a implementação do matriciamento, como a valorização dos saberes diversos dos vários atores, a partir do seu cotidiano, de sua prática. Analisam que partir do pressuposto de que os profissionais da rede básica precisam ser capacitados é, de certa forma, reforçar a lógica dos saberes fragmentados e das especialidades. Portanto, o arranjo que visa à superação de algumas lógicas pode, paradoxalmente, reforçá-las.

A burocracia presente no cotidiano dos serviços é apontada pelos estudos como outro obstáculo à prática do matriciamento (CUNHA; CAMPOS, 2011, QUINDERÉ et. al., 2013, BELOTTI; LAVRADOR, 2012). Essa burocratização aponta para um conflito existente entre as diretrizes da ESF e o modelo de atenção vigente, que ainda permanece fixado nos padrões

³ Criatura da mitologia grega, imaginada com a cabeça de um touro sobre o corpo de um homem.

antigos (BELOTTI; LAVRADOR, 2012). Isso fragiliza o sistema de saúde e a comunicação entre os serviços (QUINDERÉ et. al., 2013).

Complementando essa discussão, Cunha e Campos (2011) discutem que a cultura organizacional dos serviços de saúde possui baixa capacidade para lidar com a incerteza, com a interdisciplinaridade inerente aos problemas complexos dessa e ainda produz uma baixa vocação para o aprendizado fora do núcleo disciplinar. A Cartilha de Humanização sobre Equipe de Referência e Apoio Matricial (BRASIL, 2004) alerta que processos de trabalho focados em procedimentos burocráticos, especialmente aqueles que se restringem apenas a prescrever, fragilizam o envolvimento dos profissionais de saúde com os usuários. Campos (1999) dialoga com este posicionamento ao afirmar que um processo de trabalho verticalizado e centrado em procedimentos, e não na produção de saúde, tende a diluir o envolvimento das equipes de saúde com os usuários.

Os pesquisadores Belotti e Lavrador (2012) realizam outra discussão em relação a este tópico, ao afirmarem que as regras e os protocolos estão enraizados nas equipes de ESF, e quando surge um caso que não se encaixa nessas regras os trabalhadores não sabem acolher, gerando um sentimento de impotência e angústia nos profissionais.

O desafio apontado de forma quase predominante pelos estudos consistiu na hegemonia do modelo biomédico nas práticas dos serviços (MINOZZO, 2011, JORGE; SOUSA; FRANCO, 2013, QUINDERÉ et. al., 2013, AZEVEDO; GONDIM; SILVA, 2013, JORGE et al., 2015, SOBRINHO ET AL, 2014, JORGE ET AL, 2014, FITTIPALDI; ROMANO; BARROS, 2015).

Nesse contexto, Quinderé et (2013) e Minozzo (2011) apresentam pontos complementares em relação à essa discussão. Os primeiros pesquisadores apontam como uma dificuldade à implantação do AM a hegemonia de uma prática medicamentosa e centralizada na figura do profissional médico, com intervenções arraigadas no modelo biologicista e individualista de atuação. Nesse sentido, nos resultados da segunda pesquisadora, os profissionais do CAPS, os quais iriam compor a equipe de Apoio Matricial, relataram o papel do médico como um tema relevante. Nas falas dos profissionais, a sua presença apareceu como fundamental durante os encontros de matriciamento, para dar mais segurança aos demais profissionais na intervenção; porém, a presença do médico em todos os encontros de AM foi questionada.

É interessante notar que além das capacitações na Saúde Mental, discutido anteriormente, a presença do médico seria fundamental para legitimar e assegurar práticas nesse campo. Novamente, notamos um equívoco no que concerne aos princípios do SUS nos

discursos, visto que as ações não devem estar centralizadas em um profissional, mas no usuário, o qual teria autonomia para a escolha das intervenções no seu processo de vida e saúde.

Em entrevistas com coordenadoras da ESF em serviços que realizaram o matriciamento (DIMENSTEIN; GALVÃO; SEVERO, 2009), as participantes relataram que a demanda de saúde mental mais frequente no PSF é a renovação de receita; portanto, o foco é a medicação. No entanto, estas profissionais consideram insuficiente e inadequada a reprodução de um medicamento sem questionamentos ou revisão do tratamento. Nesse mesmo contexto, o que é mais interessante é que as profissionais tentam realizar, por meio de ações como escuta, acolhimento, orientação, juntamente com o encaminhamento para outros profissionais dentro do próprio serviço, um outro tipo de movimento a esta prática, como resposta a esse modelo médico hegemônico.

Entrevistas com usuários (JORGE et al., 2015) que participaram do matriciamento revelaram descontentamento com práticas centradas exclusivamente na prescrição farmacológica e sem espaços para diálogo, escuta e acolhimento e com significativa desvalorização do usuário como sujeito de seu processo de adoecimento. No entanto, revelaram identificação e satisfação com o atendimento realizado pelo CSF (Centro de Saúde da Família), no qual era realizado o matriciamento.

Os pesquisadores Santos e Lacaz (2012) discutem que é preciso apontar possibilidades que possam transcender esse modelo médico-assistencial com foco em ações de saúde individuais para atuações que priorizem o coletivo e intervenções de promoção, prevenção e vigilância. Os autores acreditam que é precisamente o Apoio Matricial que pode servir de reorientação para esse modelo, na medida em que esse fortalece a determinação social do processo de adoecimento e revela-se como um passo à frente na atenção integral ao usuário.

Para Campos (1999), um arranjo organizacional, que nesse caso seria o AM, articulado às diretrizes de gestão colegiada e de transdisciplinaridade das práticas e dos saberes, possibilitaria a superação de aspectos fundamentais do modelo médico hegemônico.

Neste sentido, alguns autores (CASTRO; OLIVEIRA, CAMPOS, 2016) já apontam para mudanças na predominância desse modelo, ao avaliarem equipes e o processo de trabalho interprofissional do Apoio Matricial desenvolvido na Atenção Básica do SUS no município de Campinas (SP). Notaram que a categoria médica está mais envolvida com esse novo arranjo, representando uma das categorias profissionais entre as mais frequentes no desenvolvimento de ações de Apoio Matricial. Apesar de que ainda apresente uma parcela pequena no total das categorias profissionais, esse dado sugere uma aproximação dessa categoria com uma proposta de trabalho democrática e interativa, diferente do trabalho médico tradicional.

Por fim, uma rotina com uma excessiva carga de trabalho e carência de recursos materiais e humanos foi associada aos obstáculos para a prática do matriciamento (BEZERRA; DIMENSTEIN, 2008, MINOZZO, 2011, BALLARIN; BLANES; FERIGATO, 2012, BONFIM et al., 2013, AZEVEDO; GONDIM; SILVA, 2013, HIRDES; SCARPARO, 2013, JORGE ET AL, 2014, JORGE et al., 2015, FITTIPALDI; ROMANO; BARROS, 2015).

Esses fatores, aliados aos baixos salários, podem exercer um profundo impacto não somente na qualidade da assistência aos usuários, mas também na saúde dos profissionais (AZEVEDO; GONDIM; SILVA, 2013).

Apoiadores matriciais relataram que este trabalho pode resultar em fonte de valorização pessoal e profissional (BALLARIN; BLANES; FERIGATO, 2012); no entanto, podem ocasionar em uma fonte de sofrimento e angústia, visto que, além da demanda diária da rotina de trabalho, existe a demanda de implementação desse novo arranjo organizacional, ocasionando também em uma sobrecarga. Para os pesquisadores (BALLARIN; BLANES; FERIGATO, 2012), é preciso uma transformação nos tradicionais modos de produzir saúde e gestão, e não somente implementar o AM de forma descolada de mudanças mais amplas no próprio processo de trabalho em saúde.

Esses aspectos sinalizam o distanciamento entre as diretrizes políticas dos documentos oficiais do Estado brasileiro e a execução e cobertura do SUS na realidade dos municípios (BONFIM et al., 2013).

Estas dificuldades também foram relatadas por profissionais de saúde, do município de Campinas, pioneiro no matriciamento no Brasil. No entanto, apesar de várias medidas que prejudicaram o desenvolvimento desse arranjo – como o abandono da gestão municipal em aderir à estratégia de Apoio Matricial como diretriz de governo; redução nos investimentos na Atenção Básica e nas capacitações dos profissionais; e agravamento da precarização das condições de trabalho – o AM manteve-se incorporado ao discurso e às práticas de diversos profissionais da atenção básica e especializada (CASTRO; OLIVEIRA, CAMPOS, 2016).

Neste contexto, os pesquisadores Bezerra e Dimenstein (2008) problematizam que há uma sobrecarga mediante a ideia equivocada, de alguns profissionais, de um modelo ambulatorial, presente no cotidiano dos CAPS. Ressaltam que os apoiadores não são obrigados a reparar as falhas da rede no que tange aos recursos humanos e tal posição deve estar clara para todos os atores da rede de saúde. Além disso, enfatizam a necessidade de desconstruir com as equipes dos CAPS e da atenção básica essa ideia da sobrecarga e buscar um novo modo de organização do trabalho.

2.4. Potencialidades do Apoio Matricial

Nesse contexto de dificuldades e desafios ao matriciamento, a Educação Permanente, incentivada por esse arranjo, é apontada como potencializadora na superação desses obstáculos (MINOZZO, 2011, BALLARIN; BLANES; FERIGATO, 2012, BONFIM et al., 2013, FONSECA SOBRINHO et. al., 2014, JORGE et al., 2015, FITTIPALDI; ROMANO; BARROS, 2015). Nesses estudos o matriciamento e a educação permanente são apontados como trabalhos associados.

Em um estudo transversal, de avaliação da Atenção Básica por meio do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB) no Brasil, a educação permanente foi avaliada como uma das atividades de AM, além de outras categorias, que mais contribuíram para melhorar a qualidade da atenção (FONSECA SOBRINHO et. al., 2014).

A educação permanente foi pontuada como relevante, por seu potencial de qualificação das práticas em saúde e de reorganização do processo de trabalho (FITTIPALDI; ROMANO; BARROS, 2015). Para os profissionais pesquisados, a educação permanente possibilita a discussão da clínica psicossocial, permitindo assim uma aproximação da discussão dos casos de saúde mental (MINOZZO, 2011).

Além disso, o compartilhamento de saberes proporcionado pela Educação Permanente e Apoio Matricial permitem a ampliação dos conhecimentos da equipe e sua capacidade de atendimento, propiciando uma aproximação entre a equipe e desta com os usuários (BALLARIN; BLANES; FERIGATO, 2012).

Outra potencialidade do AM discutida nos trabalhos é que o fluxo da assistência se torna mais resolutivo devido à aproximação das equipes e articulação entre diferentes níveis de atenção (BEZERRA; DIMENSTEIN, 2008, DIMENSTEIN; GALVÃO; SEVERO, 2009, QUINDERÉ et al, 2013, HIRDES; SCARPARO, 2013).

O Apoio Matricial permite distinguir as situações individuais e sociais que podem ser acolhidas pela equipe local daquelas demandas que necessitam de uma atenção especializada da saúde mental, de acordo com o risco e a gravidade, e a necessidade de um acompanhamento por um serviço substitutivo (DIMENSTEIN; GALVÃO; SEVERO, 2009). Por meio do princípio da territorialidade, o AM interliga diferentes dispositivos, com a articulação e o assessoramento da rede básica (BEZERRA; DIMENSTEIN, 2008).

Diante disso, o Apoio Matricial permite que o usuário tenha um acompanhamento no território onde mora, assim não precisa mais ser referenciado aos centros especializados distantes, muitas vezes, de suas residências (QUINDERÉ et al, 2013).

Em entrevistas com trabalhadores dos CAPS de Natal-RN, estes apontaram para a importância da proposta do apoio matricial em se trabalhar o território, exteriorizando a assistência para além do espaço físico do CAPS, articulando-se com a rede de saúde como um todo e com toda a sociedade ao desempenhar uma assistência integral (BEZERRA; DIMENSTEIN, 2008).

Usuários entrevistados que foram acompanhados pela equipe de matriciamento demonstraram em suas narrativas o contentamento da nova possibilidade de ser cuidado e receber atendimento na UBS (JORGE et al., 2015).

Esse cuidado no território também facilita a desmitificação em relação ao transtorno mental, assim como preconceitos a pessoas em sofrimento psíquico como pessoas perigosas e que precisam ser isoladas ou institucionalizadas (HIRDES; SCARPARO, 2013).

Esse acompanhamento no próprio território, evita encaminhamentos desnecessários, outra potencialidade apontada nos estudos (DIMENSTEIN; GALVÃO; SEVERO, 2009, SANTOS, LACAZ, 2012, JORGE; SOUSA; FRANCO, 2013, MINOZZO; COSTA, 2013, JORGE ET AL, 2014)

Como o Apoio Matricial possibilita o encontro com outras equipes e um diálogo com o campo da saúde mental, a demanda desse campo anteriormente não compreendida como constituindo também a atenção básica, muitas vezes motivada por questões já mencionadas acima, torna-se mais uma necessidade de saúde que é encarada com um novo olhar pela equipe. Desse modo, evitam-se os encaminhamentos desnecessários e o usuário passa a ter um vínculo mais efetivo com a equipe, o qual favorece sua autonomia e seu processo de vida (JORGE; SOUSA; FRANCO, 2013)

Com a prática do matriciamento, os profissionais relataram uma reorganização dos encaminhamentos da UBS para o CEREST, visto que ocorreu uma redistribuição dos casos, os profissionais da UBS seriam responsáveis pelos mais básicos e os da Saúde do Trabalhador pelos mais complexos. Diante disso, a relação com os serviços especializados tornou-se mais dialógica e horizontalizada (SANTOS; LACAZ, 2012).

Portanto, há um consenso de que, em virtude do matriciamento, ocorre uma reorientação das práticas dos profissionais, especialmente no campo de saúde mental, diminuindo, assim, a lógica de encaminhamentos intermináveis e excessivos. Essa potencialidade está diretamente ligada ao princípio de corresponsabilidade proposto por esse arranjo.

Outra potencialidade apontada nos trabalhos consiste em que o AM fortalece o trabalho interdisciplinar (BRASIL, 2004, CAMPOS; DOMITTI, 2007, BEZERRA; DIMENSTEIN, 2008, MINOZZO, 2011, SANTOS, LACAZ, 2012, QUINDERÉ et al, 2013).

O AM permite lidar com a saúde de uma forma ampliada e integrada por meio de um saber generalista e interdisciplinar. Dessa forma, amplia o olhar dos profissionais da saúde mental em virtude do conhecimento das equipes nas unidades básicas de saúde em relação aos usuários, às famílias e ao território, propondo que os casos sejam de responsabilidade mútua (BEZERRA; DIMENSTEIN, 2008).

Os profissionais entrevistados por Santos e Lacaz (2012) consideram que o AM promove aproximação entre os sujeitos, aumentando a interlocução e a troca entre os profissionais de saúde, na forma de produção interdisciplinar do conhecimento em torno do mesmo objeto ou problema de saúde. Essa produção interdisciplinar dos saberes propicia um aprendizado conjunto sobre os casos atendidos (SANTOS, LACAZ, 2012).

Há um reconhecimento pelos estudos de que essa forma de trabalho é resolutiva (QUINDERÉ et al, 2013, SANTOS; LACAZ, 2012, PINTO et al, 2012, GALVÃO, 2012) e, conseqüentemente, aumenta a resolubilidade dos casos de saúde mental.

Por meio das ações de matriciamento, os profissionais buscaram uma atenção à saúde mais adequada e intervenções na coletividade (SANTOS; LACAZ, 2012) e também fortaleceram a tentativa de acolher e manejar o caso de saúde, evitando, assim, os encaminhamentos, muitas vezes, desnecessários aos CAPS (QUINDERÉ et al, 2013, JORGE; SOUSA; FRANCO, 2013), aspecto que discutimos anteriormente e exemplifica como os pontos não estão dissociados.

O AM contribui para que os profissionais repensem a lógica do processo saúde- doença. Portanto, não há uma centralização na dor ou na doença, mas no sujeito. Os pesquisadores (SANTOS; LACAZ, 2012) consideram que o AM auxilia os profissionais da Atenção Básica a lidar com a saúde de forma mais ampliada e integral, apontando para uma mudança de paradigma, à medida que o processo saúde-doença é percebido como mais complexo e dinâmico (SANTOS; LACAZ, 2012).

Assim, o AM é um dispositivo importante para ampliação da clínica e também para se trabalhar em uma perspectiva interdisciplinar, reflexão do processo saúde, doença e intervenção de modo mais complexo e dinâmico (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Salientamos que outras potencialidades desse arranjo organizacional foram discutidas nos trabalhos, enaltecendo o seu potencial transformador das práticas. No entanto, optamos por abordar aqui as que foram mais comuns e dialogavam com outros fatores.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICO-METODOLÓGICA

3.1 O Movimento Construcionista e seu diálogo com a Psicologia

Práticas Discursivas e Produção de Sentidos constituem o referencial teórico-metodológico que nos guia neste trabalho. No entanto, para compreender este referencial é necessário refletir sobre o Construcionismo Social, perspectiva na qual se fundamenta.

Para isso, situaremos brevemente as dimensões epistemológica, ontológica, metodológica e as implicações ético-políticas do Construcionismo Social, que embasam nosso estudo. Para tanto, utilizaremos como textos-base Íñiguez (2002) e Spink (2004). Contudo, salientamos que a construção desse tópico é resultado do diálogo com vários interlocutores, realizado durante as discussões nas disciplinas Fundamentos da Psicologia e Pesquisa em Psicologia do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFAL, reuniões do grupo de pesquisa “PROSA” do mesmo programa, orientações e conversas com amigos e pesquisadores.

De início, queremos salientar que não há uma única definição de construcionismo e também não podemos pensar em apenas um Construcionismo Social, mas em vários *construcionismos* que convergem na reflexão de que a realidade é uma construção social e na problematização daquilo que é instituído ou essencializado (SPINK, 2004).

Há referenciais teóricos antecedentes que influenciaram o construcionismo social, tais como o interacionismo simbólico, a etnometodologia, os trabalhos de Berger e Luckman e os trabalhos da denominada crise da Psicologia Social, a qual marca um momento de crítica na forma como o conhecimento era produzido na psicologia social, produzindo questionamentos sobre a neutralidade, objetividade e método como definidor de ciência.

No entanto, o Giro Linguístico é um dos antecedentes mais importantes para esse referencial. É uma expressão utilizada com bastante frequência nos anos 1970 e 1980 para designar uma modificação que ocorreu na filosofia, ciências sociais e humanas que resultou em um aumento expressivo na atenção à linguagem (ÍBAÑEZ, 2004).

Esse provocou uma mudança profunda nas concepções de mundo e em como interpretar as ciências e a própria concepção da natureza da linguagem e do conhecimento, visto que promoveu um rompimento com a tradição secular focada no “mundo das ideias”, um mundo interior e privado, difundido por Descartes, para o estudo dos enunciados linguísticos. A transição ocorreu tanto nos projetos dessas disciplinas quanto na formação dos fenômenos que elas estudam (ÍBAÑEZ, 2004).

É importante assinalar que o giro linguístico não é um fato preciso, mas se constituiu como um processo que foi se formando progressivamente e que adotou várias modalidades durante seu desenvolvimento. Portanto, esse movimento foi bastante diverso e híbrido (ÍBAÑEZ, 2004). No entanto, ele marca a importância da linguagem na ciência.

Nesse contexto, o Construcionismo reconhece a centralidade da linguagem nos processos de objetivação que constituem a base da sociedade de humanos. Portanto, o foco consiste nos processos de construção linguístico-conceitual para que algo se torne um objeto. Salientamos que não se constitui como um reducionismo linguístico, pois nem todos os fenômenos se reduzem à linguagem (SPINK, FREZZA, 2013).

Mas afinal, o que é o Construcionismo Social? Será uma corrente? Uma perspectiva? Ou uma teoria? Em debate do grupo de pesquisa denominado PROSA da linha de pesquisa Saúde, Clínica e Práticas Psicológicas do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFAL chegamos a um consenso (pelo menos por enquanto) de que o Construcionismo Social se aproxima de uma definição semelhante a *movimento*, que nos conduz, nos incita a problematizar as verdades naturalizadas, desconstruir a realidade instituída como única e refletir sobre os efeitos produzidos pelas teorias psicológicas e por nossas próprias pesquisas.

O termo desconstrução é utilizado para se referir justamente a esse trabalho de reflexão e problematização, que possibilita a desfamiliarização com construções conceituais, que se estabelecem como crenças e verdades, facilitando ou dificultando movimentos para que outros conceitos sejam construídos (SPINK; FREZZA, 2013). As pesquisadoras optam pelo termo desfamiliarização em virtude de que não chegamos a desconstruir de fato algo. Em vez disso, produzimos um espaço para novas construções, sendo que as anteriores permanecem no artefato da cultura, constituindo, assim, um leque de repertórios linguísticos disponíveis que dão sentido ao nosso mundo. Nesse contexto, produzimos um movimento que permite a convivência de novos e antigos conteúdos (conceitos, teorias) e a ressignificação permanente e inacabada de teorias que entraram em desuso.

É importante apontar que os repertórios linguísticos tiveram sua referência inicial no conceito de repertório interpretativo de Jonathan Potter e Margaret Wetherell (1987) e foram reformulados por Mary Jane Spink (2004), passando a se chamar repertórios linguísticos ou repertórios, “de modo a enfatizar que se trata de circulação de unidades de construção das práticas discursivas: os termos, as descrições, os lugares comuns e as figuras de linguagem que demarcam o rol de possibilidades da produção de sentidos” (ARAGAKI; PIANI; SPINK, p. 230, 2014). Salientamos que esse conceito também está associado ao de linguagens sociais

(discursos peculiares de um estrato específico da sociedade em um determinado contexto e momento histórico), proposto por Bakhtin.

Ressaltar os repertórios linguísticos nos possibilita identificar as múltiplas versões sobre o AM e compreender as controvérsias decorrentes. São unidades relacionais e não estáticas, que dão visibilidade às rupturas e permanências nos sentidos produzidos a respeito da temática estudada, por meio da análise das unidades de construção utilizadas na linguagem em uso. “Dessa forma, podemos acessar os usos que são feitos desses repertórios e como os argumentos vão sendo construídos, assim como a maneira como esses repertórios colaboram na coprodução de práticas nos diferentes saberes e fazeres, científicos ou não” (ARAGAKI; PIANI; SPINK, p. 245, 2014).

Podemos definir o texto *O movimento Construcionista Social na Psicologia Moderna*, publicado em 1985 por Gergen, como um clássico introdutório.

Após essa breve introdução e reflexão sobre tal movimento, iremos abordar as condições de possibilidade que permitiram a emergência do Construcionismo Social, as características e postulados básicos desse referencial, buscando responder aos principais questionamentos: O que é conhecimento e o que é possível conhecer? Qual concepção de sujeito, objeto e realidade? Como conhecer a realidade? Quais implicações ético-políticas dessa forma de abordar e produzir esse conhecimento em Psicologia?

3.1.1 Condições de possibilidade

Compreender as condições de possibilidade de um referencial teórico nos permite desnaturalizar o processo de fundamentação e disseminação de uma teoria como contínuo e sem rupturas. Em virtude disso, iniciaremos com a discussão das características do Pensamento Moderno e Pós-Moderno, as quais foram fundamentais para refletir sobre as discontinuidades e o campo que possibilitou a emergência do Construcionismo Social nos dias atuais.

Para situar tais condições, Íñiguez (2002) discute, inicialmente, sobre a pós-modernidade, ressaltando dois aspectos: sociológicos ou dimensão sociológica e aspectos discursivos ou dimensão discursiva, os quais escolhemos abordar da mesma forma.

Sobre o aspecto sociológico podemos compreender que Modernidade é um processo histórico com discontinuidades e rupturas, portanto não é linear. Até porque esse momento deve ser considerado por sua heterogeneidade e variabilidade. Pode ser conceituada como uma época ou um período histórico, iniciado aproximadamente no século XV ou XVI,

fundamentalmente na Europa. É a primeira época compreendida como um movimento particular da história (ÍÑIGUEZ,2002).

No entanto, o que podemos caracterizar nesse período para marcar seu início ou *um dos inícios* é a imprensa como uma tecnologia da inteligência, ou seja, uma tecnologia que muda nossa forma de pensar. Ela dá abertura para instauração da ciência ou razão científica, favorecendo a objetividade porque fixa o conhecimento (ÍÑIGUEZ, 2002). Nos dias atuais, podemos refletir ainda sobre os efeitos da imprensa e problematizar como ela engendra novas formas de ser e estar no mundo.

A dimensão discursiva caracteriza-se pelas ideias de Descartes que permitiram uma hiper valorização ou megavalorização da razão, a qual tornou-se condição *sine qua non* para chegar à liberdade, ao progresso e à emancipação, estabelecendo uma relação intrínseca com o desenvolvimento da ciência. Essa dimensão também é constituída pela concepção de dualização da pessoa, um sujeito humano composto por um lado mais físico e outro lado mais mental (ÍÑIGUEZ,2002).

Outro conteúdo enfatizado durante esse período é a compreensão de que conhecer é representar fielmente os objetos do mundo, fundamentando, assim, a Ideologia da racionalidade. Notamos que muitas ciências, especialmente as ditas naturais, permanecem utilizando este modelo como prioritário. Há também a crença em uma fundamentação segura da verdade (universalismo) e em um sujeito como autônomo, dono de si mesmo, responsável e agente da própria situação (centralidade do sujeito e ideologia do indivíduo) (ÍÑIGUEZ,2002). Essas concepções foram essenciais para constituir a crítica realizada pelo Construcionismo, a qual será abordada posteriormente.

Salientamos que esses aspectos se tornaram inquestionáveis, o que podemos problematizar como algo no mínimo preocupante, visto que a modernidade constrói um discurso totalizante e totalizador, excluindo outras possibilidades de ser e pensar.

Em relação à pós-modernidade, Íñiguez (2002) discute-a nas mesmas dimensões supracitadas (sociológica e discursiva). Para ele, essa época é um processo que ainda está acontecendo. Em relação à dimensão sociológica, aponta o computador como tecnologia da inteligência, o qual modifica nossa forma de pensar e produzir tecnologia e, principalmente, transformou nossa relação com a realidade, possibilitando a simulação, virtualidade e inovação. Ele não simplesmente permitiu a globalização, mas a constituição de outras formas de ser, como as biotecnologias e, nos dias atuais podemos vivenciar, os órgãos artificiais. Portanto, o conhecimento está intrinsecamente ligado a essa nova realidade.

Quanto ao aspecto discursivo, nesse período há uma crítica aos conceitos e valores da modernidade. E as novas características ainda estão em construção. Não é um processo homogêneo, mas bastante diverso de argumentos, ideias, conceitos entre mais. Portanto, a pós-modernidade marca uma época em que começamos a pensar diferente (ÍÑIGUEZ,2002).

Em contraponto, Spink (2004) para discutir as condições de emergência do Construcionismo utiliza o conceito de Modernidade Reflexiva de Ulrich Beck (1993 apud SPINK, 2004) como referência, adota o termo Modernidade Tardia para referir-se aos nossos tempos atuais. Apesar das divergências entre vários autores sobre as nomenclaturas, há um consenso de que nossa época rompeu com a Modernidade Clássica, apesar de não sabermos ao certo os efeitos e produtos desse período.

Na Modernidade Tardia, existem três características que são fundamentais para o argumento construcionista. A primeira delas é a globalização que, por meio de Giddens (1998, apud SPINK, 2004) podemos conceituá-la como o encontro entre a presença e a ausência, ou a união entre as relações e eventos sociais que estão distantes dos contextos locais. Para Spink (2004), a mídia eletrônica, por meio das comunicações em tempo real, é a face mais visível do processo de globalização. Esse conceito é importante para o Construcionismo para refletirmos como esse processo mudou nossas relações interpessoais. Fato já pontuado por Íñiguez.

Outra característica é a individualização. Hoje há uma diversidade de identidades e características a que podemos nos referir, as quais estão profundamente imbricadas com os processos de destradicionalização, que atualmente vivenciamos na família, no trabalho e na educação (SPINK, 2004).

Em relação ao trabalho, presenciemos as transformações em suas relações, como as novas vinculações a ele por meio da tecnologia (SPINK, 2004). Acompanhamos reuniões, até mesmo sessões de terapia por Skype. Pessoas que trabalham em casa, com *blog's* entre mais. Na família, vemos mudanças no núcleo familiar, principalmente uma maior autonomia econômica e da autoestima nas mulheres. Na educação, houve uma extensão da linha educativa, que começa desde a vida no útero até a terceira idade (SPINK, 2004).

A terceira e última característica é reflexividade, que consiste na problematização de práticas instituídas por meio de novas informações. Caracteriza-se por dois lados: por um, é intrínseca à própria ciência, que começa a questionar a si mesma e romper com determinadas hegemonias e, por outro, fora dela, questionamentos sobre os produtos da ciência (SPINK, 2004).

3.1.2. Características e Postulados Básicos do Construcionismo Social

Não há um consenso entre estudiosos sobre suas características, especialmente porque uma das suas características é não admitir uma definição. No entanto, Íñiguez (2002) e Spink (2004) apontam alguns elementos específicos desse movimento.

Um dos seus primeiros postulados consiste no questionamento das verdades acatadas. Há uma frase que aprendamos desde o início da graduação que reflete esta ideia: “Estranhar o familiar e familiarizar-se com o estranho”. Portanto, devemos problematizar o cotidiano, os discursos, a realidade, uma constante tarefa de desnaturalização. A partir do momento em que realizamos o exercício de questionar a forma como olhamos o mundo, passamos a questionar a nós mesmos e a problematizar os discursos que nos constituem. “Provavelmente, essa fórmula, esse princípio básico do construcionismo, é o mais característico: uma constante problematização das ideias e dos conceitos, inclusive daqueles que quase não podemos imaginar distantes de como nos foram ensinados” (ÍÑIGUEZ, 2002, p. 128).

Outro postulado consiste em considerar que todo conhecimento é datado historicamente, produto social e cultural. Compreendemos que o conhecimento é uma prática social como outra qualquer, resultado da interação social permeada pela linguagem. Está inteiramente ligado ao contexto e não existe fora dessa relação. “(...) qualquer conhecimento, da natureza que for, sempre deve ser visto como o resultado de um contexto histórico e cultural, deve-se analisar sua eficácia, função e utilidade no contexto, em vez de entendê-lo como um conhecimento universal” (ÍÑIGUEZ, 2002, p. 129).

Portanto, a construção do saber ou do conhecimento é relativa, está intrinsecamente integrada às condições econômicas, sociais e culturais produzidas ao longo do tempo por determinada sociedade. As nossas ações cotidianas, nossas trocas diárias, os diálogos que estabelecemos irão construir nossa concepção de mundo. Então, todas as formas de interação social são importantes para a construção do saber, resultando no terceiro postulado do construcionismo: todo conhecimento é uma construção coletiva. Assim, as interações mais estudadas por tal perspectiva são as baseadas na linguagem.

Tal fato irá influenciar o último postulado que consiste no conhecimento enquanto inseparável da ação social. Podemos notar que todos os postulados estão interligados.

Nesse exercício de problematização, notamos que o conhecimento produzido e compartilhado possibilita ou impede determinados tipos de ações sociais. Como o construcionismo é uma constante crítica, principalmente à Psicologia, devemos entender que os nossos saberes coletivos sustentam certas formas de relação social, mas excluem outras.

Certas práticas são possibilitadas e outras não. Como, por exemplo, tornamos alguns comportamentos patológicos e outros não, ditamos o que é ser louco ou saudável, entre mais. “Ser construcionista, nesse sentido, é buscar sempre o outro lado: verificar consequências e sua origem, além de problematizar o ponto de vista que aparece como inquestionável ou verdadeiro” (ÍÑIGUEZ, 2002, p. 131).

Mas então o que diferencia uma psicologia convencional de uma psicologia com uma postura construcionista? Durante nosso percurso na graduação e nas teorias dominantes da psicologia, notamos que há uma perpetuação da ideia de que o sujeito possui uma essência única ou uma identidade individual que permanece contínua ao longo do tempo. Inclusive algumas teorias defendem que tal essência deve ser decifrável. Em uma psicologia de orientação construcionista, o sujeito terá tantas identidades individuais quantos forem os contextos em que ele se movimenta. Portanto, a primeira característica de uma psicologia construcionista é o *anti-essencialismo*, ou seja, não temos uma natureza determinada ou uma essência.

Quando estudamos as disciplinas de pesquisa na graduação com uma orientação mais convencional, aprendemos que a pesquisa para ter validade e credibilidade diante da comunidade científica precisa apresentar resultados os mais próximos da realidade, critério que se denomina como fidedignidade. Íñiguez (2002) afirma que inclusive estudamos isso porque se pressupõe que há uma realidade independente do conhecimento que podemos gerar sobre ela.

No entanto, no construcionismo uma característica que o diferencia de outros referenciais teóricos é *anti-realismo*, o qual consiste na negação entre o conhecimento e a percepção direta da realidade. Não consideramos conhecimento como representação da realidade, mas um processo de construção coletiva. O conhecimento não representa a realidade. Não é possível distinguir entre a nossa inteligência sobre o mundo e o mundo como tal.

Não há uma realidade que seja independente da maneira pela qual nos referimos a ela. O acesso à realidade é a partir das formas coletivamente construídas. Nesse sentido, nenhum objeto é dado de antemão. Não existe antes de o definirmos. Não espera que lhe coloquemos uma palavra. O objeto é construído pela convenção linguística utilizada no processo.

(...) não há objeto preexistente às convenções que o constroem. A verdade, portanto, é uma fantasia, já que, para que algo seja verdadeiro no sentido convencional, deve ter uma entidade externa e independente do sujeito que o observa. (...) o objeto não pode ser definido independentemente do debate social, do processo social da convenção que o nomeia. Não há nenhuma realidade independente do acesso que temos a ela (ÍÑIGUEZ, 2002, p.120).

Spink (2004) afirma que o movimento construcionista rompe com a dicotomia sujeito e objeto, pois não há objetos naturais. Objetos naturais são objetivações de nossas construções, de nossas práticas. Eles são como são porque somos como somos. Tanto objeto como sujeito são tomados como construções sociais. E, como o conhecimento também é uma construção social, é esse socialmente produzido que constrói ambos.

Uma das críticas ao construcionismo social consiste em que esse postulado negaria a realidade e que esse relativismo produziria a máxima: “como tudo é construção social, tudo vale”. No entanto, pontuamos que falar e assumir uma construção da realidade não é negar sua existência. Realidade e existência são diferentes, o que negamos é uma realidade independente de nosso acesso a ela. E salientamos que uma construção social não é estática, é dinâmica. Concordamos com Spink (2004), ao responder sobre tal crítica:

O relativismo suscita a necessidade da reflexão sobre os efeitos daquilo que a gente produz; suscita, portanto, uma reflexão ética. O mérito de acatar tão abertamente uma postura relativista face aos fatos sociais é que ela abre o debate; força a reflexão sobre os efeitos de nossas práticas em pesquisa (p. 28).

Outra característica é a especificidade histórica e cultural do conhecimento (explanado anteriormente). Portanto, podemos refletir que as teorias psicológicas também são produtos de um tempo e de uma cultura determinada e não podemos compreendê-las como descrições definitivas da natureza humana.

Diante disso, podemos refletir que nossa concepção de mundo não deve ser buscada na realidade objetiva, mas em nossas relações cotidianas, na nossa história cultural e social. E tal acesso e construção se dá por meio da linguagem, a qual não é apenas uma forma de expressar o que está em nossas cabeças, um estado mental ou afeto. Ela é muito mais que isso, ela constrói nosso mundo, nossas emoções e nossa experiência psicológica. Essa compreensão resulta em duas características essenciais do construcionismo: a linguagem é condição prévia indispensável ao pensamento e a linguagem é uma forma de ação social. Portanto, a fala nunca é uma ação individual, mas coletiva constituindo-se como um processo em constante negociação.

É importante salientar que o processo de ação de linguagem não se produz enquanto uma pessoa fala,

(...) as explicações que procuramos, nossa compreensão de como são as coisas, não se encontram na mente individual nem nas estruturas sociais, mas nos processos interativos dos quais participamos cotidianamente. Ou seja, (...), as cognições, não estão NAS pessoas, estão ENTRE as pessoas. (...) Do ponto de vista construcionista, a interação focaliza-se nos processos em que se

encontram os conhecimentos, as cognições, as representações, os valores, as atitudes etc (ÍNIGUEZ, 2002, p. 140).

Tal afirmação nos dá a base para compreender que o conhecimento é algo que as pessoas fazem juntas e não algo que as pessoas possuem. Essa é a última característica que diferencia esse referencial da psicologia convencional: a ênfase nos processos. Portanto, o conhecimento não é algo que se tem, não é uma propriedade que alguns possuem e outros não, sempre é resultado de uma ação coletiva.

Como os processos sociais são extremamente importantes nesse referencial, a análise dos repertórios linguísticos é uma das propostas metodológicas para analisar tais processos. Não podemos afirmar que existe um método único, mas o que é comum ao processo metodológico dos construcionismos é uma postura desreificante, desnaturalizante, desessencializadora.

Sobre as implicações ético-políticas deste movimento, podemos problematizar como o poder orienta a pesquisa. Os interesses econômicos e políticos incidem sobre as pesquisas, tanto em relação ao financiamento quanto ao que se deve pesquisar. É preciso problematizar sempre para entender os efeitos que produzimos. Não há pesquisador neutro. Pesquisar por si só já é um ato político.

Se a psicologia tem uma dimensão política porque estuda processos políticos, porque está assentada no poder ou porque produz conhecimento para as sociedades, seus cientistas devem decidir, em cada momento, a quem servir. Sabendo que nosso trabalho está relacionado a isso, devemos decidir em que direção queremos contribuir, (...) não há solução externa, não há critério que nos permita dizer o que devemos fazer ou não. (...) temos de ser reflexivos com nosso trabalho, analisando para onde nos conduz, e, portanto, desenhando o modo de orientar os processos sociais em um sentido que nos pareça eticamente mais comprometido (ÍNIGUEZ, 2002, p. 152).

A partir do nosso referencial teórico, é um posicionamento ético-político dar visibilidade aos procedimentos de pesquisa, à interpretação e à dialogia presente no contexto do trabalho em que nós, enquanto pesquisadores, nos posicionamos e somos posicionados. Tendo em vista que a produção do conhecimento é sempre contextual e situada no tempo, dar visibilidade aos nossos passos de análise corresponde ao rigor metodológico e possibilita aos leitores identificar os passos de análise e compreender as interpretações desenvolvidas pelos pesquisadores (NASCIMENTO; TAVANTI; PEREIRA, 2014).

Assinalamos que atualmente o construcionismo tenta avançar na direção de romper a dicotomia humanos e não humanos, à medida que incorpora aspectos não linguísticos, ou seja, leva em conta materiais que permeiam todas as trocas linguísticas (SPINK; MEDRADO;

MÉLLO, 2014). Essa discussão é herança das problematizações realizadas pela Teoria Ator-Rede (TAR) que busca estudar fenômenos que envolvem matrizes de atores⁴ e atrizes (humanos/as e não humanos/as) em toda complexidade. Implica considerar que não construímos a realidade sozinhos, porém agimos em conjunto com os mais variados elementos, tanto humanos quanto não humanos, tanto naturais quanto sociais (CORDEIRO; CURADO; PEDROSA, 2014).

A influência da TAR no construcionismo nos levou a aliar as contribuições de Anemarie Mol para nos auxiliar a compreender as diferentes versões de realidade, especificamente em nosso estudo as diversas versões de Apoio Matricial. Mol também nos ajuda refletir sobre “Ontologias Políticas” (MOL,2008). Isso nos traz também um desafio: como retratar essa complexidade. Assumimos este desafio no terceiro capítulo.

3.2. Práticas Discursivas e Produção de Sentidos

Após essa breve explanação sobre o construcionismo social, enfocamos nesse tópico o referencial teórico que utilizamos para compreender o fenômeno do Apoio Matricial.

O foco central de análise na abordagem construcionista são as práticas discursivas. Implicam em ações, seleções, escolhas, linguagens, contextos, enfim, uma variedade de produções sociais das quais são expressão (SPINK; FREZZA, 2013). O termo “práticas discursivas” é uma expressão utilizada para demarcar e distinguir o foco de interesse das pesquisas voltadas para o papel da linguagem na interação social, como já discutimos anteriormente (SPINK; MEDRADO; MÉLLO, 2014). São consideradas como meios privilegiados para compreender a produção de sentidos no cotidiano.

Sentido aqui é compreendido como “uma construção social, um empreendimento coletivo, mais precisamente interativo, por meio do qual as pessoas – na dinâmica das relações sociais historicamente datadas e culturalmente localizadas – constroem os termos a partir dos quais compreendem e lidam com as situações e fenômenos a sua volta” (SPINK; MEDRADO, 2013). A produção de sentidos é um processo sociolinguístico que é construído quando mais de duas vozes se confrontam: a voz de um ouvinte responde à voz de um falante. Esse confronto, ou melhor, essa interanimação, não é necessariamente física, o pensamento é dialógico. A pesquisa também é um processo de produção de sentidos perpassada pela interanimação de diversas vozes (SPINK, 2000).

⁴ Na TAR, Ator/actante/atuante é tudo aquilo que tem agência, que produz efeitos transformações, desvios. É qualquer coisa que atue ou modifique a ação (CORDEIRO; CURADO; PEDROSA, 2014).

Geralmente, é por meio desse exercício de desfamiliarização e desconstrução tão discutido no tópico anterior, que se torna possível dar visibilidade aos sentidos. Precisamente, essa é uma das estratégias centrais da pesquisa social.

Como dissemos anteriormente, uma pesquisa baseada nos princípios construcionistas compreende a linguagem como uma prática social, e ela é central nas pesquisas. No entanto, consideramos importante fazer uma distinção entre práticas discursivas e discurso visto que são terminologias distintas para trabalharmos em diferentes níveis de análise.

O discurso é o uso institucionalizado da linguagem e de sistemas de sinais linguísticos. Portanto, remete às regularidades linguísticas. Focaliza o habitual gerado pelos processos de institucionalização, nos quais há uma tendência de permanecer no tempo, mas isso não quer dizer que seja imutável. Então, o contexto histórico pode mudar os discursos e também pode competir entre si ou produzir versões distintas e incompatíveis sobre um fenômeno social. O que é importante compreendermos é que existem prescrições e regras linguísticas situadas que orientam as nossas práticas cotidianas e mantêm e reproduzem discursos (SPINK; MEDRADO, 2013).

Por sua vez, o conceito de práticas discursivas corresponde aos momentos ativos da linguagem, aos momentos de ressignificações, de rupturas, de produção de sentido, nos quais convivem tanto a permanência quanto a ruptura (SPINK; MEDRADO, 2013).

Podemos definir, assim, práticas discursivas como linguagem em ação, ou seja, as maneiras a partir das quais as pessoas produzem sentidos e se posicionam em relações sociais cotidianas. As práticas discursivas têm como elementos constitutivos: a dinâmica, ou seja, os enunciados orientados por vozes; as formas, que são os speech genres; e os conteúdos, que são os repertórios interpretativos (SPINK; MEDRADO, p. 26, 2013).

No estudo das práticas discursivas é importante a identificação e análise dos sentidos, já definidos anteriormente. Essa compreensão é permeada por um confronto entre inúmeras vozes. Nosso trabalho como pesquisadores sociais e analisadores dessas práticas consiste em estudar a dimensão performática do uso da linguagem, visto que esta é ação e produz efeitos, e trabalhar com consequências amplas e nem sempre intencionais. Não podemos considerar que a pessoa existe isoladamente, pois os sentidos são construídos quando duas ou mais vozes se confrontam (SPINK; MEDRADO, 2013). Por exemplo, quando questiono um profissional sobre o Apoio Matricial e ele responde “eu estava lendo um artigo científico que dizia...”, ele traz para a dialogia a voz do saber científico.

Performatividade, segundo Austin, é uma terminologia para indicar a propriedade que determinados enunciados linguísticos têm de afetar a construção de realidades, ou seja, falar é

fazer. Portanto, falar faz nascer ou coloca em ação aquilo que nomeia, marcando o poder constitutivo e produtivo da linguagem. Isso implica em compreender que todos os atos de fala produzem realidades (AUSTIN, 1998).

Essa força constitutiva das práticas discursivas pode fornecer posições de pessoa, no sentido de que uma posição incorpora repertórios linguísticos, assim como uma localização em um jogo de relações de poder. Por exemplo, um profissional em uma oficina pode se posicionar como pesquisador, profissional, gestor, entre outras, como poderemos analisar no capítulo seguinte. Decorre também que as práticas discursivas são polissêmicas; portanto, possibilitam às pessoas transitarem por inúmeros contextos e vivenciarem variadas situações. Nesse contexto, as práticas discursivas implicam no uso de repertórios e posicionamentos identitários (SPINK; MEDRADO, 2013).

Aceitar que as práticas discursivas são polissêmicas, ou seja, permeada por sentidos, repertórios e posicionamentos não significa dizer que não pode existir certa hegemonia ou que os sentidos produzidos possuem igual poder de provocar mudanças. No entanto, como afirmamos acima, essa natureza polissêmica possibilita às pessoas transitarem por inúmeros contextos e vivenciarem variadas situações.

Nesse sentido, as práticas discursivas compreendem um constante processo de interanimação dialógica. Portanto, podemos propor que a produção de sentido é resultante de uma produção discursiva de pessoas em interação, que nos leva a dialogar sobre o conceito de posicionamento (DAVIES; HARRÉ, 1990 trad. SPINK, 1996), o qual vai ser muito importante para compreendermos o capítulo seguinte.

Posicionar-se diante de um contexto argumentativo implica circular por múltiplas narrativas com as quais entramos em contato e que se aliam às práticas discursivas. Identificarmos quem somos está sujeito a respostas mutáveis dependentes das posições disponíveis nas nossas práticas discursivas. Portanto, ao focalizar o estudo dessas práticas encontramos também com a processualidade das construções identitárias (ROSE, 2001).

Por exemplo, um profissional a se apresentar em uma oficina com outros profissionais pode dizer onde trabalha, a profissão, formação e referencial teórico utilizado. Porém, o mesmo profissional pode se apresentar em outro grupo indicando características pessoais como cor dos olhos, onde nasceu e outros aspectos.

Então, propomos que o sentido deriva do uso que fazemos dos repertórios linguísticos de que dispomos em nosso cotidiano. Esses repertórios, resumidamente, são o conjunto de termos, descrições, lugares-comuns e figuras de linguagem que compõem as unidades de construção das práticas discursivas e delimitam o leque de possibilidades de construções

discursivas que possuem como parâmetro o contexto em que essas práticas são produzidas e os estilos gramaticais específicos.

3.3. Ética Dialógica e os Horrores Metodológicos

É um princípio ético o anonimato e o sigilo dos participantes da pesquisa e imprescindível a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, mais conhecido por sua sigla TCLE. No entanto, questionamos se o cumprimento desses aspectos já garantiria uma pesquisa ética? Neste tópico, dialogaremos sobre uma Ética dialógica discutida por Spink (2000) e sobre os denominados horrores metodológicos.

Os parâmetros descritos acima fazem parte da ética prescritiva. Ela é decorrente da moral contratual e constitui-se como um parâmetro para controle entre os próprios pesquisadores e para as agências de financiamento à pesquisa. É um importante instrumento de garantia de direitos dos participantes de nossas pesquisas. Porém, apenas a prescrição e cumprimento de normas não são suficientes para garantir uma pesquisa ética. A partir do nosso referencial teórico, aliamos a ética prescritiva a uma ética dialógica, que se fundamenta num compromisso com os pressupostos da produção de saber e das interações humanas. Como já dissemos anteriormente, a pesquisa é compreendida como uma prática crítica e reflexiva, mas também social; portanto, exige clareza não só dos objetivos, do método, ou processos de interpretação, mas também dos usos dos produtos desse conhecimento.

Uma pesquisa ética, a partir dessa perspectiva, considera a dialogia como intrínseca aos processos de coleta e interpretação dos dados, ressignificando a relação entre pesquisador e pesquisado. Como dissemos anteriormente, a pesquisa é um processo de produção de sentidos. Diante disso, é central a interanimação que se estabelece entre nós e os sujeitos que pesquisamos. Portanto, estes sujeitos serão nossos interlocutores durante todo o processo de pesquisa, inclusive quando publicamos os resultados. Estamos interligados aos participantes de nossa pesquisa desde o primeiro contato até os últimos produtos da análise de dados.

Em relação aos horrores metodológicos, são três formas (indexicalidade, inconclusividade e reflexividade) que na perspectiva realista são utilizadas para diminuir o abismo entre nossas representações e a realidade, porém aqui podemos ressignificá-los a partir de nosso referencial.

A indexicalidade em uma visão realista diz respeito aos critérios de fidedignidade e validade dos resultados da pesquisa. Quanto mais os dados se aproximam da realidade, mais fidedignos e válidos eles os são. Em nossa visão, esse conceito refere-se à nossa vinculação

com o contexto, o sentido modifica-se à medida que a situação muda. Então, é nossa responsabilidade, enquanto pesquisadores, a descrição e exploração plena do contexto de pesquisa (SPINK; MENEGON, 2013).

A forma como escolhemos os participantes não se trata de uma amostra representativa da população estudada, visto que reconhecemos a diversidade e variação das experiências, ou seja, há uma aceitação da descrição e exploração plena do contexto de pesquisa. Contudo, os critérios dessa escolha devem estar explicitados, assim como as possíveis consequências dessa escolha devem ser também exploradas. É nesse contexto que temos a inconclusividade, à qual refere-se à complexidade dos fenômenos sociais e à impossibilidade de controlar todas as variáveis intervenientes. A generalização compreendida é possível se reinterpretada como ilustração das inúmeras possibilidades de sentido, como uma produção de sentido (SPINK; MENEGON, 2013).

Por último, a reflexividade refere-se à negação da falácia da neutralidade do pesquisador. Não desconsideramos a interpretação e os efeitos da presença do pesquisador nos resultados da pesquisa. Então, buscamos explorar a forma pela qual a subjetividade do pesquisador definiu o fenômeno pesquisado (SPINK; MENEGON, 2013).

Portanto, a nossa ética vai para além das prescrições e normatizações. O rigor da nossa pesquisa é fenômeno que perpassa a intersubjetividade que implica em assumir a pesquisa como uma prática social; visibilizar os procedimentos de produção e análise dos resultados e aceitação da dialogia na relação entre pesquisador e pesquisado.

A título de procedimentos éticos prescritivos, o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em maio de 2016, sob o número 55473316.6.0000.5013.

3.4. Percorso Metodológico

Para alcançar o objetivo proposto de compreender as versões do Apoio Matricial de um grupo de profissionais de saúde, esta pesquisa foi desenvolvida em dois momentos: o primeiro consistiu em uma observação participante de um projeto de extensão de matriciamento e o segundo em um encontro em grupo no formato de uma oficina.

A observação participante foi desenvolvida no projeto de extensão da UFAL intitulado “MatriciaMENTE: estimulando ações de matriciamento em Maceió”. Tivemos conhecimento desse projeto em setembro de 2015, durante uma reunião aberta, realizada na Secretaria Municipal de Saúde, a qual buscava organizar o processo de matriciamento da Saúde Mental no 6º e 8º distritos sanitários de Maceió. Nesse momento, foi autorizada minha participação.

A unidade acadêmica proponente foi a ESENFAR (Escola de Enfermagem e Farmácia) da UFAL. Foi coordenado por uma professora de enfermagem da UFAL e consistiu em um projeto piloto que buscou dar suporte a SMS para implantar o matriciamento no município.

O projeto contou com várias parcerias, tais como Coordenação de Saúde Mental/SMS; Programa de Residência Médica em Psiquiatria da UFAL; Programa de Residência Enfermagem em Psiquiatria e Saúde Mental da UNCISAL; Residência Multiprofissional da UFAL; Residência em Saúde da Família da UNCISAL; Curso de Terapia Ocupacional da UNCISAL. A proposta foi desenvolvida no período de 6 meses, por meio de atividades semanais de ações de matriciamento nas UBS's e rodas de discussão e oficinas que discutiam conteúdo específicos. Acompanhamos o desenvolvimento das ações de AM no 6º distrito. A equipe em que participei era bastante diversa, composta por estudantes de graduação, profissionais do CAPS, profissionais do NASF e do Consultório na Rua, residentes em Psiquiatria e Saúde Mental. Teve seu início no final de setembro de 2015 e finalização em fevereiro de 2016. No entanto, pretende-se, após a execução desse projeto piloto, que as ações de matriciamento se tornem permanentes e que se formem novas equipes matriciadoras e se expandam para outros distritos sanitários.

Além do objetivo já citado anteriormente, o projeto busca: realizar treinamento da equipe apoiadora para efetividade do matriciamento da saúde mental com a atenção básica; estimular a formação acadêmica dentro dos princípios matriciais; colaborar com a pós-graduação na formação de profissionais matriciadores; estimular maior integração da equipe matriciadora; aproximar a equipe matriciadora das equipes de referência; fomentar conteúdos relevantes na prática de matriciamento.

O instrumento utilizado para analisar o primeiro momento foi o diário de campo, o qual também é considerado uma prática discursiva; portanto, é uma linguagem em ação. Tal ferramenta constitui-se como produção discursiva privilegiada na pesquisa, desenvolvido não como uma descrição neutra das vivências, mas tendo as falas anotadas e analisadas, os contextos, dinâmicas e também minhas opiniões, incômodos, enfim minhas “afetações” produzidas nos encontros.

O diário, como afirmamos, é um atuante: com ele e nele a pesquisa começa a ter certa fluidez, à medida que o pesquisador dialoga com esse diário, construindo relatos, dúvidas, impressões que produzem o que nominamos de pesquisa. Esse companheirismo rompe com o binarismo sujeito-objeto, tornando o diário também um ator/atuante que permite a potencialização da pesquisa. Ao invés de atores contrapostos (pesquisador/pesquisado; técnicas/instrumentos; tema/objetivo), temos na pesquisa uma conjugação de fluxos em agenciamentos coletivos produzindo a própria ação de pesquisar (MEDRADO; SPINK; MÉLLO, p. 278, 2014).

No capítulo seguinte, descrevemos resumidamente a vivência neste projeto e, para reflexões e discussões dos resultados, utilizamos trechos do diário de campo.

No segundo momento, utilizamos a oficina como estratégia de pesquisa com grupos, que são espaços nos quais é possível assumir posições, compartilhar experiências, fazer negociações e coproduzir sentidos.

Portanto, os grupos são situações sociais que permitem uma diversidade de argumentos e posicionamentos que, quando analisados, possibilitam ao/a pesquisador/a uma leitura ampla dos diversos argumentos usados em relação a um tema, a posicionamentos, a processos de produção de sentidos, de construção de conhecimentos e de opiniões individuais ou coletivas (BRIGAGÃO, et al. p.80, 2014).

As oficinas, segundo Spink, Menegon e Medrado (2014) também são práticas discursivas que propiciam espaços de negociação de sentidos, com potencial crítico de produção coletiva de sentidos. Ao mesmo tempo em que produzimos material para análises, construímos um ambiente de trocas simbólicas que potencializam a discussão em grupo em relação à temática proposta, gerando conflitos construtivos visando ao engajamento político de transformação.

Um total de 10 profissionais foram convidados, via contato telefônico, para a oficina, sendo que nove se fizeram presentes. Dentre eles, cinco participaram do projeto piloto, duas profissionais pertenciam à equipe matriciadora, duas da equipe de referência e um profissional da coordenação do projeto. O grupo constitui-se de três homens e seis mulheres. A maior parte dos participantes era de psicólogos e da área de saúde mental. O quadro 7 mostra o quantitativo dos participantes a partir da categoria profissional e área de atuação.

Quadro 7 - Quantitativo dos participantes da oficina a partir da categoria profissional e área de atuação.

Perfil dos Participantes	
Categoria Profissional	Psicologia: 5 Serviço Social: 2 Enfermagem: 1 Educação Física: 1
Área de Atuação	Saúde Mental: 3 Gestão: 2 Residentes: 2 Atenção Básica: 2

Fonte: Autoras

Antes de iniciar a oficina, foram apresentados aos participantes os princípios éticos da pesquisa e foi solicitada a assinatura do TCLE. A oficina teve, em média, a duração de 2 horas e 30 minutos. Explicamos os objetivos da pesquisa, solicitamos ao grupo permissão para a gravação das falas para posterior análise e esclarecemos que poderiam pedir a qualquer momento que o gravador fosse desligado. Para ampliar as possibilidades de registro, contamos com uma colaboradora que também fez o registro das relações grupais e das impressões que teve ao participar do grupo.

A oficina consistiu nas seguintes etapas: 1- Apresentação: da coordenadora, da observadora e dos participantes do grupo; 2- Associação de ideias com a palavra Apoio Matricial: cada participante escreveu em um *post-it* todas as palavras, frases, sentimentos que vem à cabeça quando escutam a palavra Apoio Matricial, após a escrita a compartilharam em voz alta com o grupo e, à medida que terminavam a leitura, colavam em uma cartolina os *post-it* e; após a colagem de todos, questionei sobre o que eles refletiram sobre as palavras expressadas por eles; 3-Vivências: Foi distribuída uma folha de tamanho A4 para cada participante e solicitei que nela escrevessem, a partir de todo o percurso profissional, quais ações foram desenvolvidas ou ainda desenvolviam que caracterizavam como sendo de Apoio Matricial; posteriormente, pedi que compartilhassem com o grupo e, depois disso, classificamos juntos para quem estas ações foram direcionadas; 5- Lanche; 6- Reflexão final: foi questionado aos participantes quais reflexões puderam ser produzidas sobre o Apoio Matricial a partir daquele momento da oficina; 7- Avaliação: solicitei uma avaliação da oficina de cada participante.

As falas foram transcritas literalmente a fim de focalizar a dialogia entre os participantes do grupo; identificar a autoria; analisar os posicionamentos e os efeitos desses nos outros participantes do grupo e realizar uma leitura dos repertórios linguísticos presentes nas interações e dos sentidos produzidos coletivamente. As pausas, os silêncios, as expressões também foram transcritas. O quadro 8 mostra a descrição de cada participante da oficina, como o nome (fictício); profissão e nível de atenção e a participação no projeto.

Quadro 8 - Categorização dos participantes da oficina a partir do nome, profissão e nível de atenção e participação no projeto piloto.

Nome Fictício	Profissão / Nível de Atenção	Participação no projeto piloto
Amália	Psicóloga / Saúde Indígena	Não
Eliana	Assistente Social / Atenção Básica	Sim
Fernando	Psicólogo / Gestão	Sim
Janaína	Educadora Física / Saúde Mental	Sim
Karla	Psicóloga / Residência Multiprofissional em Saúde da Família	Sim
Luan	Enfermeiro / Residência em Saúde Mental	Não
Márcio	Psicólogo / Saúde Mental	Não
Patrícia	Psicóloga / Atenção Básica e Alta Complexidade	Não
Rebeca	Assistente Social / Gestão	Sim

Fonte: Autoras.

Os mapas dialógicos foram utilizados como ferramentas para a análise das falas produzidas durante a oficina. Eles permitem dar visibilidade à interanimação dialógica, aos repertórios linguísticos, às rupturas no processo de produção, a disputas e negociações de sentidos, a relações de saber-poder e a jogos de posicionamento (NASCIMENTO; TAVANTI; PEREIRA, 2014). A escolha de tal ferramenta está diretamente ligada ao referencial teórico-metodológico com o qual trabalhamos e permite visualizar as falas de cada participante e as questões e provocações que as originaram.

(...) no estudo das práticas discursivas, o mapa dialógico é um recurso que nos permite dar visibilidade aos passos dados na construção da pesquisa e à dialogia presente nos discursos analisados. Parte da compreensão de que rigor metodológico em pesquisa científica implica a explicitação dos passos de busca e de análise das informações obtidas e visa à reflexividade do/a pesquisador/a no processo da pesquisa (SPINK, M.J.; LIMA, 1999; SPINK, M.J.; MENEGON, 1999 apud NASCIMENTO; TAVANTI; PEREIRA, p. 249, 2014).

Para construir esses mapas foram realizados os seguintes passos: transcrevemos falas dos participantes, incluindo todas as expressões comunicadas e a numeração das linhas do texto

transcrito, para localizar no mapa dialógico e na discussão dos resultados em que lugar do texto se encontra a fala à qual estamos nos referindo.

Posteriormente, fizemos uma transcrição sequencial que consiste na identificação das falas e vozes presentes no áudio, identificando quem fala, em que ordem cada pessoa fala e sobre o que fala. Nessa etapa, também podemos perceber a quem a fala é endereçada e quais repertórios linguísticos são utilizados. Não se trata de uma transcrição completa da fala, mas de identificar sobre o que versa a conversa e como ela acontece.

Por fim, construímos o mapa dialógico, que é um quadro com linhas e colunas organizado pelos temas identificados na transcrição sequencial, que estão de acordo com os objetivos desta pesquisa e com o que queremos dar visibilidade na análise.

4 APOIO MATRICIAL E SUAS VERSÕES

Este capítulo apresenta, inicialmente, uma síntese da minha participação no projeto piloto “Matriciamente”, norteadada pelos diários de campo produzidos durante essa experiência, que perdurou por seis meses. A inserção nesse projeto de extensão teve como objetivo conhecer como estava configurado o AM, no município de Maceió. Posteriormente, seguem as discussões sobre a primeira e segunda etapas da oficina, ferramenta metodológica utilizada nessa pesquisa para analisar os repertórios sobre o apoio matricial produzidos por um grupo de profissionais de saúde e discutir o AM a partir das versões de um grupo de profissionais de saúde a partir de suas experiências e da literatura científica. Tanto na primeira parte da oficina como na segunda descrevemos evidenciando quem falou, o que falou, em qual ordem falou e os posicionamentos produzidos a partir dessas falas.

A partir da descrição da oficina realizamos as análises, as reflexões e discussões das falas dos participantes. Para analisá-las, utilizamos a ferramenta dos mapas dialógicos e trechos da transcrição integral da oficina. As construções dos mapas estão detalhadas em cada tópico.

Organizamos essas informações da seguinte maneira: primeiro, descrevemos as falas de acordo com a sequência da oficina com vistas a dar visibilidade à interanimação dialógica. Esta, segundo Bakhtin, é a dialogia que acontece na interação entre as pessoas, que no momento que conversam sobre algum assunto ou expressam suas ideias, argumentam e contra-argumentam. Nesse contexto, há um jogo de posicionamentos no qual uma pessoa se posiciona em relação à fala do outro, e este é posicionado a partir da fala do outro (ARAGAKI; PIANI; SPINK, 2014).

Portanto, no estudo da linguagem em uso, os enunciados das pessoas estão sempre em contato ou são endereçados a uma outra pessoa, então, podemos compreender que todo enunciado é uma resposta ao enunciado que o precedeu. Na perspectiva Bakhtiana não há monólogo e esses endereçamentos se interanimam mutuamente (SPINK, 2004).

Dessa forma, na descrição identificamos quem fala, em que ordem cada pessoa fala, sobre o que fala e a quem está endereçando esta fala. Observando também o que determinado argumento suscita em outros participantes, e como eles se posicionam; opondo-se ou concordando e complementando o argumento anterior.

Salientamos que os nomes utilizados para os profissionais, ou protagonistas desse diálogo, são fictícios. Informamos a profissão, o nível de atenção à saúde em que aquele (a) profissional trabalha ou a política pública em que está alocado (a).

As falas foram analisadas a partir do referencial teórico das práticas discursivas e produção de sentidos (SPINK, 1999) explanado em capítulos anteriores. No entanto, para além deste, apoiamo-nos no termo *versões* das contribuições de Anemarie Mol, a fim de identificar e entender as múltiplas maneiras de se referir ao AM.

A partir de princípios construcionistas, estamos interessados em identificar os processos pelos quais as pessoas descrevem, explicam e/ou compreendem o Apoio Matricial e não em definir quais conceitos estariam certos ou errados, ou seja, não buscamos conclusões universalmente válidas. Portanto, não objetivamos avaliar tais repertórios em certos ou errados.

4.1 Descrição da Participação no Projeto “Matriciamente”: estimulando ações de matriciamento em Maceió”

Estava no 2º semestre do mestrado, quando recebi um e-mail que divulgava uma reunião na Secretaria Municipal de Saúde para a organização do processo de matriciamento em Maceió. Estava intitulada assim: “Reunião sobre a organização do processo de matriciamento da Saúde Mental na Atenção Básica no 6º e 8º distritos sanitários, no Auditório da Secretaria Municipal de Saúde de Maceió, às 14h, do dia 4 de setembro de 2015”. A reunião, da qual participei, foi coordenada por uma professora de enfermagem e um professor de psiquiatria, ambos da UFAL, e uma psicóloga da Secretaria Municipal de Saúde, do setor de Educação Permanente.

Nessa reunião, estavam presentes profissionais de saúde de diversos serviços. Teve como objetivo apresentar um projeto de extensão da UFAL, que buscava implantar ações de matriciamento em dois distritos de Maceió e naquele mesmo dia tentar formar as equipes matriciadoras e definir as Unidades Básicas que acolheriam essas equipes. Naquele momento, indico meu desejo em participar do projeto, o qual foi aceito.

Para compreender melhor as pactuações para o início do projeto, pergunto para as coordenadoras como este foi se consolidando. A professora de enfermagem revela que possuía o desejo de colaborar com a Saúde Mental no Estado. Diante disso, começou a frequentar as reuniões do grupo gestor de saúde mental do município. Conversou com a psicóloga da Secretaria Municipal de Saúde e juntas fortaleceram a ideia de realizar ações de matriciamento e no sentido de operar a Educação Permanente. Concomitante a isso, a Secretaria Municipal de Saúde convocou uma reunião com alguns representantes da UFAL, como professores de Psiquiatria, Educação Física, Serviço Social e Enfermagem. Este grupo de professores estava realizando alguns encontros para articularem questões de Saúde Mental na Universidade.

Dessa reunião, concluíram que um projeto de extensão daria o suporte inicial para a implantação do Matriciamento. Além disso, seria um campo de estágio para as Residências de Psiquiatria e de Enfermagem em saúde mental. Desta forma, a professora de enfermagem ficou responsável por desenhar o projeto, o qual foi compartilhado com os demais professores, que foram opinando e modificando alguns aspectos. O nome do projeto foi proposto por essa mesma professora.

Nesse contexto, definiram o que elas denominaram de “equipe de frente” do projeto que era composta por duas professoras de enfermagem, dois psicólogos da Secretaria Municipal de Saúde e uma psicóloga de um CAPS do município. Os profissionais foram convidados a participar por meio de reuniões convocadas pela secretaria e coordenadas pela professora. A “equipe de frente” forneceria aporte teórico e técnico, por meio de discussões continuadas quanto à inserção na prática, com a utilização de rodas de conversa e oficinas. Também objetivaram que os profissionais participantes do projeto fossem atores multiplicadores nos seus serviços.

A reunião seguinte aconteceu no dia 18 de setembro de 2015, no Conselho Regional de Psicologia durante o período da manhã. Estavam presentes pessoas de diferentes categorias como da Residência da UNCISAL, tanto os coordenadores como os residentes; profissionais das UBS's; dos NASFs; CAPS. Neste dia, conhecemos as duas Unidades Básicas que seriam abrangidas pelo projeto. Um representante de cada unidade fez uma apresentação sobre as demandas principais da UBS. Além disso, a professora de enfermagem explicitou detalhadamente o projeto.

O projeto buscou: realizar treinamento da equipe apoiadora para efetividade do matriciamento da saúde mental com a atenção básica; estimular a formação acadêmica dentro dos princípios matriciais; colaborar com a pós-graduação na formação de profissionais matriciadores; estimular maior integração da equipe matriciadora; aproximar a equipe matriciadora das equipes de referência; fomentar conteúdos relevantes na prática de matriciamento.

A proposta foi desenvolvida no período de 6 meses, por meio de atividades de ações de matriciamento nas UBS's e rodas de discussão e oficinas. Ocorreram atividades semanalmente: numa semana ocorria uma oficina apenas com a equipe de AM, para uma supervisão e compartilhamento das ações desenvolvidas na UBS e discussão de conteúdos específicos. Na outra semana, ocorriam os encontros na própria UBS, para as ações de matriciamento com a equipe de Referência.

A minha participação no projeto consistiu em inserir-me na Equipe de Apoio Matricial que acompanhou a UBS do 6º distrito sanitário. Escolhi essa equipe, visto que minha orientadora acompanhava estagiárias de psicologia naquele local.

Para o deslocamento até a UBS, pegava carona com uma profissional da equipe de AM, que era psicóloga de um CAPS. Nos primeiros encontros, os profissionais da UBS mostraram-se bastantes engajados durante as reuniões de matriciamento e inclusive suspendiam as atividades naqueles dias. No entanto, isto não se manteve. Passados alguns encontros, alguns profissionais realizavam atendimentos enquanto ocorriam nossas reuniões e, conseqüentemente, nem todos os profissionais participavam.

O bairro no qual acompanhei o projeto foi marcado por um crime, considerado bastante cruel e amplamente divulgado pelos meios midiáticos. A partir desse episódio, o território ficou conhecido como violento. Diante disso, a equipe da unidade básica realizou um projeto de humanização visando à construção de outros tipos de relações na comunidade e assim também com a unidade. Essa UBS destacara-se pelo fato de conseguir aplicar alguns princípios da Política Nacional de Humanização, especialmente na triagem dos usuários.

Em nossos primeiros encontros, identifiquei uma ausência de diálogo ou pactuação mais firme dos objetivos do projeto, visto que os profissionais possuíam a expectativa de que a equipe de AM realizaria atendimentos individuais. Notei que havia também uma expectativa muito grande em relação à presença de uma residente de Psiquiatria, pois, segundo os profissionais da UBS, havia uma demanda para esta profissional.

No entanto, com o tempo, as expectativas foram modificando-se. A primeira delas foi em relação à residente de psiquiatria, pois ela compareceu apenas em dois encontros na UBS e se mantinha numa posição distanciada dos demais. Um fato que me chamou a atenção foi que ela era a única profissional que vestia jaleco nas discussões de caso.

A outra mudança foi em relação aos atendimentos individuais, pois fomos construindo com a equipe as discussões de caso em conjunto; realizando visitas domiciliares e produzindo PTS para os casos escolhidos pela equipe de referência.

Nessa vivência, há alguns pontos que considero como limitantes à prática do matriciamento. São eles: Os profissionais da equipe de AM não se conheciam, e isso dificultava o diálogo ocasionando algumas discussões desnecessárias. A equipe da UBS avaliou que parecia que não eramos integrados e que discordávamos muito um dos outros. No final do projeto havia pouca adesão de vários profissionais de ambas as equipes. As oficinas de discussão teórica poderiam ter acontecido anteriormente à iniciação nas UBS's e com a preocupação de ensinar o conteúdo, o tempo para o relato dos encontros nas UBS ficava

prejudicado muitas vezes. Estas também poderiam ter a presença de profissionais da UBS. Usuários e familiares não construíram em conjunto com a equipe o próprio PTS.

Como potencialidades, avalio que foi um espaço para dialogarmos sobre AM. Para muitos profissionais, foi o primeiro contato com o arranjo. Houve um envolvimento e engajamento por parte dos Agentes Comunitários de Saúde. Espaço para formarmos redes com outros profissionais e serviços. Discussão e desenvolvimento em conjunto de estratégias para usuários. Compartilhamento de sentimentos, vivências e saberes.

Foi uma experiência muito rica acompanhar essas ações. As caronas, as fotos, as conversas antes, durante e após os encontros e via *WhatsApp* fazem parte do meu campo-tema. O meu lugar no projeto, além de pesquisadora, foi também de militante do Sistema Único de Saúde e da Reforma Psiquiátrica, atenta aos movimentos das equipes e quais práticas são impedidas ou transformadas, e não voltado para uma psicologia tecnicista e prescritiva. E, principalmente, incitar a discussão de que nossas ações de matriciamento são para os usuários e seus familiares e, não para a gestão ou para o quantitativo de atendimentos, para que assim possamos construir e fortalecer um cuidado em rede.

4.2 O início da Oficina

A delimitação dos participantes da oficina constou em dez profissionais, que atuam em diferentes níveis de atenção à saúde e de profissões diversas, que foram convidados por meio de contato telefônico. Inicialmente, planejávamos realizar a oficina apenas com os profissionais que participaram do projeto “Matriciamente”, pois pressupúnhamos que as ações de matriciamento não eram realizadas em Maceió, influenciadas pela proposta daquele projeto, que propunha sua implantação no município. No entanto, após o Seminário Avançado⁵ e debates propiciados pela literatura científica sobre o tema, consideramos que os profissionais ao realizarem suas ações podem caracterizá-las como de AM, mesmo que não estejam formalizadas dessa forma. Optamos então, por convidar para a oficina, além de 5 (cinco) profissionais que participaram do projeto, mais 5 (cinco) de outros serviços e áreas de atuação, com os quais tive alguma aproximação e que não tinham participado.

A oficina foi marcada em um sábado pela manhã com o intuito de não prejudicar as atividades diárias dos profissionais nos serviços. Foi realizada em uma sala do Conselho Regional de Psicologia, visto que se localiza em um bairro central e de fácil acesso a todos. Os

⁵ Seminário realizado pelo Programa de Pós-Graduação de Psicologia da UFAL, no qual mestrandos apresentam seus projetos e são submetidos à qualificação de uma banca com vistas à avaliação do projeto.

sentimentos de ansiedade e nervosismo foram inevitáveis. No entanto, à medida que os profissionais chegavam, esse sentimento foi se modificando para a simples percepção de que eu estava entre pessoas que mantinham algum vínculo.

Notei que a maioria dos profissionais se conhecia e se cumprimentava com afeto. Enquanto isso, posicionei as cadeiras em forma de círculo. Do lado externo da sala, coloquei uma mesa com café, suco e outros lanches. À medida que cada profissional chegava, entregava as duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e indicava que a mesa de café poderia ser acessada a qualquer momento. Informei também que qualquer dúvida referente ao TCLE poderia ser questionada e, conseqüentemente, esclarecida.

Dos dez convidados para participar da oficina nove compareceram. Antes de iniciar, eles ficaram conversando uns com outros. Nesse momento, houve um episódio que nos fez pensar sobre em qual lugar esses profissionais se posicionavam. Uma das primeiras participantes ao chegar estava lendo uma cartilha de humanização. Fiquei intrigada e questionei o motivo daquela leitura. Eis que ela me responde que estava estudando um pouco para a oficina. Esclareci que naquele momento não existiria certo ou errado.

Essa necessidade de estudar antes da oficina sinaliza que a sua finalidade para uma pesquisa de mestrado convocou um saber da participante posicionada como colaboradora, que exigia estudar para contribuir com um discurso formal e científico.

Após a chegada de todos os convidados, solicito que sentem no círculo, formalizando, assim, o início de nosso diálogo. Agradei a presença de todos, apresentei-me de forma breve e solicitei que a observadora, a qual era uma amiga e também psicóloga, se apresentasse. Expliquei que o objetivo da pesquisa consistia em compreender as possibilidades do Apoio Matricial por profissionais de saúde e a necessidade de gravarmos as discussões. Porém, o anonimato seria garantido e que a gravação poderia ser pausada, caso algum participante não se sentisse confortável em compartilhar algo que fosse gravado.

Ressaltei novamente, dessa vez para todos, que durante a oficina não seria um momento de avaliação das falas; portanto, não havia certo ou errado em relação ao matriciamento, que iríamos conversar e que expusessem suas ideias. Por último, informei que o projeto havia sido aprovado pelo Comitê de Ética. Solicitei, a seguir, que os participantes se apresentassem.

4.3. Primeira etapa da Oficina: Apoio Matricial e a Associação de Ideias

A primeira etapa da oficina consiste num processo de associação de ideias. Para tal, distribuí alguns papéis adesivos e canetas a cada um e requeri que escrevessem todas as

palavras, vocábulos, expressões e sentimentos que vinham à mente quando escutavam a palavra Apoio Matricial. Informei que poderiam parar de escrever ao sentirem que as palavras não decorriam mais naturalmente. Quando todos os profissionais finalizaram a escrita, solicitei que compartilhassem com o grupo.

A descrição de momentos da oficina contém trechos da transcrição integral (TI) do áudio. O número colocado entre parênteses é referente à numeração das linhas, a fim de indicar a localização do diálogo-fonte. Os repertórios destacados em negrito são aqueles que circularam de forma predominante. Com vistas a dar visibilidade às falas compartilhadas, apresentamos, a seguir, os protagonistas desse diálogo juntamente com as associações feitas durante essa primeira parte da oficina.

Amália foi a primeira a se pronunciar; ela é psicóloga e trabalha com a política pública de Saúde Indígena, lotada em um município do interior de Alagoas. Sua fala é focada em sua experiência e traz a palavra ‘acolhimento’ (24) afirmando que a partir de sua vivência é a palavra mais forte pela qual consegue pensar em Apoio Matricial. ‘**Compartilhar**’ (25), ‘Equipe de Referência’ (25), ‘Transversal’ (26); ‘Multi, Inter e Transdisciplinar’ (26), ‘NASF e NASI’ (26). Explica que esse último é uma particularidade da política pública na qual atua. Por último, fala ainda nas palavras ‘Diálogo’ (27) e ‘Dificuldades’ (27).

O próximo participante a falar é **Luan**, que é enfermeiro e residente no Programa de Residência em Saúde Mental e Psiquiatria de uma Universidade do Estado. Este programa era parceiro do projeto “Matriciamente” e Luan, assim como outros residentes da sua turma, iriam participar da segunda etapa do projeto, quando ele foi interrompido e essa turma de residentes não participou.

Luan realiza a leitura das seguintes palavras: ‘Novo modelo de atuação’ (29), ‘**Compartilhamento**’ (30), ‘Retaguarda’ (30), ‘Horizontalidade’ (30), ‘Apoio técnico-pedagógico’ (30), ‘Forma de cuidado\apoio que visa ser uma alternativa contra a burocratização da assistência’ (31), ‘Superação da hierarquização a partir de um modelo de troca’ (32), ‘Forma de superar o encaminhamento’ (32).

No término de cada fala dos participantes, os papéis adesivos foram colocados aleatoriamente em uma cartolina de tamanho 40, pela observadora e eu. Os profissionais se respeitavam no momento da fala, questionando se poderiam falar ou se outro participante gostaria de compartilhar primeiro.

Após Luan, **Rebeca** que estava sentada ao seu lado, lê as palavras que escreveu para o grupo. Ela é assistente social, participou do projeto “Matriciamente” e atualmente está na gestão na Secretaria Municipal de Saúde. As palavras compartilhadas foram ‘Cooperação’ (37),

‘**Compartilhar saberes**’ (37), ‘Corresponsabilização do cuidado’ (37), ‘Apoio técnico’ (37), ‘Mudança na lógica do cuidado’ (38), ‘**Articulação de redes**’ (38), ‘Valorização dos recursos do território’ (39), ‘**Troca**’ (39).

Após Rebeca, **Fernando** se pronuncia brevemente. Ele é psicólogo, já trabalhou em um Centro de Atenção Psicossocial, também participou do projeto piloto “Matriciamente” junto à coordenação desse projeto e atualmente está na gestão na Secretaria Municipal de Saúde. ‘**Rede**’ (41) ‘Colaboração’ (41) e ‘Confusão’ (41) foram as palavras trazidas por ele.

Márcio trabalha em um CAPS do município em um interior e também é psicólogo. Márcio e Fernando são amigos e, assim como o último, fala sobre um sentimento de ‘Angústia’ (44), e que o trabalho matricial remete a ‘**Rede**’ (45), ‘Clínica Ampliada’ (46), ‘Interdisciplinaridade’ (46), ‘PTS⁶’ (46). Como palavras-chave traz ‘Desafio’ (47), ‘Coragem’ (47) e ‘Força’ (47). Nesse momento, tanto Márcio e Fernando riem juntos.

Logo em seguida, escutamos **Patrícia**, a qual é psicóloga e trabalha em dois serviços, uma Unidade Básica de Saúde e em um Hospital. Atendendo, assim, dois níveis de atenção à saúde, a Atenção Básica e a Alta Complexidade. Ela era a participante que estava lendo a cartilha de humanização antes da oficina e compartilha os termos: ‘Contra-referência’ (50), ‘Acompanhamento’ (51), ‘Continuidade’ (51), ‘Responsabilização’ (51), ‘Comprometimento’ (51), ‘**Rede**’ (51), ‘Fluxo’ (51) e por último, ‘Humanização’ (52).

Posteriormente, **Eliana** entra no diálogo, falando as palavras ‘Integralidade’ (54) ‘Compromisso’ (54), ‘**Compartilhamento**’ (54), ‘Corresponsabilidade’ (54), ‘Clínica Ampliada’ (55), ‘Trabalho em equipe’ (55), ‘Autonomia do sujeito’ (55), ‘Respeito ao saber do outro’ (56), ‘Construção coletiva’ (56), ‘Discussão de caso’ (56) e ‘Humanização’ (56). Eliana também participou do projeto “Matriciamente”, por ser assistente social de uma das Unidades Básicas que era abrangida por esse.

Após Eliana, **Janaína**, que é educadora física do CAPS e que também foi incluído no projeto “Matriciamente”, realiza a leitura das seguintes palavras: ‘**Compartilhamento**’ (58), ‘Corresponsabilidade’ (58), ‘Vários olhares’ (59), ‘PTS’ (59), ‘Território’ (59), ‘Sujeito’ (59), ‘Potencialidades do sujeito e do território’.

A residente de psicologia em Saúde da Família de uma Universidade do Estado, **Karla**, compartilhou os vocábulos ‘Suporte’ (61), ‘Disponibilidade’ (62), ‘**Troca**’ (62), ‘Aprendizagem’ (62), ‘Processos de Trabalho’ (62), ‘Diferente’ (62) afirmando para pensarmos as diferenças, ‘Escuta’ (63), ‘Comunicação’ (63) e ‘Negociação’ (63). Ela durante a graduação,

⁶ Projeto Terapêutico Singular.

estagiou na mesma Unidade Básica em que Eliana trabalha e, por isso, participou também do projeto “Matriciamente”.

Após as leituras compartilhadas pelos participantes, realizei a leitura em voz alta de todas as palavras que foram expressadas naquele momento e as quais estavam coladas na cartolina. Diante disso, questionei o que poderíamos refletir, por meio dessas associações livres de ideias e dos diversos apontamentos apresentados sobre o Apoio Matricial.

Luan (Enfermeiro – Residente) é o primeiro a se pronunciar afirmando que os participantes entram em consenso de que, de alguma maneira, o Apoio Matricial envolve uma troca, um sistema de compartilhamento. Ao afirmar que apesar de o matriciamento não ocorrer da forma como foi descrito na associação de ideias, os participantes possuem uma visão bastante rica daquilo que ele representa (87-92). Portanto, em seu posicionamento sinaliza que se ativeram a uma definição conceitual (teórica) e há uma diferença entre o conceito e a prática, mas que ali na oficina houve uma troca e compartilhamento que possibilitou uma visão rica.

Eliana (Assistente Social – Atenção Básica) dialoga com o posicionamento de Luan, mas amplia-o para a discussão, refletindo sobre o compromisso com o sujeito e a cisão entre teoria e prática. Afirma que muitos participantes falaram a palavra compartilhar, e muitas vezes os profissionais querem encaminhar. Exemplifica essa situação, dizendo que quando há um compartilhamento com o usuário e com a equipe ocasiona um resultado diferente para as direções das demandas. Em suas palavras: “Não estamos encaminhando para o serviço por encaminhar, e sim, ouvindo o usuário para saber se é realmente aquilo que ele deseja, analisar as demandas e as necessidades trazidas por ele, para que assim consiga um trabalho mais organizado e em conjunto com toda equipe (93-100)”. A fala de Eliana focaliza-se nos resultados que o matriciamento, por meio do compartilhamento, pode proporcionar tanto ao usuário quanto à equipe.

Fernando (Psicólogo – Gestão) tem um posicionamento contrastante do apresentado por Eliana e Luan, refletindo que há uma lacuna nas ações de matriciamento. Ele afirma que falta uma “sustância”. “A gente tá falando em torno sempre do matriciamento perfeito, do matriciamento, uma característica do matriciamento, mas isso, o Apoio Matricial é o quê? Eu acho que falta isso, falta uma consistência, uma coisa a mais, uma sustância” (102-105).

Questiono o que ele acha que seria essa sustância. Ele responde que:

Eu acho que é uma definição clara do que é e como se faz. Eu acho que quando a gente fala do apoio matricial, fala compartilhar, sempre coisas que não tem o que é e como fazer fechado. Acho que isso falta, e aí dá margens à gente fazer diversas coisas sob o título de matriciamento (107-110).

A fala de Fernando demarca uma cisão entre teoria e prática, também pontuada de uma forma mais superficial por Luan. Focaliza, especialmente, a ausência de uma prática com o arranjo.

Amália (Psicóloga – Saúde Mental), respondendo à fala de Fernando, concorda com o posicionamento de Luan de que o matriciamento consistiria nos efeitos produzidos em suas ações e não em uma conceituação mais precisa. “(...) se eu falo, se tem efeito, já tem algum apoio matricial né” (112). Em sua opinião, para conseguirmos localizar de fato o Apoio Matricial, há a necessidade de ressignificá-lo a partir de uma curvatura e seus significados. Diante das falas no primeiro momento, afirma que as ideias dos profissionais estão em diálogo com uma perspectiva semelhante. No entanto, consegue perceber que as vozes e os discursos variam de acordo com o lugar que assumimos, exemplifica que a voz da gestão é diferente da voz do profissional que está na “ponta”⁷(111-121).

Nesse trecho **Amália** focaliza também nos resultados da prática do matriciamento, concordando que é por meio desta que é possível identificar o AM. Analisamos que ela também demarca que seu posicionamento é diferente da gestão, visto que está na prática, ou como ela própria diz e que é corriqueiro entre profissionais de saúde: “está na ponta”. Posiciona-se como pesquisadora, analisando as falas dos participantes, e sinalizando os diversos posicionamentos produzidos pelo contexto argumentativo de cada participante. Salientamos que Amália finalizou sua dissertação recentemente e utilizou o mesmo referencial teórico que o nosso.

Após Amália, **Márcio** (Psicólogo – Saúde Mental) ressalta que até aquele momento o grupo não havia discutido palavras que remetem a si mesmos, como sentimentos ou afetos e que os participantes trouxeram poucas com esse sentido. A questão teórica é importante para Márcio; no entanto, considera que deve existir um envolvimento afetivo no cotidiano e que isto seria fundamental para o matriciamento e outros dispositivos. Ao enfatizar “ (...) não, eu quero ir, eu quero conhecer mais, eu quero compreender melhor como eu posso fazer para melhorar isso, essa situação, esse usuário. Como a gente pode fazer esse envolvimento, esse envolvimento afetivo” (127). Ainda se referindo à parte teórica, afirma que existe um pouco de confusão e que tem dificuldade em colocar em prática (122-137). Portanto, concorda com posicionamentos anteriores sobre a cisão entre teoria e prática, mas também aponta uma cisão entre objetividade e subjetividade. A ação do matriciamento, para ele, estaria dependente da competência e habilidade de cada profissional em assumir o desafio de realizá-lo.

⁷ Esse é um termo muito recorrente nas falas dos profissionais de saúde, possui o sentido daquele profissional que oferece assistência direta ao usuário.

Fernando responde ao posicionamento de **Márcio** em relação à dificuldade de colocar o matriciamento em prática. Em sua opinião, essa dificuldade repousa justamente na ausência de uma definição mais circunscrita, sem delimitações do que poderia, ou não, se constituir como apoio matricial, retomando assim, seu posicionamento inicial de uma conceituação mais concisa e fechada e de uma cisão entre teoria e prática. “Quando fala compartilhamento, rede, substituir um modelo, ok, isso tá claro né? Mas eu acho que isso não circunscreve a coisa. Assim, não dá pra gente identificar na prática o que é e o que não é. Eu acho que isso não tá muito claro” (140).

Márcio complementa o posicionamento de **Fernando** afirmando que o Apoio Matricial é um dispositivo confuso (144). Apontamos que confusão foi um sentimento compartilhado por **Fernando** na leitura da associação de ideias. **Fernando** retoma mais uma vez seu posicionamento, afirmando que não temos como definir o que seria ou não AM.

Luan e **Amália** questionam o posicionamento de **Fernando**, indagando se este acreditaria que essa dificuldade estaria no fato de o matriciamento não possuir limites delimitados. **Fernando** retoma seu argumento principal, afirmando que não há uma definição que possa se avaliar “isso é matriciamento” e “isso não é matriciamento”. Exemplifica com o trabalho do NASF: “Sendo que aí tem o NASF que vai no posto de saúde e faz uma dinâmica lá com o pessoal do posto e tal, aí fazem aquele negócio, aí vão falar do usuário. Isso é matriciamento e isso não é?” (152). Novamente, demarca uma cisão entre teoria e prática.

Luan questiona novamente **Fernando**, se ele achava que muitas vezes o efeito pretendido consiste nas expressões compartilhadas [durante a oficina], porém, na prática há uma variação, e assim não há uma clareza em relação ao que seria o matriciamento de fato (155).

Fernando concorda com **Luan**; no entanto, afirma que as palavras que foram descritas, como rede, compartilhar, superar o modelo, apoio e entre mais, estão ao “redor de algo”. Esse algo seria desconhecido em virtude de não possuir uma definição clara e precisa. Consequentemente, no momento da prática não teria uma uniformidade, e, como ele afirma, “fica solto” (158-162). “A gente não consegue ter uma prática de fazer matriciamento: é assim que se faz, é desse jeito, é assim que se faz, é assim que não se faz. Esses limites, esses delineamentos, eu acho que não são tão claros. Daí vem a dificuldade de pôr em prática” (162). Dessa forma, Fernando expressa o desejo de ter um método preciso ou um modelo que possa ser seguido em qualquer contexto.

Rebeca (Assistente social – Gestão) continua com o diálogo, trazendo outros pontos para a discussão, como a superficialidade das ações destinadas aos usuários, focando o

compromisso e a responsabilidade. Para ela, os usuários passam pelos serviços de forma muito superficial e a ação de apoio exigiria muito mais cuidado e um olhar mais aproximado. Caso esse compromisso e essa responsabilidade sejam assumidos em uma ação que esteja voltada para tudo que foi discutido, já é um passo para a mudança (166 – 176).

Rebeca continua e deixa explícito que seu posicionamento é referente à gestão. Afirma que analisando a experiência que tiveram no projeto “Matriciamente”, o matriciamento é muito incipiente em Maceió. Ela indica que não enxergava esse apoio efetivo, seja porque não consegue, seja porque não sabe como fazer. Em relação à oficina, demonstra um desejo de que naquele momento tivesse um profissional do NASF da capital para que pudesse ser compartilhado como está sendo esse processo⁸. Por fim, relata que a experiência de matriciamento proporcionada pelo projeto foi positiva, mas, ao mesmo tempo, trouxe mais desafios que respostas.

Mas, eu penso que precisa até porque é uma ação de muita responsabilidade porque sem isso a gente não consegue, não dá pra enxergar o sujeito de forma superficial senão a gente não faz, nem a equipe de apoio, nem a equipe de referência consegue fazer o trabalho né” (Rebeca, 178).

Eliana (Assistente social – Atenção Básica), assim como Rebeca, focaliza no usuário e discorre sobre o desafio de construção com o usuário, a partir de uma leitura do cotidiano dos serviços. Em sua opinião, o apoio matricial exige na prática do dia a dia das equipes o respeito à autonomia do sujeito. Para ela, é um desafio compreender que o usuário também está inserido naquele contexto, construindo conjuntamente com os profissionais. Relembra que na vivência do projeto piloto, do qual também participou e dialoga com a fala anterior, a equipe refletiu que o sujeito passa a ter voz; desse modo, os profissionais o escutam. Isto se constitui como um momento de despertar para a equipe, visto que, muitas vezes, os profissionais desejam “as coisas muito prontinhas”, como por exemplo, dizer para onde o usuário deve seguir e o que fazer. Portanto, o matriciamento foi um momento de transição para compreender a escolha e autonomia desse sujeito e, conseqüentemente, refletir que muitas vezes a autonomia não é respeitada. O que é planejado para ele não é o que ele deseja. Concorda que o matriciamento é algo novo, novo para a equipe e para quem irá realizá-lo, mas há um compromisso que deve ser assumido com o usuário (189-200).

Em síntese, **Eliana** reflete sobre o cotidiano do trabalho, que não pode ser tecnicista e prescritivo, deve haver um compromisso e respeito com a autonomia e escolhas dos sujeitos,

⁸ Profissionais do NASF foram convidados, mas não puderam comparecer no dia combinado para a realização da oficina. As atividades da residência de Karla são em conjunto com um NASF da capital. Portanto, sua fala também perpassa as ações realizadas nesse serviço.

indicando assim como ela posiciona o AM. Entendemos que sua fala está direcionada para uma crítica de um apoio matricial focalizado no método, contestando o desejo expressado por **Fernando**. Focaliza no usuário, cujos limites de suas ações seriam definidos por ele próprio. Isso consistiria em um desafio para a equipe e, conseqüentemente, para quem aceita este desafio.

Karla (Psicóloga – Residente) concorda com **Fernando** que os limites não estão bem definidos, mas se contrapõe a esse, ao refletir sobre a necessidade de uma definição concreta e até que ponto isso seria alcançado. Na associação de ideias, as palavras interdisciplinaridade e transdisciplinar foram compartilhadas por outro participante. Em sua opinião, tais refletem muito sobre o processo de matriciamento, que consiste em diferentes profissionais se envolvendo. A partir disso, **Karla** reflete sobre o processo de formação, que visualizamos no trecho seguinte:

E aí isso faz pensar a formação, que a gente teve formações muito diferentes, aí entra a questão dos afetos, que eu acho que são super importantes pra pensar essa questão da interdisciplinaridade. Se não houver disponibilidade, se não houver o respeito pela diferença que aquele profissional foi formado de uma forma que eu não fui, então a gente tem que aprender a lidar com isso, pra se integrar e conseguir de fato fazer o apoio matricial funcionar. Então, eu não sei até que ponto esses limites são possíveis de serem colocados (Karla, 206-212).

Karla acrescenta que na residência tem acompanhado um NASF e que também tem o conhecimento de algumas experiências de outros NASF. Concorda que é algo muito novo e que estamos aprendendo a fazer (213-2015). **Patrícia** complementa “aprender fazendo” (216). **Karla** concorda com a pontuação de **Patrícia**.

A partir da fala de Karla, **Márcio** afirma que é um desafio, pois a formação é disciplinar. O próprio modelo da universidade é disciplinar, porém em um serviço de saúde há o contato com uma equipe com diversas vozes e disciplinas (218-225). Assim, demarca novamente uma cisão entre a teoria e prática, sendo exercidas especialmente por um modelo disciplinar de ensino.

Rebeca (Assistente Social – Gestão) concorda com a posição de Márcio ao complementar que é um espaço de conflitos (226). Afirma que é um espaço de conflitos entre as categorias, entre as disciplinas. É um espaço onde se evidenciam as correlações de força, problematizando que determinados campos de saber seriam superiores a outros. Relata sobre a vivência no projeto e que tal correlação estava presente. Apesar de ter ocorrido uma conversa inicial com as equipes das unidades básicas, nos conta que ficou evidente que a equipe de

referência tinha uma expectativa muito díspar das ações que seriam realizadas pelo projeto⁹. Muitas vezes, na discussão de caso, o conhecimento de algumas profissões foi colocado em questionamento e, em alguns momentos, não houve abertura para reflexão (228-233).

Na opinião de **Rebeca**, na discussão de caso não há ninguém que sabe mais que o outro. Todos devem ser escutados, do agente comunitário até o médico, para que seja defendida qual é a melhor estratégia para aquele sujeito (235-239).

Essas discussões focalizam a formação do profissional como importante para um trabalho conjunto e que o Apoio Matricial estaria em constante construção. A fala de **Rebeca** e a vivência descrita por eles (as) sinalizam os jogos de poder entre as profissões como um impedimento para acontecer o AM.

Karla se pronuncia novamente ao complementar a fala de Rebeca, afirmando que a partir de sua vivência, mais que conflito entre as disciplinas há a dificuldade de conseguir enxergar a atuação da psicologia¹⁰. Insistindo, assim, em uma diferenciação de campos de saberes. A dificuldade existiria no relacionamento entre as disciplinas e na compreensão do papel delas nos contextos dos serviços (245-249). Exemplifica seu argumento, com os seguintes questionamentos: “Ser psicólogo no NASF é fazer o quê? Eu faço atendimento individual ou não faço? Eu faço psicoterapia ou não faço?” (250).

Logo após Karla, **Janaína** (Educadora Física – Saúde Mental) retoma a discussão sobre interdisciplinaridade. Afirma que essa também ocorreu no grupo do *WhatsApp*¹¹. Concorda com a fala inicial de **Márcio** sobre subjetividade, visto que, em sua opinião, essa confusão e conflito que ocorreram na vivência do projeto são decorrentes dessa subjetividade, do significado desses sentimentos que são produzidos pelos modelos de saúde. Para ela, há também uma discrepância entre o discurso e a prática, revelando que existem muitos profissionais que falam que o matriciamento é compartilhar, mas que a prática se mostra totalmente diferente (252-260). Portanto, posiciona-se em concordância sobre a cisão da teoria e prática. Além disso, o matriciamento consistiria também em uma competência ou habilidade inerente ao profissional, argumento pontuado por Márcio.

Para **Janaína**, compartilhar é permeado por dificuldades, visto que possuímos defesas pessoais, não queremos compartilhar nem sobre a nossa vida. Exprime que o matriciamento

⁹ Projeto “Matriciamente”.

¹⁰ No caso de Karla, a dificuldade consistiria em enxergar a atuação da Psicologia no NASF. Visto que a vivência relatada é a partir do NASF o qual acompanha.

¹¹ Este grupo no *whatts app* o qual Janaína refere-se, é intitulado Atenção Psicossocial - AL. Foi criado por Márcio e por Fernando com intuito de proporcionar que os profissionais da atenção psicossocial de Alagoas dialogassem e se conhecessem melhor. A referência a esse grupo aparece em alguns momentos da oficina.

seria uma estratégia que veio para mudar o modelo de cuidado porque rompe com a lógica de encaminhamento. Prossegue sua fala discordando de **Fernando** sobre os limites, afirmando que tais limites não existem em vários aspectos no campo de atuação. No entanto, os profissionais podem ir delimitando algumas coisas para que a prática não fique confusa (261-270). Janaína concorda com Karla em relação à não possibilidade de uma definição concreta do matriciamento.

Por fim, **Janaína** pontua ainda que as tecnologias e instrumentos que são recomendados pelo Apoio Matricial sobre como mudar esse modelo de cuidado, e os quais discutimos brevemente durante o projeto “Matriciamente”, não são práticas cotidianas dos profissionais porque não há uma intimidade e afetividade em relação a eles (271-273).

Assim como outros participantes, **Patrícia** (Psicóloga – Atenção Básica e Alta Complexidade) traz reflexões sobre sua prática. Relata ao grupo sobre a sua necessidade de estudar antes da oficina, em virtude de nunca ter ouvido falar sobre Apoio Matricial. Faz uma analogia dizendo que se sentiria um extraterrestre porque estaria todo mundo falando sobre o AM e ela não saberia do que se tratava.

Para **Patrícia**, esse dispositivo está longe do profissional que está na “ponta”. É necessário abrir as discussões nas unidades, nos hospitais para que se ocorra uma apropriação desse dispositivo, visto que até mesmo os participantes que vivenciaram o projeto avaliam sobre a necessidade de ampliação do matriciamento (274-286).

Patrícia concorda com o posicionamento de Karla e Rebeca de que o matriciamento é algo novo e está distante do contexto dos serviços; portanto, seu posicionamento é de que há uma cisão entre teoria e prática. Para que ações de matriciamento ocorram, é necessário que haja espaços de reflexão, discussão e diálogo com os profissionais sobre o tema.

A seguir, iremos propiciar reflexões sobre as análises destes posicionamentos e falas.

4.4 Discussões

Para a análise das palavras, expressões, vocábulos e sentimentos compartilhados pelos participantes na associação de ideias, construímos um quadro semelhante ao mapa dialógico. O objetivo foi a visualização de todos os termos pronunciados pelos profissionais. Porém, esse quadro foi formulado a partir do assunto principal a que tais palavras estavam se referindo. Diante disso, criamos cinco categorias: “Entre profissionais”; “Em si mesmo”; “Usuário” e “Modelo Proposto”. Esses temas serão explicados a seguir.

Quadro 9 - Categorização das palavras, expressões e sentimentos compartilhados pelos participantes da oficina durante a etapa de associação de ideias.

Entre profissionais	Em si mesmo	Usuário	Modelo proposto
Articulação de redes /Rede	Angústia	Acolhimento	Apoio técnico
Colaboração	Confusão	Acompanhamento	Apoio técnico-pedagógico
Compartilhar/ Compartilhamento/ Compartilhar saberes	Coragem	Autonomia do sujeito	Aprendizagem
Compromisso	Força	Continuidade	Clínica Ampliada
Comunicação		Escuta	Contra-referência
Construção coletiva		Integralidade	Desafio
Cooperação		Potencialidades do sujeito e do território	Diferente
Corresponsabilidade		Sujeito	Dificuldades
Corresponsabilização do cuidado			Discussão de caso
Diálogo			Equipe de Referência
Disponibilidade			Fluxo
Horizontalidade			Forma de cuidado\apoio que visa ser uma alternativa contra a burocratização da assistência
Negociação			Forma de superar o encaminhamento
Respeito ao saber do outro			Humanização
Responsabilização			Mudança na lógica do cuidado
Superação da hierarquização a partir de um modelo de troca			NASF e NASI
Trabalho em equipe			Novo modelo de atuação
Troca			Processos de Trabalho
Vários olhares			PTS
			Retaguarda
			Suporte
			Território
			Transversal; Multi, Inter e Transdisciplinar
			Valorização dos recursos do território

Fonte: Autoras.

Neste quadro visualizamos que os termos classificados no item *modelo proposto* são predominantes e referem-se àqueles que estão presentes na literatura científica que explica o apoio matricial. Podemos analisar isto por meio do Glossário, o qual encontra-se em anexo, discutido no capítulo 1. Outro item que se destaca é o *entre os profissionais*, onde foram inseridas as expressões relativas às ações que correspondem a eles mesmos, no processo do matriciamento.

Os repertórios que circularam de forma predominante durante a oficina foram: **Compartilhar; Compartilhamento; Compartilhar saberes; Rede**. No entanto, questionamos: Compartilhar o quê?

Compartilhamento está associado ao conceito de cogestão que é definido como: “o estabelecimento de relações dialógicas, com o compartilhamento de poder e conhecimentos entre os atores sociais neste sentido, gestores, trabalhadores e usuários” (CASTRO; OLIVEIRA, CAMPOS, 2016, p. 1626). Na literatura científica, há um consenso de que esse compartilhamento consiste nas diretrizes clínicas e sanitárias.

Assim como as palavras proferidas pelos participantes na primeira parte da oficina, as quais foram categorizadas no quadro 1, em uma pesquisa sobre apoio matricial com profissionais de saúde, avaliam que o matriciamento está relacionado com o compartilhamento da prática, com a co-responsabilização pelos casos clínicos e pelo processo de educação permanente, favorecendo a aprendizagem tanto daqueles que estão na Saúde da Família sobre saúde mental como dos profissionais do CAPS que se apropriarão do que se faz na atenção básica (MINOZZO, 2011), semelhantemente aos vocábulos compartilhados pelos profissionais do nosso estudo.

Diante da predominância de repertórios que circulam na literatura científica, compreendemos que os participantes da oficina estavam respondendo de acordo com o lugar em que foram posicionados (informantes de uma oficina para uma pesquisa de mestrado), direcionando suas falas à academia, à pesquisa.

Contribuiu também para esse entendimento o fato de uma das participantes se preocupar em fazer um estudo prévio sobre o assunto antes de começar a oficina, o que nos fez pensar sobre a necessidade e preocupação em demonstrar um discurso competente, marcado pela linguagem científica. O discurso acadêmico mostrou-se de forma predominante como também podemos analisar nas categorizações do quadro 1; por isso, os participantes direcionavam suas falas a mim, colocando-me no lugar de pesquisadora.

Neste sentido, fui posicionada no lugar de uma pessoa que detinha o conhecimento sobre o matriciamento e como alguém externa ao grupo.

No momento para a discussão da etapa de associação de ideias, para analisar os repertórios fizemos o uso da ferramenta do mapa dialógico (em anexo). Elaboramos um mapa dialógico para cada etapa da oficina. Estes se encontram em anexo. Para o primeiro momento de associação livre sobre a palavra Apoio Matricial e posterior discussão do grupo, construímos um mapa identificando quem falou e quais os temas que foram discutidos pelos participantes. Esses foram formulados a partir de uma leitura intensiva da transcrição integral e,

posteriormente, identificamos sobre o que versa a conversa e como ela acontece, agrupando os assuntos em torno dos quais se deu o diálogo, discussão, reflexão ou debate. As categorias ou temas foram: “Entre profissionais”; “Em si mesmo”; “Usuário”; “Modelo proposto”; “Teoria x Prática e Prática”; “Oficina”.

Ao tema “Entre profissionais” foram direcionadas as falas nas quais os participantes associavam o apoio matricial com a equipe, multidisciplinaridade, interdisciplinaridade ou algo que deveria ser compartilhado entre os profissionais e ainda envolvimento entre diferentes campos de saber.

Colocamos as falas na categoria “Em si mesmo”, quando os participantes focalizavam os sentimentos, a própria formação, em competências e habilidades dos profissionais para trabalhar com o AM e alguma experiência pessoal que não foi vivenciada pelos outros participantes da oficina.

O tema “Usuário” foi identificado quando o foco das falas era direcionado aos usuários ou sujeitos como sendo o fator principal do apoio matricial.

“Modelo proposto” é o tema no qual foram relacionadas as falas que se referiam a um modelo de Apoio Matricial, aquele que é proposto na literatura técnico-científica e nos documentos públicos, como também as dúvidas que são geradas por ele sobre a implementação desse arranjo.

Foram inseridas na categoria “Teoria x Prática/Prática” quando os/as participantes falavam sobre a dicotomia entre a teoria e a prática, ao referirem que o proposto pelo modelo do matriciamento não pode se aplicar no cotidiano dos serviços. E, ainda, prática quando as falas contavam sobre uma vivência do projeto piloto ou outra experiência compartilhada por mais de um participante.

Por fim, a categoria “Oficina” refere-se às falas que teciam comentários sobre aquele momento específico da oficina, questionamentos ou interrupções que os participantes faziam uns aos outros.

Os trechos que estão destacados nos mapas na cor vermelha referem-se às falas dos profissionais que participaram do projeto piloto.

O mapa permitiu compreender sobre as diversas formas de falar sobre o Apoio Matricial. De uma forma geral, o foco da discussão foi sobre a dicotomia entre teoria e prática.

O primeiro tema consiste em repertórios que perpassam a relação dos profissionais de saúde, algo que é construído nessa relação, que acontece no “entre”; por isso, denominamos no mapa a categoria “entre os profissionais”.

Neste tema, podemos analisar que o matriciamento para os participantes consiste em um sistema de compartilhamento e troca; no trabalho em equipe exercendo, assim, a interdisciplinaridade. No entanto, nesse exercício há as relações ou jogos de poder constituindo-se como desafios ou práticas impeditivas ao matriciamento.

As falas dos profissionais dialogam com o que está proposto pela literatura-científica do Apoio Matricial, posto que uma das diretrizes deste arranjo é que o apoio somente funciona quando o grupo consegue ampliar suas referências e quando consegue lidar com essas referências de forma crítica. Um dos pressupostos do AM diz respeito à responsabilização compartilhada de casos, que busca uma abordagem inter e/ou transdisciplinar por meio da formulação de projetos terapêuticos e abordagem conjunta, mediante a comunicação e relações estabelecidas entre diferentes profissionais. Deste modo, variadas perspectivas podem ser levantadas, com o enriquecimento das intervenções terapêuticas (CAMPOS et al, 2014, HIRDES; SILVA, 2014).

Estes repertórios também foram encontrados na pesquisa de Fittipaldi; Romano e Barros (2015), os quais entrevistaram profissionais de saúde, que consideraram o compartilhamento como o foco das ações e que isto proporcionaria uma maior efetividade do cuidado ao usuário.

No que diz respeito aos repertórios de troca de conhecimentos entre os diversos núcleos de saberes, podemos dialogar com Jorge et al (2014). Em seus estudos, ressaltam que o matriciamento permite a transição de um processo de trabalho individualizado ou fragmentado pela especialização para uma ação dialogada e interdisciplinar.

No tocante à interdisciplinaridade, os encontros com diversas profissões e perspectivas proporcionados pelo Apoio Matricial incentivam os profissionais a comporem projetos terapêuticos com outras racionalidades e visões de mundo. Na existência de impasses e conflitos, não há instâncias superiores para solucioná-los, cabendo aos sujeitos envolvidos encontrarem em conjunto uma resolução, para que não paralise o projeto terapêutico nem prejudique o usuário (CAMPOS, 1999).

O reconhecimento da necessidade de eventual comunicação entre as distintas profissões que operam nos serviços de saúde já é um avanço, uma forma de enfretamento do problema, porém apenas com discurso não ocorre uma alteração efetiva da estrutura que reforça esta separação (CAMPOS, 1999).

O cenário de espaço de disputa de poder entre as profissões, descrito pelos participantes, não é exclusividade do Apoio Matricial, pois se faz presente no cotidiano dos serviços de saúde. Especificamente durante a vivência no projeto “Matriciamente” aconteceram duas situações

que exemplificam esse espaço de conflitos. Tais situações são recortes do diário de campo escrito durante o acompanhamento do projeto.

No dia 2 de outubro de 2015, ocorreu a primeira reunião de apoio matricial na USF. A equipe da USF não realizou atividades naquele dia; portanto, a equipe organizou-se para que não tivesse agenda e dedicar-se exclusivamente para o encontro de matriciamento. Enquanto a reunião não se iniciara, a médica da unidade, que era diretora da USF, nos apresentou o espaço físico e a história daquela unidade e região¹². (...) Um fato marcante aconteceu, nesse dia, quando a médica da USF no momento da apresentação da unidade indicou uma sala e falou que aquela era destinada para a residente de psiquiatria do AM realizar os atendimentos. Neste momento, percebi uma ausência de diálogo ou pactuação mais clara dos objetivos do projeto, visto que este não pretendia realizar atendimentos individuais. Então, a enfermeira da equipe de AM respondeu à médica com algo semelhante a que posteriormente iríamos conversar em relação aos atendimentos, pois a equipe de AM não iria realizar atendimentos. De alguma forma, a expressão facial da médica transformou-se, porém não realizou questionamentos sobre isso. (...) Iniciamos a reunião, com a organização das cadeiras em formato de uma roda. (...) Houve um momento bem crítico no qual uma médica da USF falou que os agentes comunitários necessitavam saber qual era realmente o trabalho deles, para, assim, fazê-lo. Então, um psicólogo da equipe de AM de uma forma bem tranquila respondeu o questionamento da médica falando que os agentes comunitários eram muito importantes, visto que eles tinham o maior contato com a comunidade e usuário. Após essa fala, os agentes o aplaudiram. Posteriormente, no final da reunião, em uma carona, conversando com alguns integrantes da equipe de AM percebemos que aquela fala foi significativa de tal forma que os ACSs poderiam construir um vínculo conosco (Diário de campo, 2 de outubro de 2015).

No dia 23 de outubro de 2015, ocorreu outra oficina na UFAL na sala do PET-Saúde, juntamente à coordenação do projeto. Muitas pessoas faltaram nesse encontro. Percebi que o número de profissionais que estavam comparecendo às oficinas estava caindo significativamente. Iniciamos com o relato de cada equipe de AM sobre as reuniões na UBS. Posteriormente, houve uma discussão teórica sobre o processo de trabalho nas equipes de matriciamento com uma professora convidada de enfermagem da UFAL. A apresentação foi oral em forma de slides e era intitulada Crise dos modelos assistenciais hegemônicos-médico-assistencial e sanitaria campanha (...). No entanto, o marcante desse dia ocorreu quando estávamos discutindo sobre a hegemonia do modelo biomédico e a residente de psiquiatria, que inclusive era da minha equipe de AM, disse algo semelhante a isto: 'Eu acho assim, que deve ser cada um no seu quadrado. A enfermeira que não venha mexer na minha prescrição'. Nesse instante, os presentes começaram a falar todos ao mesmo tempo, tentando responder a essa fala. Pensei na formação de alguns profissionais e como estes poderiam trabalhar com um arranjo como o AM que critica o modelo médico vigente (Diário de campo, 23 de outubro de 2015).

¹² A região que acompanhei pelo projeto foi marcada por um crime, considerado bastante cruel, e amplamente divulgado pelos meios midiáticos. A partir desse episódio, o território ficou com o estereótipo de violento. Diante disso, a equipe da unidade básica realizou um projeto de humanização visando à construção de outros tipos de relações com a comunidade e assim com a unidade.

As relações de poder nos serviços de saúde são muito discutidas pela Política Nacional de Humanização. Pode-se acarretar descompromisso e falta de interesse de participação na maioria dos trabalhadores quando grande parte das decisões é tomada por um pequeno grupo, que ocupa cargos mais altos na hierarquia dessa organização e que é baseada no poder das corporações profissionais. Diante disso, processos de trabalho centrados em procedimentos burocráticos e que se restringem a prescrições podem ocasionar a fragilização do envolvimento dos profissionais de saúde com os usuários (BRASIL, 2004).

A categoria *em si mesmo* foi assim nomeada para associar as falas que focalizavam os aspectos individuais de cada profissional, que o fariam assumir o desafio do Apoio Matricial. Está conectada com a categoria *entre os profissionais*, pois os participantes discutem que para a interdisciplinaridade acontecer são necessários disponibilidade, envolvimento, afeto, respeito pela diferença, levando em conta que os profissionais possuem formações diferentes.

Os participantes da oficina discutiram que a formação individual de cada profissional, que na maioria das vezes segue um modelo disciplinar, é um fator limitante ao exercício do matriciamento. Além disso, associaram o Apoio Matricial ao “aprender fazendo”, que seria no cotidiano dos serviços, nas tentativas de ações que suscitariam a sua aprendizagem.

A literatura científica também indica um contexto afetivo. Reitera a dependência de certa predisposição afetiva para que esse trabalho se concretize. Para tomada de decisão compartilhada é necessário lidar com a incerteza, estar apto a receber e aceitar críticas. É comum o profissional cristalizar-se em seu núcleo de saber com vistas à construção de identidade e segurança; no entanto, em muitos casos, isso é impeditivo para uma interação em espaços interdisciplinares (CAMPOS, 1999).

Outras discussões (BELLOTI; LAVRADOR, 2012) acentuam o aspecto relacional ao afirmarem que o AM, para ter potência, necessita ser capaz de proporcionar trocas de saberes/afetos, de promover uma abertura institucional e novos agenciamentos, isto é, conexões entre as mais variadas matérias de expressão.

A lógica de organização do trabalho em saúde a partir das diretrizes do apoio matricial requer, além da valorização das relações no cotidiano, vínculos afetivos entre profissionais e usuários, entre os próprios profissionais e entre estes e os gestores (BONFIM; BASTOS; GÓIS; TOFÓLI, 2013).

A Política Nacional de Humanização compreende que os padrões de relacionamento são decorrentes, em sua maioria, de estilos de gestão e da estrutura de poder presente nos serviços. Para evitar uma fragilização desses relacionamentos, esta política incentiva a criação de equipes de referência e apoio matricial, para que por meio delas ocorra o investimento na mudança da

estrutura assistencial e gerencial dos serviços de saúde. Produzindo, assim, uma nova cultura organizacional capaz de lidar com a singularidade dos sujeitos (BRASIL, 2004).

Essas discussões presentes na literatura científica corroboram as falas dos participantes da oficina, ao situarem o AM além da competência técnica, exigindo uma competência relacional. Possibilita uma abertura para o diálogo e para o saber construído coletivamente, sem descartar o conhecimento nuclear de cada categoria profissional.

Entre as dificuldades de disseminação do AM foram apontados problemas denominados de estruturais. Em função da necessidade de que a receptividade também seja incentivada pelos gestores por meio de contratos que contemplem essa atividade, na medida em que não basta uma equipe de atenção primária desejar se relacionar na forma de apoio matricial com outros serviços. Por outro lado, é avaliado que em muitos serviços há uma abertura para esse arranjo, visto que relações de Apoio Matricial são construídas em vários âmbitos do SUS, apesar de pouco investimento de gestores (CUNHA; CAMPOS, 2011). Os autores indicam que movimentos políticos entre equipes, dentro de um serviço e entre serviços de saúde possibilitam a construção de relações de Apoio Matricial na rede assistencial.

Quanto às discussões trazidas pelos participantes da oficina em relação à esfera individual e a formação, o estudo de Quinderé et al (2013) demonstrou que nem todos os trabalhadores entrevistados das UBS tinham o conhecimento do apoio matricial e mesmo aqueles que conheciam nem sempre se comprometiam a utilizá-lo. Para os autores, há desinteresse por parte de alguns trabalhadores na condução dos casos de transtorno. No início da pesquisa de Minozzo (2011) também identificou que os profissionais não conheciam o que é apoio matricial, tanto a nível conceitual quanto prático.

As discussões sobre aprender fazendo foram trazidas pelos colaboradores da pesquisa quanto à forma de enfrentar o desconhecimento do AM. A pesquisa de Brites et al (2014) coaduna-se com esse posicionamento, visto que, ao entrevistarem residentes de um Programa Multiprofissional em Saúde Integral, eles relataram esse mesmo processo de aprendizagem durante o percurso. Foram convocados a serem sujeitos do seu próprio aprendizado, ao construir suas funções e experimentar a metodologia do AM, independentemente das condições apresentarem-se ou não controversas.

Todavia, Campos (1999) afirma que, apesar de “saber aprender e fazer aprendendo” constituírem-se como belas recomendações, estas implicam em lidar com a polaridade entre teoria e prática e com a tendência de isolamento em si mesmo dos saberes. Neste contexto, o autor reflete que a estrutura tradicional de serviços de saúde reforça o afastamento profissional

e reproduz a fragmentação dos processos de trabalho, mantendo inquestionada a hegemonia do poder médico.

Em relação à categoria “Modelo Proposto”, os participantes apontam como uma das dificuldades do matriciamento a ausência de uma definição mais precisa e mais concisa, o qual não possui um “o que é e como fazer” delimitados. Diante disso, afirmam que é um modelo confuso e que necessitaria definir alguns limites para identificá-lo na prática. No entanto, a partir desse argumento, alguns participantes refletiram sobre a possibilidade desses limites serem alcançados.

No tocante ao AM se constituir como um modelo confuso, notamos que mesmo nos serviços que já possuem uma prática de matriciamento não há consenso sobre o apoio matricial dependendo do direcionamento dado pelos gestores. Alguns teóricos defendem que a equipe de AM não deve prestar assistência em hipótese alguma à população, outros que devem abrir agenda e atender às demandas de especialidades, ainda há outros que defendem um equilíbrio entre essas duas posições (GALVÃO, 2012).

Os participantes da pesquisa mencionaram que o AM veio para mudar o modelo vigente, no sentido de transição de um modelo disciplinar, derivado da formação, para um modelo interdisciplinar. Além disso, um modelo que transforma o cuidado, visto que não se busca mais encaminhamentos desnecessários e acolhe o sujeito. Diante disso, suscita dos profissionais de saúde uma ação de responsabilidade e compromisso com os usuários. Nesse sentido, o Matriciamento é situado como um desafio, mas também um modelo que é necessário.

A proposta recente do matriciamento e a identificação como algo novo também estavam presentes nos repertórios dos participantes. Diante desse arranjo inovador, eles indicaram a necessidade de desenvolvimento, circulação e criação de espaços de reflexão nos serviços.

Para o matriciamento acontecer, o dia a dia dos serviços de saúde deve ser permeado de espaços de reflexão sobre as práticas e os saberes desenvolvidos pelos profissionais, por meio do contato com a realidade da população do seu território de abrangência. Nesse contexto, os processos de cogestão e de educação permanente são indicados como facilitadores dessa mudança organizacional (CUNHA; CAMPOS, 2011).

Trabalhar com o AM ou em qualquer serviço de saúde também é lidar com a incerteza produzida por este campo tão complexo. Para Cunha e Campos (2011), isso é decorrente da própria cultura organizacional desses serviços, a qual possui uma baixa capacidade de lidar com a incerteza, com a interdisciplinaridade e, conseqüentemente, produz uma baixa vocação para o aprendizado fora do núcleo disciplinar.

Além disso, é muito recente a incorporação pela gestão e o planejamento em saúde de saberes e técnicas que valorizam a inter-relação entre equipes e população, tomando-a como um instrumento para a coprodução de novas subjetividades que intervenham nas condições de vida, de saúde e no processo de adoecimento das pessoas e comunidades (CAMPOS, 1999).

Um modelo que promove a ampliação das práticas clínicas e de Saúde Coletiva pressupõe desviar o foco de intervenção da doença ou dos procedimentos, para focar no usuário, portador de doenças, mas também com outras demandas e necessidades. Constitui-se como uma prática menos prescritiva e mais negociada que, no entanto, não desconsidera os avanços tecnológicos, nem a importância da qualificação técnica e das recomendações baseadas em evidências (CAMPOS et al., 2014).

Esse foco no usuário associado ao matriciamento também esteve presente nas falas dos participantes da pesquisa, cujos repertórios foram identificados na categoria “Usuário”. O Apoio Matricial, para eles, necessita de compromisso e respeito com o usuário, identificando como um desafio a escuta e a compreensão de que é uma co-construção com esse sujeito. Inclusive apontaram como uma limitação do projeto piloto a não inclusão do usuário na construção dos PTS's.

Podemos compreender que direcionar o olhar para uma nova forma de trabalho centralizada nos usuários significa reconstruir o cotidiano, à medida que demanda uma adesão dos profissionais na transformação da rotina de atendimento, no espaço em que se produz o encontro com os usuários e no tipo de relação que o profissional de saúde estabelece com eles (PAIXÃO; TAVARES, 2014).

A dicotomia entre a teoria e a prática esteve presente de forma recorrente nas falas dos participantes da pesquisa, bem como no relato de vivências compartilhadas por mais de um profissional durante a oficina. Eles discutiram que o modelo proposto para o matriciamento é diferente da sua aplicação na prática, há uma ausência de concretude e clareza. Mediante esta ausência, o AM torna-se tão diverso que várias práticas podem ser nomeadas como matriciamento, não sendo possível identificar na prática o que é o matriciamento.

Os participantes também mencionam que há a necessidade de atribuições claras para os profissionais, e que muitos possuem o discurso condizente com o AM, porém a prática nos serviços é totalmente diferente.

No entanto, outros participantes refletiram que o matriciamento pode ser identificado por meio dos efeitos produzidos por suas ações. No cotidiano dos serviços, as atividades são muito superficiais, porém o AM necessita de um cuidado mais aproximado, exige um

compromisso e responsabilidade dos profissionais. Se estes efeitos são observados, então temos uma ação matriciadora.

Em relação às vivências, os repertórios dos participantes focalizaram a vivência no projeto, retomaram discussões da temática “entre profissionais” ao afirmarem que aconteceu um espaço de conflitos. Avaliaram esta experiência como positiva, porém trouxe mais desafios do que respostas de como se faz realmente o AM. Relataram que os instrumentos discutidos durante o projeto, como PTS, Genograma, entre mais, não fazem parte do cotidiano dos serviços; por isso, os profissionais não possuem familiaridade com eles e não os aplicam.

Alguns participantes questionaram se a prática do NASF era realmente matriciamento. Como a vivência no projeto foi curta e o AM é algo novo, alguns profissionais falaram que não há apoio efetivo.

Os binarismos que opõem objetos, conceitos, territórios e – como na discussão durante a oficina – teoria e prática, temos ainda saber e poder, indivíduo e sociedade, macro e micro, interior e exterior, baseados em discursos e práticas que acreditam na apreensão objetiva do ser humano, na natureza específica e identitária dos objetos e nas dicotomias. Essas dualidades podem ser compreendidas como planos que se cruzam, que se atravessam, que se complementam, que são múltiplos e impossíveis de serem apreendidos em sua totalidade (NASCIMENTO; MANZINI; BOCCO, 2006).

A utilização do AM como instrumento concreto e cotidiano pressupõe certo grau de reforma ou de transformação do modo como se organizam e funcionam serviços e sistemas de saúde (CAMPOS; DOMITTI, 2007). Constitui-se como um novo arranjo, que estimule cotidianamente padrões de inter-relação entre equipe e usuários, amplie o compromisso dos profissionais com a produção de saúde e ultrapasse obstáculos organizacionais à comunicação (CAMPOS, 1999).

Não é incomum no campo da saúde a defesa de conceitos e definições precisas que possam ser aplicados em qualquer contexto. No entanto, nem sempre manuais ou cartilhas podem guiar nossas práticas ou dizer o que devemos fazer com os usuários. Nesse contexto, não é de se estranhar uma dificuldade de aplicar o Apoio Matricial na prática, relatado pelos participantes, visto que este arranjo não tem e nem pretende ter um manual que diga como deve ser feito e aplicado em qualquer serviço.

A precisão e delimitação, ao invés de nos libertar, pode nos aprisionar em práticas prescritas. O Apoio Matricial é um conceito em construção, que deve ser fluido e leve para trabalhar com a imprevisibilidade dos serviços de saúde. É uma cilada pensar o AM como único e universal. Fluidez no sentido oposto de superficial. “Sentido oposto a vago e impreciso,

leveza, desta forma, nos remete à produção de singularidades. Seremos precisos no trato com o outro. Estabeleçermos uma relação singular. Não a precisão do cálculo, do duro, da certeza, mas a precisão da pluma que é o fiel da balança” (BERNARDES; RIBEIRO, 2013, p. 5). Podemos pautar o matriciamento em uma relação de leveza e cuidado, um cuidado singular que se modifica de usuário a usuário, de serviço a serviço e de profissional a profissional.

Em uma pesquisa com equipes de PSF (BELOTTI; LAVRADOR, 2012), os pesquisadores identificaram que estas equipes estão presas pelo instituído, e muitas vezes a atuação capturada por regras e protocolos. Resultando, assim, em uma dificuldade em acolher situações novas, que estão “exteriores às regras”. As autoras atribuem este desafio de acolher a loucura à falta de capacitação em Saúde Mental e, de acordo com os relatos de alguns profissionais entrevistados, há insuficiência na formação acadêmica. Elas compreendem, mediante contribuições de Spinoza, que permanecer “preso às regras” não permite ao profissional experimentar a suavidade dos encontros, deixando seus “olhos vendados” para o inusitado. Estar aberto para a diferença fomenta se deixar afetar pelas forças provenientes de um encontro capaz de criar novos agenciamentos, novos sentidos e outras possibilidades de vida (BELOTTI; LAVRADOR, 2012).

Estar “preso às regras” é proveniente de uma cultura organizacional com baixa capacidade para lidar com a incerteza e com a interdisciplinaridade própria dos problemas complexos do campo de saúde. Assim, produz uma baixa capacidade para o aprendizado fora do núcleo disciplinar. A eliminação da incerteza acontece de forma muitas vezes artificial, pela simples focalização e negação de variáveis. A identificação desse desejo de exclusão da incerteza, assim como dos interesses e disputas entre as profissões de saúde e também dos investimentos e das identificações grupais, sentimentos gregários entre forças comuns, podem ajudar na modificação do modelo de gestão e de atenção. Investir na transformação organizacional não indica desconhecer esses fatos nem negar a disputa e os conflitos presentes; pelo contrário, significa reconhecê-los, visibilizá-los e criar espaços necessários para que possam ser trabalhados na roda (CUNHA; CAMPOS, 2011).

Não é tarefa fácil sair do lugar seguro e das certezas que a formação tradicional oferece, e, muito menos, não ocorre sem crises. Como o Apoio Matricial não fornece um espaço instituído e prescritivo, ocasiona dúvidas, angústias e medos. No entanto, ter acesso desde a graduação a uma problematização de práticas e saberes e, especificamente no caso da Psicologia, discussões que promovam sua reinvenção é fundamental para construir autonomia e segurança nas decisões e análises (NASCIMENTO; MANZINI; BOCCO, 2006).

Podemos compreender que o AM, por meio da porosidade dos seus encontros, pode ser um dispositivo importante na (re) criação de práticas que permitam um (re) pensar fora das regras, protocolos e do campo das certezas, abrindo, assim, espaço para o inusitado e produzindo novos agenciamentos no cuidado em saúde (BELOTTI; LAVRADOR, 2012).

Não negamos a importância de certos manuais, afinal eles são guias para muitas ações e possibilitam reflexões sobre nossas práticas; contudo, se tornam um problema quando transformados em um fim em si mesmo. Podem ser úteis, assim como o Apoio Matricial, a uma leitura do cotidiano. As delimitações podem ser formuladas pela própria equipe e usuários. Nossa precisão envolve o trato com o outro. Como Eliane, participante do grupo, trouxe em vários momentos de sua fala, temos que pensar em produzir uma clínica a partir das demandas dos usuários, e não apenas dos profissionais ou dos manuais.

Ao analisar os repertórios utilizados pelos participantes, podemos visualizar a multiplicidade de enunciados que os profissionais utilizam para definir e compreender o AM. Multiplicidade esta compreendida a partir de Anemarie Mol. A pesquisadora e filósofa discorre em sua obra *The body multiple: ontology of medical practices* sobre a diversidade e multiplicidade da doença arteriosclerose, ou melhor, as várias arterioscleroses, em um hospital. Ela traz à cena vários atores e não concebe tal objeto como dado de antemão (CORDEIRO; SPINK, 2013).

Ao estudar o diagnóstico dessa doença, a autora a acompanha em vários cenários, como exames clínicos, laboratórios, conversas com médicos e técnicos e vários setores do hospital. Nesses diversos contextos, reconhece que a arteriosclerose era configurada de diferentes maneiras, ou seja, afirma que as práticas que performam essa doença no consultório clínico e no laboratório de patologia são diferentes. Assim, Mol desestabiliza certezas e torna complexa essa realidade. E, acima de tudo, visibiliza as diferentes *versões* do mesmo fenômeno.

Assim como a arteriosclerose, podemos analisar o Apoio Matricial e suas versões a partir dos repertórios linguísticos sobre suas práticas compartilhados pelos profissionais durante a oficina. Aqui, podemos pensar versões como práticas discursivas que performam, produzem realidades. Essas versões mudam a partir dos lugares, de tal modo que versões de um mesmo fenômeno são produzidas em práticas distintas em diferentes contextos.

Não cabe aqui apontar quais repertórios estão corretos e quais errados. Não é esse tipo de conhecimento que construímos. Porém, podemos indagar o que se produz a partir dessas versões.

A implantação do Apoio Matricial tem o suporte da literatura técnico-científica, mas é dependente dos contextos locais. Essa literatura aponta alguns caminhos, direções e princípios;

no entanto, o que é produzido no cotidiano dos serviços é que pode assegurar sua efetivação. Esse cenário é produtor de tensões, tensão entre o que é prescrito e os contextos. Spink (2010) discute essa questão ao afirmar que a prática no contexto de saúde vai além da simples aplicação de técnicas baseadas em perspectivas teóricas. São necessárias, porém devem ser adaptáveis e flexíveis para conseguirem ser capazes de lidar com os aspectos multidimensionais do campo da saúde.

Como foi discutido pelos participantes, uma das condições necessárias ao matriciamento é se naquele serviço os profissionais, as práticas e os usuários formassem uma rede de compartilhamento. Porém, não é simples compartilhar.

Outra contribuição de Mol, que dialoga com nossa pesquisa, é o termo lógica da escolha. No livro *Logic of Care*, publicado em 2008, a pesquisadora ao estudar a diabetes, por meio de um estudo etnográfico, contrasta duas maneiras de lidar com a doença: a lógica do cuidado e a lógica da escolha (*logic of choice*). “A autora adverte que lógica, no caso, não se refere a regras de raciocínio, como na filosofia, mas aos modos de ordenação, que se tornam mais compreensíveis quando comparados a outras lógicas, como a do cuidado” (SPINK, 2015).

A lógica da escolha possui duas vertentes: a do mercado e da cidadania. A primeira trata os pacientes como clientes, e a segunda focaliza os pacientes como cidadãos portadores de direitos. A linguagem predominante na lógica da escolha é a do mercado. As pessoas têm direito de obter aquilo pelo qual pagaram, assemelhando-se assim ao direito dos consumidores; portanto, deveria seguir a demanda. Na vertente da cidadania, “as relações entre as pessoas são referidas como ‘contratos’. É nesse contexto que emergem leis que regulam as relações entre profissionais e pacientes-cidadãos” (SPINK, 2015, p. 119).

Em qualquer dessas duas versões – a do mercado ou a da cidadania –, na lógica da escolha, a informação científica é concebida como uma coleção crescente de fatos que, gradativamente, aumentam a certeza na tomada de decisão. Nesse sentido, a função dos profissionais da saúde é fornecer informação aos pacientes. Com os fatos devidamente delineados, alguém tem que definir o valor de diversos cursos de ação (SPINK, 2015, p.120).

Em contraste, a lógica do cuidado é um processo aberto, no qual o que é válido são os resultados e como as tarefas são organizadas entre os vários atores. As pessoas buscam ajuda porque sofrem e não há passividade nesse processo. “Na lógica da escolha, as pessoas são consideradas iguais; na lógica do cuidado, não: as pessoas têm necessidades distintas de modo que adição e divisão não estão em pauta, mas sim, diferenciação e especificidade” (SPINK, 2015, p.120).

Diante do exposto, podemos relacionar com o AM para analisar as lógicas envolvidas e explorar o contexto. Se refletirmos sobre a própria terminologia do AM, está situado necessariamente na lógica do cuidado. No entanto, ele é feito por pessoas e por materialidades (sim, é feito por várias materialidades, como a sala de reunião, os prontuários, entre mais) e circularmos por essas concretudes não é algo fixo. Porém, ao refletirmos sobre a lógica do cuidado, podemos focalizar nas especificidades da vida daquele usuário. Então, novamente, não tem como dissociar o AM das práticas. É sobre isto que iremos discutir no próximo tópico.

4.5 Segundo momento da Oficina: Identificando práticas que se caracterizam como Apoio Matricial

Para o segundo momento da oficina, distribuí folhas de papel tamanho A4 e solicitei aos participantes que pensassem sobre todo o percurso profissional e, diante disso, escrevessem atividades desenvolvidas que poderiam ser caracterizadas como sendo de apoio matricial. Posteriormente à finalização da escrita de todos os participantes, peço novamente que compartilhem o que foi escrito.

Eliana (Assistente Social – Atenção Básica) é a primeira a se pronunciar. Cita instrumentos indicados pelo modelo proposto do matriciamento, os quais foram utilizados durante sua vivência no projeto piloto, como a **escuta qualificada**, afirmando que não é simplesmente ouvir o usuário, porém deve existir um respeito diante dessa fala, como religião e formas de se expressar. O segundo instrumento é o **atendimento compartilhado** afirmando que está tentando implantá-lo em sua unidade. Exemplifica que quando vai realizar um atendimento questiona os outros profissionais se gostariam de estar presentes, porém indaga ao usuário se esse permitiria a presença de outro profissional no atendimento. O terceiro é a **Visita domiciliar** na presença de outros profissionais. Relata que esse tipo de visita é muito presente no **NASF**, mas, mesmo assim, pede a permissão do usuário para receber outros profissionais em sua residência. Por último, fala sobre a necessidade da construção do **PTS**, ao relatar que há momentos em que a equipe quer delimitar uma atividade ou instrumento à determinada profissão. Utiliza como exemplo os outros profissionais acreditarem que apenas o serviço social pode resolver os casos em que há uma questão social envolvida, mas diz que tenta refletir com a equipe a necessidade de todos discutirem, assim como foi feito no projeto piloto “Matriciamente” e incorporar isso como um compromisso de todos os profissionais (327-348).

Assim como no primeiro momento, o foco do discurso de Eliana são ações voltadas para o usuário. Pontua sobre tecnologias do modelo de AM vivenciadas durante o projeto piloto, como escuta qualificada; visita domiciliar; NASF; atendimento compartilhado e PTS.

Assim como Eliana, **Rebeca** (Assistente Social – Gestão) entra no diálogo, compartilhando experiências proporcionadas no projeto. Afirma que, por estar na posição de gestora, não tem aproximação com os usuários. No entanto, com a participação no projeto “Matriciamente”, cita as tecnologias do AM, como **discussão de caso, PTS** e o **processo de educação permanente**. Refere que nessa vivência identificou que o AM também é um espaço pedagógico, visto que é um espaço de permuta de saberes. Especificamente em relação à gestão, reflete que o **papel** como gestora seria de estimular que os profissionais do **NASF** e do **CAPS** realizem o matriciamento. Afirma que não é um processo fácil, uma vez que a prática do matriciamento ainda está em construção e consolidação.

Ao se posicionar como profissional de saúde, “profissional que está na ponta”, **Rebeca** também sinaliza tecnologias do AM, exalta o momento de troca e permuta de saberes entre os profissionais, o espaço pedagógico desse arranjo para a aprendizagem dessas tecnologias. Ao se posicionar como gestora, compreende que a gestão promove ação mobilizadora nas equipes como facilitadora do processo de matriciamento.

Em contraste à descrição de tecnologias do AM escolhida por Rebeca e Eliana, **Márcio** (psicólogo – Saúde Mental) relata suas vivências em um trabalho conjunto, compartilhado por vários serviços. Ações estas que, segundo ele, foram marcantes durante seu percurso profissional. A primeira delas foi sobre como a equipe do CAPS e do Conselho Tutelar se reuniram de forma não planejada, para discutir e solucionar um caso de uma adolescente (383-401). A segunda referiu-se à experiência de uma visita domiciliar em conjunto que também não estava planejada. Para exemplificar trazemos um trecho da fala de Márcio sobre essa visita:

E uma visita domiciliar que eu fiz né, junto com a equipe do CAPS e a equipe do outro CAPS, que a gente tava numa festa do outro CAPS, foi levar uma usuária através do outro CAPS. Aí quando chegou lá, disseram assim: “olha tem uma usuária que tá em surto”. A coordenadora do outro CAPS disse: “mas a gente tá aqui sem psicólogo sem quase ninguém pra ir”. Aí a gente disse: “não, a gente vai”. Mas, é capaz dela me colocar pra fora porque eu não conheço a paciente, mas vamos lá. Aí quando a gente foi, foi muito bom, muito bom. Tinha um cachorrão solto né, lá dentro da casa. Aí a gente disse: “segura o cachorro que eu entro”. Aí segurou o cachorro e a gente entrou. Aí conversamos muito, tanto a usuária do outro CAPS como a coordenadora do outro CAPS, como a equipe da gente. Conversamos, partilhamos, buscamos uns caminhos que poderia, traçamos caminhos juntos, entendeu, da medicação, do técnico de referência. Ela disse que: “Eu tô em falta com o técnico de referência que ele tá de férias”. E aí quando a gente saiu e tal, a situação parece que foi algo **leve** pra mim nesse sentido e uma vivência muito bacana (Márcio, 401-414) [grifo nosso].

Por último, Márcio relata sobre a implantação de uma **roda de conversa** com os serviços de saúde do município no qual trabalha. Esse encontro objetivou a discussão da construção da rede de serviços de saúde e como os profissionais poderiam operacionalizá-la da melhor maneira possível. Afirma que essa foi a primeira ação que iria nos relatar, porém durante a discussão lembrou de outras atividades e essa foi relatada por último (414-427). Entendemos que o matriciamento, para Márcio, a partir de suas vivências, consiste em ações compartilhadas por profissionais e que essas ações promovem a construção de um saber que se produz no encontro.

Fernando (Psicólogo – Gestão), ao se posicionar como gestor, relata uma vivência no projeto “Matriciamente”, do qual participou. Afirma que por meio do projeto foram transmitidos às equipes de referência tecnologias e modos de fazer: “(...) levar expertise dos profissionais para aquela unidade pra que a gente possa dar novos rumos, novas condições, novos direcionamentos para os casos de saúde mental que as equipes de atenção básica têm uma dificuldade de lidar” (435).

Posiciona-se também como profissional de saúde, ao relatar uma vivência quando trabalhava em um CAPS. Conta o caso de uma idosa, portadora de transtorno mental, sobre a qual o CREAS¹³ havia recebido uma denúncia de violência. Inicialmente, o CREAS escolheu como estratégia o encaminhamento para o CAPS, porém a última equipe decidiu realizar uma reunião em conjunto para a **discussão do caso** e construíram um **PTS**. Fernando afirma que houve uma troca de expertise, tecnologias, dispositivos e ferramentas, e que isto foi fundamental para a condução do caso, visto que se apenas o encaminhamento tivesse sido efetivado o CAPS não teria condições de fornecer o que foi proporcionado pelo trabalho em conjunto. Por fim, afirma que o intercâmbio de ferramentas é característica do AM (437-451).

(...) **trocou** experiência profissional, **trocou** expertise, **trocou** tecnologias, dispositivos, ferramentas. Isso eu acho que foi o mais interessante e foi fundamental inclusive pra abrir o caso. Se o caso tivesse sido encaminhado pro CAPS, o CAPS não teria condições de dar àquela senhora, o atendimento ou encaminhamento que ela teve do trabalho em conjunto. Nem o CREAS e nem o CAPS e a gente não conseguiria fazer independentes um dos outros, nem que somasse as ações do CAPS e as ações do CREAS, não daria o mesmo resultado. Então, acho que foi muito bacana essa experiência, que eu acho que a característica de apoio matricial é essa, esse **intercâmbio** de ferramentas (Fernando, 446) [grifo nosso].

¹³ Centro de Referência Especializado de Assistência Social

Neste momento, quando Fernando se posiciona como profissional de saúde, notamos uma contradição em sua fala. No primeiro momento da oficina, o participante buscava uma definição única de matriciamento, mas ao mudar seu posicionamento e relatar sobre vivências, caracteriza o matriciamento, assim como Márcio, a partir de um sistema de compartilhamento ou troca com outros profissionais e outros serviços. Portanto, um saber que se constrói em conjunto, que perpassa o “entre” os profissionais e não um saber que está “nos” profissionais.

Após Fernando, **Janaína** (Educadora Física – Saúde Mental) relata vivências construídas durante o projeto piloto “Matriciamente”. Considera o projeto piloto como uma experiência efetiva de AM. Pontuou as **discussões de caso** com a equipe de Apoio Matricial e a equipe de referência (ER). Relata que, inicialmente, a ER não compreendeu que a equipe de AM iria discutir os casos, e sim esperava que solucionasse os problemas da unidade ou atenderia individualmente os usuários com diagnóstico ou prováveis portadores de transtornos mentais. Afirma que os agentes de saúde estavam muito resistentes a realizar esse tipo de atividade (477-484).

No entanto, **Janaína** refere que durante o projeto foram construindo a discussão de caso com os profissionais da ER, considerando que aqueles olhares diferentes iriam enriquecer os modos de fazer. Com o decorrer do tempo, observaram que a ER utilizou como base as discussões realizadas durante as reuniões de AM, em ações com outros casos não discutidos pelo matriciamento (485-492). A segunda atividade relatada foi a **construção do mapa do território**, na qual a equipe de AM participou ativamente. Ela afirma que tal momento foi muito importante, visto que a equipe do CAPS no qual trabalha conseguiu conhecer o território¹⁴ (492-499).

Por fim, ela traz a **participação no planejamento da unidade**, o qual a equipe de AM estava co-construindo com a equipe da UBS, discutindo sobre ações de saúde mental e principalmente reafirmando que saúde mental é feita no cotidiano (499-507).

E a última foi a participação no planejamento. A gente tava lá no momento de planejamento da unidade e eles não conseguiam enxergar que ações tinham um componente de saúde mental. E aí a gente conseguiu criar um diálogo sobre isso, que a visita, né, tem esse componente de você cuidar da saúde mental do outro, que a conversa, que a escuta qualificada de você estar atento realmente aquela demanda também são ações de saúde mental dentro da unidade. Então a nossa participação no planejamento, pelo que eles disseram, clareou um pouco que **a gente faz saúde mental todos os dias né**. Acho que essa discussão foi muito rica e não foi exatamente uma discussão, a gente tava ali vivendo o planejamento e eles trocaram isso conosco (Janaína 499-507) [grifo nosso]

¹⁴ O CAPS onde Janaína trabalha pertence ao mesmo território da Unidade Básica que foi contemplada no projeto “Matriciamente”.

Assim como **Márcio** e **Fernando**, **Janaína** não relatou apenas atividades que na literatura técnico-científica são consideradas tecnologias propostas pelo matriciamento, outras ações possibilitaram uma discussão sobre o campo da saúde mental. O projeto piloto foi o disparador para muitas atividades. Ainda assim, na fala de **Janaína** também está presente o matriciamento como um compartilhamento e construção conjunta entre os profissionais.

Um ponto a se destacar na fala de **Janaína** é sua ênfase no processo de aprendizagem também da equipe de matriciamento, ressaltando que o compartilhamento e troca de saberes proporcionou aprendizagem a ambas as equipes.

Patrícia (Psicóloga – Atenção Básica e Alta Complexidade) indica que seu olhar é diferente de todos os participantes, visto que para o profissional que não é do NASF ou que não participou do projeto o matriciamento é uma proposta muito nova (509-511).

Ao refletir sobre sua vivência na Alta Complexidade, **Patrícia** refere-se aos **encaminhamentos** para a rede municipal de saúde, como o CAPS; no entanto, afirma que após o encaminhamento não há um acompanhamento desse usuário. Apenas em um serviço de assistência ao suicídio, no qual há um documento ou ficha para o encaminhamento, é possível saber sobre o desenvolvimento dos atendimentos. Afirma que há também a **discussão de caso** como uma proposta da educação permanente, porém, em sua opinião, é preciso avançar muito na interdisciplinaridade no hospital (513-527).

Ao refletir sobre a Atenção Básica, indica novamente a ação dos **encaminhamentos**, visto que sua prática se concentra na psicoterapia. No entanto, como não consegue atender toda a demanda, encaminha aquele usuário com sofrimento psíquico ou que tenha algum “distúrbio” para outros serviços, como, por exemplo, um CAPS. Para ter uma continuidade do acompanhamento, **Patrícia** realiza ligação telefônica para o serviço ao qual o usuário foi encaminhado. Cita a **visita domiciliar** e **discussão de caso**, porém afirma que a equipe não sabe direito como realizá-los, ao dizer: “Lógico que a gente discute caso, algumas vezes a gente faz visita domiciliar também, mas meio que a gente faz sem saber o que, tá entendendo, a gente não sabe, faz porque enfim né... a gente tem uma responsabilização. Eu acho que é isso que a gente tem, a gente tem que se responsabilizar pelo outro” (536).

Assim como no primeiro momento, a insegurança mostra-se bastante presente na fala de **Patrícia**. Podemos evidenciar isso nos trechos: “Isso é o que a gente faz lá viu gente? Se é ou se não é, eu não sei, mas é o que a gente faz” (520). Avalia como suas vivências se aproximam do matriciamento, pois há um encaminhamento responsável, há um compromisso com o usuário, porém a tentativa de construção de rede é realizada individualmente.

Após Patrícia, **Karla** (Psicóloga – Residente) traz as suas experiências tanto no projeto piloto “Matriciamente” quanto na residência, em relação à atuação junto ao NASF que caracteriza como de apoio matricial. Pontua a **discussão de casos** realizada apenas no projeto, a construção do **PTS** realizada no projeto e na residência. Porém, na última ela avalia que falta uma integração mais efetiva da equipe. **Atendimento Integrado**, experiência que teve tanto no projeto quanto na residência e o **planejamento em conjunto das ações** (545-558), apontando este último como essencial, visto que as ações ainda são muito fragmentadas, como relata no trecho seguinte:

O planejamento das ações nos serviços, porque, em geral, a atuação do NASF é muito fragmentada né. O NASF vai pro serviço pra fazer o grupo, NASF vai pro serviço pra fazer sala de espera e é o NASF que faz e não dialoga com a equipe, porque não há um planejamento né. É tipo, vai ter ação tal dia e o NASF vai lá e faz, então é tudo muito separado. A gente já tem conseguido avançar um pouco, nesse sentido de planejar junto com a equipe do serviço, pra que aconteça uma participação dos profissionais dos serviços também (Karla, 554-560).

Assim como **Márcio**, **Karla** também ressalta atividades não planejadas, como **diálogos** com os profissionais. Afirma que esses diálogos se coadunam com a fala de **Rebeca** sobre educação permanente, reflete que nem sempre há um espaço para a discussão de caso como uma atividade planejada. Então, o fato de realizar uma visita domiciliar em conjunto e, após esta, dialogar por poucos minutos já seria apoio matricial (560-568).

Karla pontua sobre **discussão com a equipe sobre processos de trabalho**, referindo-se a uma vivência específica do projeto piloto na qual as equipes, tanto de ER quanto de AM, refletiram sobre a inserção da equipe de AM no serviço, realizando uma avaliação de pontos positivos, negativos e o que poderia ser melhorado. Por último, fala sobre a **realização de atividades e ações em conjunto**, retomando o que foi afirmado anteriormente sobre o planejamento de ações, de construir atividades em conjunto nas quais ambas as equipes participem e compartilhem saberes (568-575). Portanto, **Karla** denomina como AM as ações nas quais há uma relação de troca entre os profissionais, um compartilhamento de saberes, contrapondo-se a ações cindidas e fragmentadas.

Após Karla, **Amália** (Psicóloga – Saúde Indígena) inicia seu relato afirmando sentir um estranhamento em relação àquele momento. Justifica este sentimento a partir do final da primeira parte da oficina, que provocou nela a necessidade de questionar os participantes se eles vivenciavam o Apoio Matricial de fato, visto que, a partir de sua experiência, o matriciamento estava tão concreto e tão certo. Após o primeiro momento da oficina, começou a sentir um estranhamento e a se questionar o que era o AM. Notou também como a Saúde

Indígena está separada do cotidiano de outros serviços e possui siglas¹⁵ diferentes que não são compartilhadas por outras políticas. Porém, **Amália** afirma que no seu cotidiano de serviço consegue promover o diálogo e realizar o Apoio Matricial por um inter-relacionamento, o que, segundo a participante, deve-se ao fato de a população indígena ser mais restrita.

Em relação às ações, **Amália** pontua **encontro entre as EMSI**¹⁶ que é promovido pela coordenação, explica que é uma reunião de atenção psicossocial entre psicólogos e assistentes sociais e a sede¹⁷. Nessa reunião, há compartilhamento de ideias, experiências e angústias e, por isso, considera essa ação como sendo de AM. Afirma que esse encontro também é um momento de acolhimento e desabafo, visto que o trabalho com a população indígena causa adoecimento nos profissionais, por ser, muitas vezes, além de cansativo, uma população de muita cobrança em relação ao trabalho realizado pelos serviços e profissionais (618-623).

Reflete que uma **ligação telefônica** para a coordenadora da Atenção Psicossocial pode ser considerada como uma atividade de AM. Relata que quando está em uma situação e que esta ocasiona angústia ou dúvidas tem a liberdade de ligar para a coordenadora para um momento de orientação. Nesse contexto, **Amália** afirma não se sentir em uma relação de hierarquia com a coordenação (623-632).

Outra ação referida por esta participante é a **visita dos apoiadores de polo**¹⁸ **ao polo base**. Esses apoiadores convocam uma reunião com os profissionais. Nesse momento há escuta e discussão de caso (632-637) e desenvolvimento do **PTS** de fato, com a presença da EMSI, família e paciente. Amália traz um relato de uma gestão muito próxima aos serviços e profissionais, que acompanha as atividades e fornece um suporte. É por esta razão que **Amália** afirma que vivencia de fato o Apoio Matricial. Acredita que o profissional que trabalha na unidade básica de saúde não tem esse retorno da gestão. **Patrícia** concorda com essa pontuação.

Amália confessa sua dificuldade em trabalhar com esse serviço no início. O desafio incidiu em romper com o modelo tradicional de atendimento individual, segundo o que diz: “(...) quando eu cheguei eu tive uma dificuldade muito grande que queriam me colocar só na parte de atendimento individual e pra eu conseguir sair desse lugar, quebrar com isso, foi muito, muito complicado” (650).

¹⁵ Amália explica que a Saúde Indígena é via Ministério da Saúde, abaixo tem a SESAI (Secretaria Especial de Saúde Indígena) e tem os DSEIs, os quais são os distritos sanitários de saúde indígena que são estaduais. Há os polos bases, que são as unidades de PSF que ficam nos municípios do interior do Estado.

¹⁶ Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena.

¹⁷ Amália explica que sede, no caso da Saúde Indígena, seria a coordenação geral situada na capital do Estado.

¹⁸ Cada profissional da sede fica responsável por um polo.

Assim como para outros participantes, para Amália, o matriciamento está configurado nas ações em que houve compartilhamento entre os profissionais. Portanto, Amália compreende o Apoio Matricial no âmbito relacional e micropolítico.

O relato de Amália provoca um ponto de ruptura na oficina, pois, a partir dela, os participantes iniciam uma disputa de versões de matriciamento, como veremos a seguir.

Márcio inicia a discussão, indagando **Amália** sobre a sensação de estranhamento relatada por ela no início e qual seria a visão dela de matriciamento e o que foi dito na oficina que a fez refletir sobre a conceituação de matriciamento (660-664).

Amália responde a **Márcio**, que consegue identificar atividades de AM, as quais outras pessoas não denominam como tal. Por não possuir uma delimitação fechada de matriciamento, acredita que eles [os participantes da oficina] desenvolvem o AM, mas não utilizam esta nomenclatura (665-669).

Luan (Enfermeiro – Residente) responde a **Márcio** e **Amália**, afirmando que **Amália** seria humilde por ela visualizar ações de matriciamento no cotidiano, enquanto outros podem ter as mesmas vivências, porém esperam que o matriciamento se constitua como algo muito maior (672-674).

Patrícia concorda ao se pronunciar dizendo que: “Quando é esse fazer do dia a dia, cotidiano, fica muito claro pra mim agora, ficou muito claro pra mim o que é, que eu já faço em alguns momentos e talvez na minha prática, sendo que eu não sabia nomear” (677-679).

Nesse momento, notamos uma mudança no posicionamento de Patrícia, que inicialmente se sentia insegura ao relatar suas ações. Contudo, após a fala de **Amália**, consegue identificar atividades do seu cotidiano de serviço como sendo de matriciamento.

Amália complementa a fala de **Patrícia**, ao relatar que ao estudar o campo da Psicologia tinha uma dificuldade em buscar uma concretude dessa área e não obtê-la. Diante disso, atualmente aceita o abstrato desse campo. Nesse contexto, visualiza outros movimentos com maleabilidade (680-688).

Luan busca explicar a fala de **Amália**, ao argumentar que a nomeação e a participação em um projeto sob o título de matriciamento faz com que as pessoas identifiquem aquelas ações realizadas por este projeto como sendo de fato AM. Já outras experiências que não possuem o nome Apoio Matricial, não ficam visíveis como ações de matriciamento (689-696).

Rebeca também responde a **Amália** sobre as relações horizontalizadas da gestão. Considera que a população adscrita pelo serviço de Amália é menor, então há uma facilidade em identificar as ações de matriciamento, enquanto que na capital seria mais complicado, visto

que em termos populacionais é muito maior. Amália concorda com Rebeca; no entanto, o foco da última é no sentido de produzir uma justificativa da gestão (697-701).

Luan pronuncia-se novamente e questiona **Amália** se há uma troca e integralidade entre vários tipos de serviços diferentes, além das relatadas por ela¹⁹? (704-708). **Amália** responde que nesse caso depende do profissional; no entanto, assim que começou a trabalhar nesse serviço, buscou formar uma rede com outros profissionais e instituições (709-714).

Márcio incita outra discussão ao solicitar uma reflexão, retomando a colocação inicial de **Fernando**, demarca que há dois posicionamentos: um que considera pequenas atividades como matriciamento e o outro em que o AM é algo um pouco além disso. E questiona se seria o caso de uma delimitação conceitual.

(...) porque assim quando Fernando coloca que a dificuldade conceitual em si talvez né é o que ela (Amália) colocou agora também. Pra ela, por exemplo, algumas pequenas ações já faz parte do apoio matricial e pra outros não. Pra outros, isso faz parte de um outro trabalho, que matriciamento é um pouquinho, é algo a mais que isso. Vê o matriciamento como algo a mais que isso, então assim, seria realmente algo conceitual como a coordenadora colocou no início não existe certo e errado. Existe aqui opiniões e formas de compreender diferentes. Essas formas de compreender diferentes, aquilo que tá posto sobre matriciamento, até pra quem leu, pra quem participou e até quem nunca ouviu falar, é uma coisa né? E pra outros é outra. Então, eu acho que talvez retoma o que Fernando colocou a questão de ter algo mais delimitado conceitual, né (Márcio, 715-725).

Fernando, então, responde ao questionamento de **Márcio** e ao relato de **Amália**, considerando que, para ele, a ação de fazer um contato telefônico para discutir um caso com a coordenadora não é AM, e sim supervisão de caso. Nesse momento, **questiono** a Fernando se a supervisão de caso não envolveria o AM (729). Fernando então responde:

Não sei. Assim, acho que não. Eu acho que matriciamento tem a ver com você solicitar um apoio sobre algo que foge da sua competência profissional, institucional né. Por exemplo, a unidade básica solicitando apoio ao hospital, por exemplo, a atenção hospitalar ou resolver um caso, sei lá, de alguém que tá acamado em casa né (Fernando, 730-734).

Amália responde que, em sua opinião, essas ações estariam ligadas à Rede de Atenção Psicossocial (RASP) (735). **Luan** então questiona a fala de **Fernando**, ao perguntar se ele não estaria buscando uma formalidade das ações, pelo fato de ele ser da gestão (739).

Fernando responde que não seria o caso de formalidade, mas solicitar um apoio de alguém ou serviço que tenha expertise maior na tua área de competência. Fernando situa o

¹⁹ Troca entre um polo e outro, e entre a coordenação geral dos polos e os polos.

matriciamento fora da sua própria lógica, visto que este arranjo não busca estabelecer relações de saber maiores que outras, ou seja, relações hierárquicas.

Aquela pontuação de **Fernando** incita uma discussão em que alguns participantes começam a falar ao mesmo tempo. Então, pontuo que aquele momento é para dialogarmos e que há compreensões diferentes sobre o processo (744-746).

Então, **Fernando** responde a **minha fala** ao afirmar que o problema consiste em não chegarmos a um consenso sobre o que é o matriciamento, e os componentes que fazem parte desse arranjo:

Eu acho que é um problema a gente dizer eu entendo que isso é, ou você dizer que entende e eu dizer que não entendo. Há um problema aí. Esse é o problema, não é que seja ou não seja. Não é esse o maior problema, o maior problema é que a gente não entenda, não chegue um consenso sobre o que é. Isso é supervisão? Ou supervisão é componente do matriciamento? Não sei. Isso é um problema né. Se é ou não é, não é o maior problema, o maior problema é a gente não ter aqui um.. (Fernando, 747-752).

Nesse momento, ocorre uma controvérsia de versões durante a oficina. Especialmente sobre quem pode nomear ações de matriciamento (que não precisa vir de algo superior) e acontece mesmo sem essa nomeação. Há uma disputa do que é matriciamento e do que não é. Como **Márcio** pontuou, há duas versões sobre o matriciamento: uma que dialoga com a proposta de tecnologias com compartilhamento entre os profissionais e construção de uma relação não hierárquica. E outra por uma versão única, uma verdade.

Márcio complementa a fala de **Fernando** dizendo que são questões conceituais (753). Logo em seguida, **Luan** responde a **Fernando** sugerindo uma saída para o dilema, propondo nomear o matriciamento a partir de um objetivo, que consistiria na troca de experiências e um apoio técnico-pedagógico, e qualquer estratégia utilizada que alcançasse esse objetivo ou resultado já pode ser denominada como AM. Faltaria, apenas, estabelecer os limites dessa troca, como “tem que ser de uma área pra outra, que até ponto tem que ter dependência institucional” (755-759).

Eliana (Assistente Social – Atenção Básica) se pronuncia novamente e expõe que, após as pontuações de Fernando na primeira parte da oficina, pensou: “Meu Deus, não é possível que há nada de matriciamento nisso” [ri]. Ela relata novamente sobre sua vivência no projeto piloto e seu cotidiano na Unidade Básica. Afirma que, no início do projeto, era muito resistente a realizar atendimentos conjuntos, cita até a questão do sigilo. No entanto, foi por meio do projeto e da vivência do matriciamento que este posicionamento se modificou. Para ela, o matriciamento também é essa mudança, essa transformação, como ela afirma:

(...) eu acho que talvez, não sei, o que eu tô vivenciando na atenção básica eu acredito que isso é, eu vejo como um apoio matricial, quando isso também muda o meu olhar no atendimento. Eu tinha até um receio: “poxa, chamar outro profissional pra fazer um atendimento compartilhado, a questão do próprio sigilo”, mas isso foi mudando e eu vi a necessidade, então isso veio do projeto (Eliana, 776-780).

Portanto, esta experiência modificou a sua forma de trabalhar. Concorda com a fala de **Amália** ao considerar ações em que existe compartilhamento com outros profissionais como sendo AM. Para ela, o AM está no cotidiano, depende do contexto e não teria um modelo fechado que pode ser seguido. “Eu acho que não tem nada pronto, a gente tá numa dinâmica do cotidiano que tá muito, cada caso é um caso, muito cheio de muitas coisas, não dá muito pra gente fechar modelo assim, assim, essência” (Eliana, 786-788).

Para finalizar o relato das experiências, **Luan** (Enfermeiro – Residente) afirma que devido à dificuldade em estabelecer parâmetros para a definição do matriciamento²⁰, para o seu relato tem como referência ações que possibilitaram troca de experiência profissional e um compartilhamento técnico-pedagógico. Informa-nos que seu percurso profissional, desde a graduação, é marcado por vivências sempre vinculadas à universidade, seja por meio de projetos, seja pela residência. Assim, sua experiência de matriciamento visou ao compartilhamento técnico-pedagógico e na residência teve a oportunidade de circular por vários serviços, como na gestão e na universidade. Então, considera sua atuação privilegiada por possibilitar esta troca e circulação. Acredita que por ser um ambiente de transição, sua forma de atuação se torna sempre em uma troca e compartilhamento (790-804).

Luan afirma que não tem como identificar uma atividade de matriciamento, visto que considera que essas trocas realizadas permitem suprir uma carência pedagógica de algum serviço e acompanhar um caso em vários níveis de atenção, como exemplifica no seguinte trecho:

Não tem como eu conceituar uma atividade, dizendo essa atividade em si ter o nome matriciamento, mas eu acho que essas trocas eu faço seja quando eu vou pra um serviço que tenha uma carência pedagógica, que devido meu vínculo com a universidade, a gente pode tentar suprir naquele momento. Houve alguns casos recentes, por exemplo, a minha participação na gestão, me fez atuar um pouco no processo de desinstitucionalização, sendo que um desses pacientes que foi desinstitucionalizado, eu participo ao mesmo tempo da gestão quanto do CAPS, onde ele fazia esse tipo de trabalho e como depois de outro CAPS quando ele pernoitava. Então assim, eu sempre tô nesse espaço de troca, e por ter uma diversidade muito grande de qual tipo de trabalho, que cada serviço tem um trabalho diferente, aí tem essa dificuldade de conceituar. Mas aí tanto as consultas que eu faço junto com outros profissionais dessas áreas, quanto nas reuniões com os próprios serviços, do vínculo entre

²⁰ Nesse momento, os participantes riem.

universidade e cada serviço, acaba se tornando uma troca de experiência (Luan, 804-816).

Márcio solicita a **Luan** que ele forneça algum exemplo em que ele notou carência pedagógica por esses serviços nos quais circulou (822). **Luan** responde a **Márcio** especificamente por meio de um exemplo da enfermagem, que em alguns serviços os profissionais dessa área não possuíam experiência em saúde mental. Então, foram proporcionadas “situações de conhecimento prático e técnico” sobre medicações, construção do PTS nas discussões de casos e desmistificações sobre o próprio trabalho na saúde mental (824-833).

Por fim, **Amália** faz uma última pontuação respondendo a **Fernando**, sobre uma Psicologia não prescritiva. Afirma que realiza o exercício de desconstrução e que isso facilita seu olhar em relação ao AM. Exemplifica que muitos ficam questionando o que é de fato a Psicologia, enquanto já estamos realizando esse fazer que é diverso (834-846).

Não tem como eu parar de chegar num ponto da psicologia é aquilo, pra de fato eu passar a desenvolver o serviço da psicologia, né? Enfim, por questão lógica, enfim nesse lugar de trabalho e serviço não tem como. Então assim, por exemplo, eu dentro do serviço de psicologia, achar que eu realizar uma escuta qualificada embaixo de um pé de árvore, que acontece muito comigo, aquilo dali não é, não pode ser considerado uma escuta porque não tem um setting sabe? Às vezes se dá por essa desconstrução e talvez me permita também um olhar desse apoio matricial (Amália, 839-846).

Após essa fala, **Rebeca**, assim como **Amália** na primeira parte da oficina, se posiciona como pesquisadora analisando as falas dos participantes, e sinalizando os diversos posicionamentos produzidos pelo contexto argumentativo de cada participante. “Me parece que o olhar muda dependendo do lugar que a gente tá” (Rebeca, 847). **Márcio** complementa que até um conceito é permeado por subjetividade (850).

4.6 Classificação das ações avaliando para quem foram direcionadas

Posteriormente ao compartilhamento das vivências e discussões, solicito aos participantes que juntos classifiquemos as ações de matriciamento, avaliando para quem foram direcionadas. O quadro 10 mostra para quem essas ações foram direcionadas e a quantidade de participantes que as avaliaram de acordo com cada categoria.

Quadro 10 - Direcionamento das ações e número de itens classificados em cada categoria.

Direcionamento das ações	Número de Itens (Quantidade de participantes)
Usuários	1 participante
Profissionais	1 participante
Usuários e Profissionais	3 participantes
Profissionais, Usuários e Gestão	4 participantes

Fonte: Autora, 2017.

Pelo quadro 10, podemos notar que a maioria dos participantes avaliou que as ações de matriciamento são direcionadas para mais de um setor da população.

4.7 Discussões

Para analisar os repertórios do segundo momento da oficina, fizemos o uso novamente da ferramenta do mapa dialógico (em anexo). Para este momento de relato de vivências caracterizadas como Apoio Matricial e posterior discussão do grupo, construímos uma tabela separando por colunas quem falou e quais os temas que foram discutidos pelos participantes. Esses foram formulados a partir de uma leitura intensiva da transcrição integral e posteriormente, identificamos sobre o que versa a conversa e como ela acontece, agrupando os assuntos em torno dos quais se deu o diálogo, discussão, reflexão ou debate. As categorias ou temas foram: “Ação Conjunta”; “Tecnologias do modelo de Apoio Matricial”; “Projeto Piloto” e “Oficina”.

Ao tema “Ação Conjunta”, foram direcionadas as falas nas quais os participantes denominavam atividades de matriciamento, a partir de experiências de compartilhamento com outros profissionais. Colocamos as falas na categoria “Tecnologias do modelo de Apoio Matricial” quando os participantes focalizavam instrumentos ou serviços discutidos pela literatura técnico-científica no modelo de Apoio Matricial, como PTS, o NASF; visita domiciliar; discussão de caso e educação permanente.

O tema “Projeto Piloto” foi identificado quando o foco das falas era direcionado a vivências produzidas durante a participação no projeto “Matriciamente”. Por fim, a categoria “Oficina” refere-se às falas que teciam comentários sobre aquele momento específico da oficina, questionamentos ou interrupções que os participantes faziam uns aos outros. Salientamos que não são categorias excludentes, elas se complementam e dialogam uma com a outra. De uma forma geral, o foco da discussão foi sobre ações de compartilhamento com outros profissionais.

Neste mapa, fizemos alguns recortes das falas em relação à transcrição integral buscando manter o argumento central e também para não identificar serviços mencionados. O mapa dialógico permitiu compreender quais vivências os participantes denominam como Apoio Matricial. São atividades entre os profissionais, para os usuários?

Os repertórios na categoria “Ação conjunta” focalizaram em atividades conjuntas ou compartilhadas por profissionais do mesmo serviço ou de outras instituições. Os participantes denominaram como AM esse espaço de troca e permuta de saberes, que se constituiu em um espaço pedagógico. Muitas dessas ações aí ocorridas nem estavam planejadas, mas aconteceram no cotidiano do serviço. São ações em que houve trabalho e planejamento em conjunto e isso possibilitou troca de experiência profissional; expertise; tecnologias; dispositivos; ferramentas.

Os participantes referiram-se também a atividades direcionadas à produção de redes e diálogos com outros serviços. Alguns participantes apontaram que no início houve uma resistência ao compartilhamento, porém quando aconteceu o matriciamento ocorreram mudanças nos processos de trabalho e enriquecimento dos modos de fazer. Além disso, eles mencionaram sentirem-se “leves” ou que foi um momento “bacana”. Em relação ao sentimento de leveza, a pesquisa de Minozzo (2011) também evidenciou com os profissionais pesquisados que o apoio matricial pode até consistir em mais uma tarefa a ser feita; no entanto, as trocas entre os serviços e o compartilhamento dos casos difíceis, propostos pelo matriciamento, podem trazer mais qualidade e leveza ao trabalho das equipes.

Ainda mais, os participantes falaram que este compartilhamento permite conhecer o território adscrito e à gestão caberia ser uma disparadora e incentivadora desses movimentos e da realização do matriciamento. Portanto, por meio de suas vivências, os profissionais denominam que o matriciamento não é uma soma de ações, é a construção de um saber que não está “nos” profissionais, mas é um saber construído “entre” os profissionais.

Estes repertórios compartilhados pelos participantes mostram a transformação em profissionais de saúde, visto que é comum nos serviços de saúde que a maior parte dos profissionais não trabalha se encarregando integralmente dos casos. Quando mais de um especialista ou profissional operam em determinado caso, fazem-nos em ações isoladas e fragmentadas, ou seja, de uma maneira vertical. É como um somatório de procedimentos realizados um ao lado do outro, supondo que se cada um cumprisse sua parte a qualidade do todo estaria garantida. É rara uma integração horizontal permanente entre os distintos saberes e práticas. Cada um age a partir do seu núcleo profissional e, ainda mais, realizando procedimentos característicos de sua profissão, não intervindo sobre a história de vida dos sujeitos. Isso resulta em uma baixa e precária responsabilidade sobre o processo saúde-doença

e a tomada de decisão sobre diagnóstico ou intervenções terapêuticas comumente são solitárias, raramente realizadas em grupo (CAMPOS 1999).

No entanto, o matriciamento com a formação de equipes de referência e equipes de Apoio Matricial busca romper com essa lógica, “tais equipes buscam mudar o padrão dominante de responsabilidade nas organizações: ao invés de profissionais se responsabilizarem por atividades e procedimentos, responsabilizam-se por pessoas” (CAMPOS, 1999). Por isso, é importante que estas equipes concebam o matriciamento não como uma transmissão vertical do conhecimento, mas sim como o compartilhamento e a ampliação de todos os envolvidos (MINOZZO, 2011).

A literatura científica também aponta outras vantagens para o cuidado de base territorial, como podemos citar: conhecimento dos profissionais da situação de vida daquela pessoa (e não apenas da doença), a questão do vínculo, a possibilidade de acionar recursos da própria comunidade, a conexão com outros setores (HIRDES; SCARPARO; 2013).

A valorização do território pelo matriciamento foi indicada na pesquisa de Dimenstein; Galvão; Severo (2009) com profissionais de saúde. As entrevistadas (coordenadoras da ESF) apontaram que o matriciamento não permite apenas a aproximação dos serviços especializados da rede básica, mas, principalmente, a consideração do território específico em que deverá se desenvolver o arranjo e a valorização do saber daqueles que compõem a UBS.

As falas que citaram os instrumentos utilizados no processo de matriciamento foram associadas à categoria “Tecnologias do modelo de Apoio Matricial”. Os participantes falaram sobre a escuta qualificada; atendimento compartilhado e integrado; visita domiciliar; discussão de caso; PTS; processo de educação permanente; NASF, visto que esse serviço tem como objetivo-base o AM. Especificamente em relação à Saúde Indígena: encontro entre as EMSI; ligação telefônica para a coordenadora da Atenção Psicossocial e capacitações.

Os instrumentos citados estão de acordo com a literatura científica sobre a temática. No entanto, é importante assinalar que estes instrumentos são necessários, mas apenas utilizados isoladamente não são suficientes para que se estabeleça o arranjo do matriciamento. Como os próprios participantes apontam, é preciso uma utilização conjunta e compartilhamento nas equipes dessas tecnologias.

O matriciamento possibilita um leque de atividades, que engloba desde um atendimento conjunto entre profissionais de serviços diferentes, a participação em discussões de projetos terapêuticos, discussões de temas prevalentes, análise de estratégias para lidar com demanda, análise de encaminhamentos até a simples disponibilidade para contato telefônico para discutir urgências ou seguimentos (CUNHA; CAMPOS, 2011).

Porém, a riqueza do processo do matriciamento não diz respeito apenas às tecnologias, mas ao compartilhamento de conhecimentos, experiências, visões de mundo, consonâncias e dissonâncias; inclusive, emergem novas perspectivas, possibilidades produtivas e relações interpessoais. Implica na construção do trabalho em ato, na escuta e no compartilhamento de informações, na planificação de um projeto terapêutico singular e na corresponsabilização dos profissionais envolvidos (HIRDES; SCARPARO, 2013).

Em relação à categoria “Projeto Piloto”, foi assim nomeada para classificar as falas dos participantes que trouxeram as vivências de sua participação no projeto piloto denominado “Matriciamente”. As ações realizadas durante o projeto foram pontuadas por eles, diversas vezes, como sendo de matriciamento. Inclusive, alguns mencionaram ter sido a única experiência efetiva de AM no município. Referem que foi uma experiência inicial, na qual todos estavam aprendendo juntos e discutindo não apenas os instrumentos citados acima, mas as especificidades de cada serviço abrangido pelo projeto.

Em diálogo com a literatura científica, gostaríamos de abordar a relação “professor-aluno” que pode ocorrer durante o processo de matriciamento. Um assunto específico que não foi abordado diretamente pelos participantes, mas vivenciada durante meu acompanhamento do projeto “Matriciamente” e dialoga com a categoria supracitada.

Durante a minha vivência no projeto, notei por vezes que a equipe de AM se posicionava como professora da equipe de referência, considerando o matriciamento como ensino e não como aprendizagem para ambas as equipes. Em outros momentos, notei que alguns profissionais não gostariam de trabalhar com a dimensão assistencial, ressaltando apenas a dimensão técnico-pedagógica.

No dia 29 de janeiro de 2016, ocorreu outro encontro de matriciamento. Em virtude de obras na UBS, a reunião aconteceu em uma escola pública próxima a unidade. Como de costume, para ir à unidade, peguei carona normalmente com uma profissional da equipe de AM. Durante o caminho fomos conversando sobre o projeto. Eis que ela verbaliza certo descontentamento com ele e que em sua visão “Matriciamento é para ensinar”. Essa frase teve reverberações reflexivas por algum tempo em mim. Após leitura de materiais científicos e diálogos com outras pessoas, compreendo que Matriciamento não é só para ensinar, é um processo de aprendizagem para ambas as equipes (Diário de campo, 29 de janeiro de 2016).

(...) De uma forma bem natural e dialogada conversarmos sobre como estava o processo de matriciamento, avaliando-o. (...) Dra Maria ²¹[médica] pontuou que, quando chegou o momento das ações, achou que a equipe de AM se retraiu e não quis fazer a anamnese do caso discutido. Nessa reunião, que ela havia comentado, lembrei que ao discutir sobre quais profissionais iriam realizar a anamnese teve um silêncio da equipe matriciadora. A própria Dra

²¹ Nome fictício.

Maria sugeriu que fosse um de cada profissão, como exemplo, sugeriu um profissional da psicologia e outro de outra profissão. Mas diante dessa pontuação, um psicólogo da equipe e matriciadora iniciou um discurso de que não era apenas a psicologia que podia fazer uma escuta. Diante disso, sugeriram muitas discussões e algumas pessoas falando ao mesmo tempo. Compreendi o que ele falou e até concordo, mas acho que o momento era inapropriado para esse tipo de discussão porque a reunião já estava muito tumultuada (Diário de campo, 11 de dezembro de 2015).

A nossa crítica é que o AM não pode pautar-se em uma relação de “professor-aluno”, para não incentivar algo que já está muito presente nas práticas de saúde: uma relação de inferioridade entre generalistas e especialistas. Perpetuando, assim, uma relação de poder por meio de posicionamentos de saber e não saber. Temos que refletir que “a relação entre serviços é potencialmente uma relação de encontros de saberes diferentes, e não uma relação em que um sabe mais do que o outro” (CAMPOS, DOMITTI, 2007). Se houver uma predominância dessa relação de saber e não saber, o AM pode fazer o contrário do que problematiza e deseja: aumentar o poder do especialista, medicalizando a população através de uma instrumentalização das equipes menos sabidas (BELOTTI; LAVRADOR, 2012).

Nesse contexto, a cartilha de Humanização que discute sobre o Apoio Matricial reflete que o AM não se restringe a especialistas e a presença desses nas equipes não indica que o matriciamento irá ocorrer necessariamente, ou seja, não basta ser especialista para ser apoiador. Este documento indica que qualquer equipe pode pedir apoio também a profissionais que estão mais próximos do usuário, e diante disso, são capazes de enxergar outros aspectos de sua vida. Isto pode proporcionar uma ampliação das intervenções e que o projeto terapêutico envolva um compromisso com o usuário (BRASIL, 2004). Portanto, a dimensão potencial do encontro tem que ser valorizada, visto que permite uma permuta entre diferentes atores, os quais ocupam diferentes lugares no emaranhado da rede de saúde, sob diferentes olhares e posicionamentos sobre uma dada situação, um dado caso clínico ou uma problemática específica. O matriciamento possui como objetivo compartilhar conhecimento e co-construir possibilidades de intervenção. Não ditar, sozinho, as regras. Isto caracteriza a formação de espaços clínicos formativos e espaços de aprendizagem (BALLARIN; BLANES; FERIGATO, 2012).

Diante das falas dos participantes, notamos a multiplicidade de modos de se fazer o matriciamento. Então, retomamos o questionamento tão debatido por Fernando: mas isso é Apoio Matricial? A partir de nosso referencial teórico, concebemos que as práticas relatadas fazem existir o AM. Diferentes práticas fazem, portanto, diferentes Apoios Matriciais existirem. No entanto, a despeito dessa diversidade, muitas vezes desconsideramos as práticas envolvidas e tratamos o matriciamento como se ele fosse um objeto unitário.

Multiplicidade sugere que a realidade é feita e performada (*done and enacted*) por meio de várias ferramentas no curso de uma diversidade de práticas, ao invés de ser observada a partir de uma pluralidade de pontos de vista, enquanto permanece intacta. Nesse sentido, multiplicidade nos fala de coexistência de versões, e é preciso descobrir maneiras de lidar com isso em nossos textos e pesquisas. Essas formas distintas de pensamento e ação acerca dos problemas de saúde não são práticas sociais ensimesmadas – elas interferem umas com as outras, revelam conexões parciais, de modo que poderíamos conceber complexidade justamente como o ponto de encontro de vários ordenamentos simplificadores (SPINK, 2010).

Em concordância, os profissionais entrevistados por Ballarin, Blanes e Ferigato (2012) relataram que o modo como os profissionais se organizam para efetivar o trabalho de AM é diversificado. Os pesquisadores identificaram três modos de operacionalizar o matriciamento pelos entrevistados. O primeiro deles consiste no AM definido pela territorialidade da equipe de referência. Segundo, pelo perfil profissional dos profissionais da equipe que passam a ser referência para o AM. E, terceiro, pela competência e/ou vinculação que o profissional tem com a problemática trazida naquela determinada demanda específica. Em todos esses modos de funcionamento foram identificados os objetivos principais do AM e têm em comum a particularidade do matriciamento, que se define a partir da singularidade do caso a ser atendido, da região e do próprio matriciador.

Podemos supor que isso ocorra porque cada serviço, equipe e território têm suas especificidades e sua maneira própria de funcionar e trabalhar. Diante disso, os desafios devem ser analisados e interpretados como formas para o aprimoramento de sua efetivação. A ideia de que “cada profissional tem um jeito de fazer o AM ou de funcionar com o AM” pode nos ajudar a reafirmar como são relevantes e valiosos os processos de singularização relacionados a esta ferramenta. Como descrito anteriormente, a singularidade que se constrói em cada unidade, em cada encontro, não é definida por um modelo preestabelecido.

Em seu texto intitulado Política Ontológica, Mol (2008) afirma que a realidade é localizada histórica, cultural e materialmente. Essa localização é dependente do campo em que se responde, o qual transforma essa realidade e concebe novas formas de fazê-la. Portanto, além da realidade ser feita e localizada, ela também é múltipla. As realidades são múltiplas.

Este ponto é importante para compreendermos o posicionamento de Mol, pois falar de realidades múltiplas não é sinônimo de vários aspectos ou atributos de uma realidade única. A realidade não é compreendida por uma diversidade de olhos, não são as perspectivas de diferentes pessoas, e sim manipulada por vários instrumentos, no curso de diferentes práticas. “Em vez de atributos e aspectos, são diferentes versões do objeto, versões que os instrumentos ajudam a performar [*enact*]. São objetos diferentes embora relacionados entre si. São formas

múltiplas da realidade – da realidade em si” (MOL, 2008, p. 66). Portanto, podemos conceber que há diferentes versões, diferentes performances, diferentes realidades que coexistem no presente.

Nesse contexto, Mol (2008) indaga se poderíamos escolher entre estas versões?

“A resposta é: não necessariamente, porque se as realidades performadas são múltiplas, não é uma questão de pluralismo. Pelo contrário, o que a “multiplicidade” implica é que embora as realidades possam ocasionalmente colidir umas com as outras, noutras alturas as várias performances de um objeto podem colaborar e mesmo depender umas das outras” (MOL, 2008, p.78).

Nesse contexto, podemos compreender que as versões de Apoio Matricial, uma com uma prática voltada para o cotidiano e outra para uma prática planejada e padronizada, ora entram em conflito, outrora se complementam, podendo coexistir pacificamente com complexas interconexões que as unem. Isso dá visibilidade à multiplicidade do Apoio Matricial, não sob forma de pluralismo, visto que não são entidades separadas, cada um no seu canto de um campo homogêneo. Os vários Apoios Matriciais performados pelos participantes desta pesquisa têm muitas relações entre si. Não estão simplesmente em oposição uns em relação aos outros, ou no exterior um dos outros.

Dizer que objetos existem por meio de práticas não significa dizer que eles sejam passivos. De acordo com a Teoria Ator-Rede (TAR) eles agem e, ao mesmo tempo, são alvos da ação dos outros. Além disso, pensar que diferentes práticas fazem existir (*enact*) diferentes versões de objetos implica admitir que eles também agem de diferentes maneiras. Todavia, não agem sozinhos: objetos só agem se houver outras entidades (instituições, pessoas, instrumentos etc.) colaborando com eles (LAW; MOL, 2008, apud CORDEIRO; SPINK, 2013).

Pontuamos que usuários e profissionais não são entidades fixas. Não são cristalizados em identidades decifráveis. Há muitas posições de pessoas ofertadas e/ou assumidas por profissionais e por usuários (SPINK, 2015). Como podemos acompanhar nas diversas posições dos participantes durante a oficina. Ora, o que não podemos esquecer é que o Apoio Matricial faz parte de um conjunto de construções, é efeito de práticas que envolvem uma série de elementos heterogêneos.

Em uma pesquisa (FITTIPALDI; ROMANO; BARROS, 2015) houve consenso entre os participantes de que a construção do matriciamento ocorreu mais no cotidiano e menos por uma questão normativa. Os profissionais, apesar de não possuírem muita clareza sobre suas atribuições no AM, referem que foram experimentando e aprendendo suas funções na prática profissional, através de uma construção coletiva. Na pesquisa de Pinto et al (2012) os

profissionais pesquisados reconheceram que as práticas são processuais por serem modificadas com as experiências vividas no matriciamento a cada dia.

A despeito das ações relatadas pelos participantes desta pesquisa, pontuamos que não podemos fixar o matriciamento apenas em instrumentos ou técnicas como reuniões ou discussões de casos, construção de PTS, visita domiciliar conjunta, atendimento conjunto. Realizar essas ações não fornece a garantia de que a equipe está realizando o AM. Não são os aspectos técnicos que irão aprimorar as práticas, mas é na formação ampliada que as práticas serão aprimoradas.

Além disso, podemos pensar em diversas formas de fazê-lo; investir em atividades que produzam novas formas de saúde, como oficinas; ações que priorizem narrativas de vida e articulações com a cultura, saberes e práticas locais, contanto que não tenhamos relações verticalizadas, afinal, como Janaína nos disse anteriormente, Saúde Mental se faz todo dia, no cotidiano. Portanto, há múltiplas possibilidades de prática do matriciamento que estão abertas a várias profissões da saúde que não se atêm apenas ao saber técnico.

Nesse sentido, podemos exemplificar com uma experiência de AM e redução de danos relatada por Almeida et al (2016). Esta vivência ocorreu com um grupo PET-Saúde e uma Unidade Básica de Saúde do estado de São Paulo. A demanda da equipe era discutir questões relacionadas ao uso abusivo de álcool e outras drogas. Diante disso, construíram projetos inovadores. O primeiro deles foi intervir com crianças e adolescentes no campo de futebol do território, chamado de “Buracão”. O segundo foi intervir com jovens e adultos e o local escolhido foi o “Bar do Piri”, no qual muitos usuários de álcool e outras drogas circulavam. A equipe construiu um vínculo com o dono do bar, pelo qual a comunidade tinha muito respeito e afeição, e, a partir disso, foi construindo um espaço de acolhimento e escuta em um espaço de convivência dos usuários e não simplesmente nos espaços tradicionais de saúde. Para intervir com as famílias, promoveram rodas de conversas denominadas “Café com a família”, com vistas a proporcionar aos familiares um ambiente tranquilo e descontraído, no qual se sentissem acolhidos e livres para expor suas angústias e orientados em relação ao cuidado com o familiar e usuário.

Esse projeto não foi construído com o viés de obrigatoriedade, mas de planejar atividades e de lidar com o tempo de três meses para viver essa experiência. Os autores afirmam que as trocas de experiências não ocorreram apenas entre os usuários, mas também entre os profissionais, os quais compartilhavam histórias de vida, propostas de tratamento, frustrações, conquistas e aprendizados. Almeida et al (2016) avaliam que essa troca criou cumplicidade e arranjos para uma relação transversal.

Para finalizarmos, cabe questionar também quem irá nomear as ações dos profissionais como sendo de matriciamento. Tem que ser alguém externo ao serviço ou um projeto sob o título de matriciamento? Os saberes dos profissionais não são suficientes? Neste sentido, apostamos em uma estratégia que acontece no cotidiano dos serviços, valorizando os saberes de uma forma não hierárquica e em espaços de diálogo.

Assim, podemos compreender que a incorporação do AM no cotidiano dos serviços de saúde não é de uma ordem de melhor compreensão conceitual pelos profissionais, pois perpassa a esfera da aceitação da multiplicidade e da produção de espaços de encontros e diálogos. Não é simplesmente uma questão de subjetividade, mas sim de complexidade. As práticas de saúde são complexas porque são performadas por diferentes atores e produzem diversas visões de mundo sobre um mesmo fenômeno.

Nesse contexto, precisamos compreender a Saúde Mental compondo e articulando-se com os mais diversos lugares e atores, e ultrapassando os obstáculos. Uma articulação que alie os objetivos institucionais aos saberes e interesses dos trabalhadores e usuários.

INTERLÚDIO ²²

Após o momento de classificação das ações, faço um intervalo na oficina e convido os participantes a lancharem. As comidas estavam localizadas em uma mesa fora da sala em que estava realizando a oficina.

Ao saírem, dois participantes falam para mim: “Essa hora que vai sair tudo, minha filha”. Outro diz para eu levar o gravador para o lanche.

Enquanto eles foram saindo, permaneci na sala junto com a observadora para ir colando os papéis que haviam classificado anteriormente, na cartolina. Noto que três participantes também permanecem na sala e ficam conversando. Questiono se já se conheciam. Respondem que estavam se conhecendo naquele momento.

Como também estava na sala, notei que a conversa era sobre aquele momento da oficina e também sobre os serviços em que trabalhavam. Uma afirmou que concordava com o posicionamento de outra participante na oficina e que acreditava que o AM podia ser construído no cotidiano dos serviços.

Quando vou lanchar percebo um clima descontraído e que os participantes estavam todos conversando em pequenos grupos. O interessante é que estavam conversando sobre a rotina de trabalho e serviços. Como se o lanche fosse uma extensão do momento da oficina.

Fiquei refletindo em como esses espaços não formais são importantes para o diálogo. Afinal, na hora do lanche não há disputa de saberes. Nessa hora os saberes são horizontais.

²² Estratégia inspirada na dissertação de Martins (2013) para produzir reflexões sobre o próprio processo de pesquisa, memórias, impressões e experiências pessoais.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, objetivamos, de uma maneira geral, compreender as versões do Apoio Matricial de um grupo de profissionais de saúde. Especificamente, analisar os repertórios sobre o apoio matricial produzidos por um grupo de profissionais de saúde; discutir o AM a partir das versões de um grupo de profissionais de saúde a partir de suas experiências e da literatura científica. Avaliamos que tais objetivos foram alcançados por meio da oficina. Por meio da análise dos repertórios linguísticos, podemos notar que diferentes práticas fazem diferentes Apoios Matriciais existirem.

Como produto da oficina, podemos citar que, ao final desta, um participante fala sobre o grupo do *WhatsApp*, o qual já foi referido anteriormente, intitulado “Atenção Psicossocial” e questiona aos outros profissionais quem gostaria de participar para que pudessem dar continuidade ao diálogo produzido, por meio da rede social. Todos os participantes informaram que gostariam de ser incluídos neste grupo. Como acompanhamento o grupo, um diálogo sobre Apoio Matricial foi promovido neste grupo um dia após a oficina.

Também pretendíamos conhecer a configuração do AM a partir de um projeto de extensão, este também foi atingido mediante a participação no projeto piloto. Apontamos para a importância da continuação das ações promovidas pelo projeto e a manutenção do vínculo que a universidade construiu com os serviços. Este último mostra-se de extrema importância para pactuar com os serviços o compromisso ético da universidade e explicitar que aqueles espaços não foram apenas “usados” para objetivos de pesquisa, descartando-os quando não os considerasse mais necessários. Ou seja, é fundamental a continuidade do contato para a operacionalização e efetivação das intervenções que foram construídas durante essa vivência.

Assim como os participantes, não ficamos imunes às reflexões produzidas naquele momento e que reverberaram durante todo o processo de escrita desta dissertação. A primeira delas consiste na desconstrução da suposição de que com a Reforma Psiquiátrica chegamos ao “lugar desejado” apenas pela presença de serviços substitutivos. Muitas vezes reproduzimos nesses serviços e nas relações cotidianas o mesmo modelo asilar e cronificador que tanto criticamos durante o movimento da Reforma.

É por este motivo que a Atenção Básica tornou-se fundamental para a consolidação dos princípios da Reforma, pois é uma atuação voltada para as potencialidades do território e da comunidade. Mas questionamos se a Atenção Básica possui os recursos para ser protagonista desta rede. Devido a diversos fatores e desafios, supomos que não. É neste contexto que indicamos a importância do matriciamento.

O AM é um arranjo que busca mudar o cuidado pautado no modelo biomédico hegemônico. Pretende dissolver as fronteiras entre as disciplinas, o que não indica reduzir uma à outra, mas impulsionar em cada profissional de saúde a capacidade de uma prática integral e humanizada. Está longe de ser um arranjo de fácil implantação e de compatibilização de seus princípios com a prática vigente nos serviços de saúde. Constitui-se como um desafio, mas é um modelo que é necessário para transpormos as barreiras de um saber interdisciplinar e construir um saber integrado.

No entanto, tanto pelas falas dos participantes da pesquisa como pela literatura científica, o fio condutor do trabalho de matriciamento é compartilhamento de saberes, competências, responsabilidades e ações. Os participantes afirmaram que o matriciamento não é uma soma de ações, é a construção de um saber que não está “nos” profissionais, mas é um saber construído “entre” os profissionais. Nossas reflexões pautam-se no questionamento “é possível matriciar?” ao invés de “o que é o apoio matricial?”. É possível ter algum grau de compartilhamento e de construção entre os profissionais?

Novamente reafirmamos que compreender a incorporação do AM no cotidiano dos serviços de saúde não é de uma ordem de melhor compreensão conceitual pelos profissionais, mas perpassa a esfera da aceitação da multiplicidade e da produção de espaços de encontros e diálogos. Então, a prática de matriciamento está ligada à existência de espaços coletivos e de serviços que possam desenvolver uma prática de cogestão, articulando os objetivos institucionais com os saberes e interesses dos profissionais e usuários.

A criação de espaços para diálogos, nos quais os profissionais possam opinar, ser ouvidos e refletir sobre o seu cotidiano de trabalho, fortalece o argumento de que uma política pública se faz em encontros com outros e em processos dialógicos. Isso também pode ser exemplificado por meio da própria oficina que permitiu a desconstrução e ressignificação sobre Apoio Matricial. Além disso, os participantes avaliaram que durante a oficina puderam discordar entre si, sem desrespeitos e ofensas e que isto é ausente nos espaços de trabalho.

Esse aspecto nos faz refletir em algo importante sobre o Apoio Matricial. É levar em conta que cada serviço, cada equipe possui um jeito próprio de fazer e funcionar o AM. Implicando, assim, em um processo de singularização desse arranjo. Singular ao contrário de universal, mas de múltiplo e único em cada contexto e que é construído em cada encontro.

Nesse panorama, destacamos a reponsabilidade da gestão em compreender a importância desse novo modelo de cuidado. Inclusive, problematizar a lógica de produtividade que não corresponde aos princípios do AM e produzir espaços de diálogos sobre o AM nos

quais repertórios, controvérsias e posicionamentos possam circular livremente. Precisamos produzir intensas problematizações no cotidiano dos serviços.

O desafio em produzir ações de matriciamento também repousa no fato de que este arranjo não pretende ter “como fazer” e “o que fazer” definidos, isso é dependente do contexto em que se constrói. Como já dissemos anteriormente, o desejo por práticas ou técnicas que sejam prescritas é extremamente comum no campo da saúde. Porém, o AM pertence a uma outra esfera de saber, é da esfera de multiplicidade e da diversidade e permite um (re)pensar fora das regras e protocolos. Portanto, o AM pode ser compreendido a partir da performatividade, produzida de diferentes maneiras, ocasionando diversas versões que performam, produzem realidades. Essas versões mudam a partir dos lugares ao serem praticadas de modos distintos em diferentes contextos.

Portanto, notamos que muitos desafios perfazem a consolidação dos cuidados em saúde mental na Atenção Primária e também em outros serviços. Entretanto, por meio de nossa pesquisa, é possível afirmar que a estratégia do AM é um dos potencializadores para a superação desses desafios e que necessita se movimentar da seguinte forma: primeiro constituir-se como uma estratégia que acontece no cotidiano dos serviços; segundo a construção de relações de compartilhamento e de diálogo entre os profissionais e, terceiro, valorização da diversidade das formas fazer e acontecer o matriciamento.

Em conclusão, para ampliar este estudo, destacamos a possibilidade (ou até mesmo necessidade) de incluir nas pesquisas usuários e familiares que foram abrangidos pelo matriciamento. Como também há de se pesquisar o Apoio Matricial em outros contextos que não só a Atenção Básica e Saúde Mental, para que este arranjo não se restrinja apenas às atividades realizadas junto às equipes apoiadas, excluindo-se o contato direto com os usuários. Apontamos para a importância de estudo e de incorporação do AM por outros serviços, além dos de Saúde Mental.

REFERÊNCIAS

- ARAGAKI, S. S.; PIANI, P. P.; SPINK, M. J. Uso de repertórios linguísticos em pesquisa. In: SPINK, M. J. P. et al. (Org.). **A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas**. 1.ed. – Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2014.
- AUSTIN, J. L. **Como hacer cosas com palabras**. Barcelona: Paidós, 1998.
- ALFENA, M D. **Uso de psicotrópicos na Atenção Primária**. Dissertação [Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde com Ênfase na Estratégia de Saúde da Família] – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro; 2015.
- ALMEIDA, I. S. et al. **Apoio Matricial e Redução de Danos**: Relato de uma Experiência no SUS de São Paulo. In: VICENTIN, M. C. G.; TRENCH, M.C.B; KAHHALE, E. P. ALMEIDA, I.S. (Org.) **Saúde Mental, Reabilitação e Atenção Básica: Encontros entre Universidade e Serviços de Saúde**. São Paulo: 2016.
- ARISTIDES, J. L.; CARVALHO, B. G.; BALLESTER, D. A. P. Semina: Ciências Biológicas e da Saúde, Londrina, v. 34, n. 1, p. 03-14, jan./jul. 2013.
- AZEVEDO, D. M.; GONDIM, M. C. S. M.; SILVA, D.S. Apoio Matricial em Saúde Mental: Percepção dos profissionais no território. **R. pesq.: cuid. fundam. Online**, v. 5, n.1, p.11-22, jan./mar. 2013.
- BALLARIN, M. L. G. S.; BLANES, L. S.; FERIGATO, S. L. Apoio Matricial: um estudo sobre a perspectiva dos profissionais da saúde mental. **Interface: comunicação, saúde e educação**. v.16, n.42, p.767-78, jul./set. 2012.
- BARROS, J. O. et al. Estratégia do apoio matricial: a experiência de duas equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) da cidade de São Paulo, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 9, p. 2847-2856, 2015.
- BASTOS, S.; SOARES, M. A. **Estudo Diagnóstico da atuação das equipes de Apoio Matricial em Saúde Mental no Programa Saúde da Família na região sudeste de São Paulo**. Boletim do Instituto de Saúde. Agosto, 2008.
- BELOTTI, M.; LAVRADOR, M. C. C. Apoio matricial: cartografando seus efeitos na rede de cuidados e no processo de desinstitucionalização da loucura. **Polis e Psique**, v. 2, n. temático, 2012.
- BERNARDES, J. S.; RIBEIRO, M. A. T. O Procedimento acima de qualquer suspeita. **Sau. & Transf. Soc.**, ISSN 2178-7085, Florianópolis, v. 4, n. 3, p. 52-57, 2013.
- BEZERRA, E.; DIMENSTEIN, M. Os CAPS e o Trabalho em Rede: Tecendo o Apoio Matricial na Atenção Básica. **Psicologia: Ciência e Profissão**. v. 28, p. 632-645, 2008.
- BÖING, E.; CREPALDI, M. A. O Psicólogo na Atenção Básica: Uma Incursão Pelas Políticas Públicas de Saúde Brasileiras. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 30, n. 3, p. 634-649, 2010.

BONFIM, I. G. et al. Apoio matricial em saúde mental na atenção primária à saúde: uma análise da produção científica e documental. **Interface: comunicação, saúde e educação**. v.17, n.45, p.287-300, abr./jun. 2013.

BORELLI, M. et al. A inserção do nutricionista na Atenção Básica: uma proposta para o matriciamento da atenção nutricional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 9, p.2765-2778, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: equipe de referência e apoio matricial** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: **15 anos depois de Caracas**. Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Mental/Coordenação de Gestão da Atenção Básica. **Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRIGAGÃO, J. I. M. Como fazemos para trabalhar com a dialógia: a pesquisa com grupos. In: SPINK, M. J. P. et al. (Org.). **A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas**. 1.ed. – Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2014.

BRITES, L. S. et al. A gente vai aprendendo: o apoio matricial na estratégia de saúde da família em um programa de residência multiprofissional integrada no interior do Rio Grande do Sul, Brasil. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 38, n. 101, p. 285-295, Abr-Jun, 2014.

CAMPOS, G.W.S. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.14, n.4, p.863-870, out-dez, 1998.

CAMPOS, G.W.S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.4, n.2, p.393-403, 1999.

CAMPOS, G. W.S. et al. A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. **Interface**, v. 18, n. 1, p.983-95, 2014.

CAMPOS, G.W.S.; DOMITTI, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública** [online], v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.

CAVALCANTE, C.M. et al. Desafios do cuidado em saúde mental na Estratégia Saúde da Família. **RBPS**, Fortaleza, v. 24, n. 2, p.102-108, abr./jun., 2011.

CAVALCANTE, C. M.; JORGE, M. S. B.; SANTOS, D. C. M. S. Onde está a criança? Desafios e obstáculos ao apoio matricial de crianças com problemas de saúde mental. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p.161-178, 2012.

CELA, M.; OLIVEIRA, I. F. O psicólogo no Núcleo de Apoio à saúde da Família: articulação de saberes e ações. **Estudos de Psicologia**, v. 20, n. 1, p.31-39, janeiro a março de 2015.

CORDEIRO, M. P.; CURADO, J.; PEDROSA, C. Pesquisando Redes Heterogêneas: contribuições da teoria ator rede. In: SPINK, M. J. P. et al. (Org.). **A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas**. 1.ed. – Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2014.

CORDEIRO, M. P.; SPINK, M. J. Por uma Psicologia Social não perspectivista: contribuições de Annemarie Mol. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**; Rio de Janeiro, v. 65, n. 3, p.338-356, 2013.

CASTRO, C. P.; OLIVEIRA, M. M.; CAMPOS, G. W. S. Apoio Matricial no SUS Campinas: análise da consolidação de uma prática interprofissional na rede de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n.5, p.1625-1636, 2016.

COSTA, F. R. M.; LIMA, V. V.; SILVA, R. F.; FIORONI, L. N. Desafios do apoio matricial como prática educacional: a saúde mental na atenção básica. **Interface**, p. 491-502, 2015.

COSSETIN, A.; OLSCHOWSKY, A. Avaliação das ações em saúde mental na estratégia de saúde da família: necessidades e potencialidades. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 32, n. 3, p.495-501, 2011.

CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. S. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. **Saúde Soc.** São Paulo, v.20, n.4, p.961-970, 2011.

DAVIES, B.; HARRÉ, R. A produção discursivas de “selves”. SPINK, Mary Jane (trad.), 1996. **Journal for the Theory of Social Behavior**, v. 20, n. 1, p.43-63, 1990.

DELFINI, P. S. S.; REIS, A. O. A. Articulação entre serviços públicos de saúde nos cuidados voltados à saúde mental infanto-juvenil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 357-366, fev, 2012.

DIMENSTEIN, M. et al. O Apoio Matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. **Saúde Soc.** São Paulo, v.18, n.1, p. 63-74, 2009.

DIMENSTEIN, M.; GALVÃO, V. M.; SEVERO, A. K. de S. O Apoio Matricial na perspectiva de coordenadoras de Equipes de Saúde da Família. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, v.4, n.1, São João del-Rei, Dez. 2009

FIGUEIREDO, M.D.; ONOCKO- CAMPOS, R. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, 129-138, 2009.

FITTIPALDI, A.L.M. **Apoio matricial nas ações de alimentação e nutrição: visão dos profissionais da estratégia de saúde da família de Manguinhos**. (Dissertação). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca Rio de Janeiro, RJ. 2013.

FITTIPALDI, A. L. M.; ROMANO, V. F.; BARROS, D. C. Nas entrelinhas do olhar: Apoio Matricial e os profissionais da Estratégia Saúde da Família. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro v. 39, n. 104, p. 76-87, Jan-Mar, 2015.

FREIRE, F. M. S.; PICHELLI, A. A. W. S. O Psicólogo Apoiador Matricial: Percepções e Práticas na Atenção Básica. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 33, n. 1, p.162-173, 2013.

FORTES, S. et al. Psiquiatria no século XXI: transformações a partir da integração com a Atenção Primária pelo matriciamento. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 24, n. 4, p.1079-1102, 2014.

FONSECA SOBRINHO, D. et al. Compreendendo o apoio matricial e o resultado da certificação de qualidade nas áreas de atenção à criança, mulher diabetes/hipertensão e saúde mental. **Saúde Debate**, v. 38, n. especial, p. 83-93, out. 2014.

GALVÃO, C. A. V. **Saúde Mental e Atenção Primária**: as implicações e desafios do apoio matricial em saúde mental na perspectiva da gestão em saúde. 2012. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2012.

GOMES, L. M. D. **O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e a Integralidade na Atenção Básica em Saúde Mental em um Município da Região Serrana do Rio de Janeiro**. (Dissertação). Mestrado Profissional em Vigilância em Saúde na Região Leste do Rio de Janeiro. Fundação Oswaldo Cruz. 2013.

HIRDES, A. A perspectiva dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre o apoio matricial em saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 2, p. 371-382, 2015.

HIRDES, A; SCARPARO, H. B. K. O labirinto e o minotauro: saúde mental na Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 2, p. 383-393, 2015.

HIRDES, A; SILVA, M. K. R. Apoio matricial: um caminho para a integração saúde mental e atenção primária. **Saúde Debate**, v. 38, n. 102, p. 582-592, Jul-Set, 2014.

HOEPFNER, C.; FRANCO, S. C.; MACIEL, R. A.; HOEPFNER, A. M. S. Programa de apoio matricial em cardiologia: qualificação e diálogo com profissionais da atenção primária. **Saúde Soc**. São Paulo, v.23, n.3, p.1091-1101, 2014.

ÍBAÑEZ, T. O “giro linguístico”. In: ÍÑIGUEZ, L. (Org.) **Manual de análise do discurso em ciências sociais**. Tradução: Vera Lúcia Joscelyne. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

IGLESIAS, A; AVELLAR, L. Z. Apoio Matricial: um estudo bibliográfico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 9, p. 3791-3798, 2014.

ÍÑIGUEZ, L. Construcionismo Social. In: MARTINS, J. B. (Org.) **Temas em Análise Institucional e em Construcionismo Social**. São Carlos: RiMA, Curitiba: Fundação Araucária, 2002.

ÍNIGUEZ, L. **La psicología social en la encrucijada post-construccionista**: historicidad, subjetividad, performatividad, acción. In: GUARESCHI, N. Estratégias de invenção do presente: psicologia social no contemporâneo. Rio de Janeiro, 2008.

KANNO, N. P.; BELLODI, P. L.; TESS, B. H. Profissionais da Estratégia Saúde da Família diante de Demandas Médico-Sociais: dificuldades e estratégias de enfrentamento. **Saúde Soc**, v.21, n.4, p.884-894, 2012.

JORGE, M. S. et al. Apoio matricial, projeto terapêutico singular e produção do cuidado em saúde mental. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, Jan-Mar; v. 24, n. 1, p. 112-20, 2015.

JORGE, M. S. B. et al. Possibilidades e desafios do apoio matricial na atenção básica: percepções dos profissionais. **Psicologia: Teoria e Prática**, v. 16, n. 2, 63-74. São Paulo, SP, maio-ago, 2014.

JORGE, M. S. B.; SOUSA, F. S. P.; FRANCO, T. B. Apoio matricial: dispositivo para resolução de casos clínicos de saúde mental na Atenção Primária à Saúde. **Rev Bras Enferm**. set-out; v. 66, n. 5, p. 738-44, 2013.

LACERDA E SILVA, T. et al. Saúde do trabalhador na Atenção Primária: percepções e práticas de equipes de Saúde da Família. **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, p. 973-988, 2013.

LIMA, S. A. V.; ALBUQUERQUE, P. C.; WENCESLAU, L. D. Educação Permanente em Saúde segundo os profissionais da Gestão de Recife, Pernambuco. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 425-441, maio/ago. 2014.

MAGALHÃES, C. C. B. **Contribuição dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) para o desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador**. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2014.

MATUDA, C. G. et al. Colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 8, p. 2511-2521, 2015.

MEDRADO, B.; SPINK, M. J.; MÉLLO, R. P. Diários como atuantes em nossa pesquisa: narrativas ficcionais implicadas. In: SPINK, M. J. P. et al. (Org.). **A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas**. 1.ed. – Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2014.

MINOZZO, F.; COSTA, I. I. Apoio matricial em saúde mental entre CAPS e Saúde da Família: trilhando caminhos possíveis. **Psico-USF**, v. 18, n. 1, p. 151-160, jan./abril 2013.

MINOZZO, F. **Análise da implantação do Apoio Matricial em Saúde Mental entre CAPS e Equipes de Saúde da Família**: Trilhando caminhos possíveis. 2011. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura) - Universidade de Brasília. Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura. Brasília, 2011.

MIELKE, F. B.; OLCZOWSKY, A. Saúde mental na Estratégia Saúde da Família: avaliação de apoio matricial. **Rev Bras Enferm**, v. 63, n. 6, p. 900-7, 2010.

MOL, A. Política ontológica: algumas ideias e várias perguntas. In: NUNES, J. A.; ROQUE, R. (org.). **Experiências em estudos sociais da ciência**. Porto: Edições Afrontamento. Tradução Praça. 2008.

MONTUORI, A. Literature review as creative inquiry: reframing scholarship as a creative process. **Journal of Transformative Education**, v. 3, 2005.

MORAIS, M. S.; ALMEIDA, R.; PASINI, V. L. **O Apoio matricial em saúde mental pode contribuir para o desenvolvimento dos atributos da Atenção Primária à Saúde?** Porto Alegre; s.n, 2014.

MORAIS, A. P. P. **Saúde Mental na Atenção Básica: o Desafio da Implementação do Apoio Matricial**. (Tese). Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Universidade de São Paulo, 2010.

NASCIMENTO, C. M. B. **A organização e desenvolvimento da atenção à saúde pelo Núcleo de Apoio a Saúde da Família** (Tese). Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife. 2014.

NASCIMENTO, M. L.; MANZINI, J. L.; BOCCO, F. Reinventando as práticas psi. **Psicologia & Sociedade**; v.18, n.1, p. 15-20; jan/abr. 2006.

NASCIMENTO, V. L. V.; TAVANTI, R. M.; PEREIRA, C. C. Q. O uso de mapas dialógicos como recurso analítico em pesquisas científicas. In: SPINK, M. J. P. et al. (Org.). **A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas**. 1.ed. – Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2014.

OLIVEIRA, F.R.L. **A integração das ações no campo da Saúde Mental entre a Estratégia Saúde da Família e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família: desafios para uma prática interdisciplinar**. Dissertação (Mestrado). Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2013.

ONOCKO-CAMPOS, R. et al. Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 12, p. 4643-4652, 2011.

OLIVEIRA, R. C. de. A chegada de crianças e adolescentes para tratamento na rede pública de saúde mental. In: COUTO, M. C. V.; MARTINEZ, R. G. (Org.). **Saúde Mental e Saúde Pública: questões para a agenda da Reforma Psiquiátrica...** NUPPSAM/IPUB/UFRJ, Rio de Janeiro, 2007.

PAIXÃO, L.; TAVARES, M.F.L. A construção do projeto “Apoio de Rede” como estratégia institucional. **Interface**, v. 18, n. 1, p. 845-58, 2014.

PINTO, A. G.A. et al. Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: olhares múltiplos e dispositivos para resolubilidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, p. 653-660, 2012.

PENIDO, C. M. F. **Análise da implicação de apoiadores e Trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família no Apoio Matricial em Saúde Mental**. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem da UFMG. Belo Horizonte, 2012.

PRATES, M. M. L.; GARCIA, V.G.; MORENO, D. M. F. C. Equipe de apoio e a construção coletiva do trabalho em Saúde Mental junto à Estratégia de Saúde da Família: espaço de discussão e de cuidado. **Saúde Soc**, v.22, n. 2, p.642-652, 2013.

QUINDERÉ, P.H.D. et al. Acessibilidade e resolubilidade da assistência em saúde mental: a experiência do apoio matricial. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 7, p. 2157-2166, 2013.

REIS, M. L. et al. Avaliação do trabalho multiprofissional do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). **Texto Contexto Enferm**, v. 25, n. 1, 2016.

RIBEIRO, M.A. T.; MARTINS, M. H. M., LIMA, J. M. A pesquisa em banco de dados: como fazer? In: LANG, C. E. et al. (Org.) **Metodologias: pesquisas em saúde, clínica e práticas psicológicas**. Edufal, 2015.

ROSA, F. M. et al. O olhar das equipes de referência sobre o trabalho realizado pelo apoio matricial. **Rev. Enf. UFSM**, v. 1, n. 3, p. 377-385, 2011.

ROSE, N. Inventando nossos eus. In: Silva, T. T. **Nunca fomos humanos – nos rastros do sujeito**. Belo Horizonte: Autêntica, 2001.

SAMPAIO, J. et al. Processos de Trabalho dos Núcleos de Atenção à Saúde da Família Junto a Atenção Básica: Implicações para a Articulação de Redes Territoriais de Cuidados em Saúde. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 19, n. 1, p. 41-48, 2015.

SANTOS, A. P. L.; LACAZ, F. A. C. Apoio Matricial em Saúde do Trabalhador: tecendo redes na Atenção Básica do SUS, o caso de Amparo/ SP. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(5):1143-1150, 2012.

SILVA, A. L. C. **“Dá-licença, eu sou pai!” – A produção de sentidos sobre a licença-paternidade com trabalhadores-pais em Suape**. 2015. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade Federal de Pernambuco. Pós-Graduação em Psicologia, 2015.

SOARES, M. H. A inserção do enfermeiro psiquiátrico na Equipe de Apoio Matricial em Saúde Mental. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**. v. 4, n. 5, p. 1-12, 2008.

SOUSA et al. F. S. P. Tecendo a rede assistencial em saúde mental com a ferramenta matricial. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1579-1599, 2011.

SPINK, M.J.; MEDRADO, B.; MÉLLO, R. P. Vinte e cinco anos nos rastros, trilhas e riscos de produções acadêmicas situadas. In: SPINK, M. J. P. et al. (Org.). **A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas**. 1.ed. – Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2014.

SPINK, M.J.; MEDRADO, B. Produção de Sentido no Cotidiano: Uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. In: SPINK, M. J. (Org.) **Práticas**

Discursivas e Produção de Sentidos no Cotidiano: Aproximações Teóricas e Metodológicas. Edição Virtual - Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2013.

SPINK, M. J.; MENEGON, V. M.; MEDRADO, B. Oficinas como estratégias de pesquisa: articulações teórico-metodológicas e aplicações ético-políticas. **Psicologia & Sociedade**, v. 26, n. 1, p. 32-43, 2014.

SPINK, M.J.; FREZZA, R. M. Produção de Sentido no Cotidiano: A perspectiva da psicologia social. In: SPINK, M. J. (Org.) **Práticas Discursivas e Produção de Sentidos no Cotidiano: Aproximações Teóricas e Metodológicas.** Edição Virtual - Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2013.

SPINK, M. J. A ética na pesquisa social: Da perspectiva prescritiva à interanimação dialógica. **Psico**, v. 31, n.1, 2000.

SPINK, P. K. Pesquisa de campo em psicologia social: uma perspectiva pós-construcionista. **Psicologia & Sociedade**, v. 15, n. 2, p.18-42, 2003.

SPINK, M. J. **Linguagem e produção de sentidos no cotidiano.** Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004.

SPINK, M. J. Psicologia Social e Saúde: trabalhando com a complexidade. **Quaderns de Psicologia**, v. 12, n. 1, p. 41-56, 2010.

WALKER, S. Literature reviews: generative and transformative textual conversations. **Forum Qualitative Social Research**, v.16, n. 3, set. 2015.

APÊNDICES

Apêndice A - Glossário com as definições de Apoio Matricial na literatura técnico-científica.

(continua)

Ano da definição	Autor da Definição	Citação
1998	CAMPOS	Recomendava-se, também a instituição de Supervisão Matricial que aumentasse a abertura destas Unidades para o externo. Supervisão não conforme a concepção taylorista – alguém que controla e fiscaliza o cumprimento de normas –, mas quase com o sentido que lhe era atribuído pela Saúde Mental: supervisor como agente externo que se reúne com a equipe para instituir processos de reflexão crítica e de educação permanente . Então, Supervisor como apoiador e agenciador de mudanças , alguém que ajudasse na identificação e no enfrentamento de problemas . Este trabalho de apoio poderia assumir tanto um caráter mais técnico – especialistas em enfermagem, em pediatria, etc, ajudando, orientando várias equipes em que houvesse este tipo de responsabilidade –, ou mais um de instrumentalizador de processos de mudança. Neste segundo caso, um agenciador e estimulador da capacidade de análise e de participação do grupo na gestão, uma combinação das funções típicas de um analista de grupo com as de um assessor de planejamento. De qualquer modo, estes Supervisores não teriam linha de comando dentro das Unidades de Produção. Somente a Direção geral ou o Coordenador, ou os próprios Colegiados tomariam deliberações a serem acatadas por todos.
1999	CAMPOS	Neste artigo estar-se-á sugerindo um novo arranjo para os serviços de saúde com base nos conceitos de equipe de referência e de apoio especializado matricial . Parte-se da suposição de que uma reordenação do trabalho em saúde segundo a diretriz do vínculo terapêutico entre equipe e usuários estimularia a produção progressiva de um novo padrão de responsabilidade pela co-produção de saúde. Isto articulado, as diretrizes de gestão colegiada (Campos, 1998) e de transdisciplinaridade das práticas e dos saberes, possibilitariam uma superação de aspectos fundamentais do modelo médico hegemônico, conforme analisado por uma série de autores clássicos (Donnangelo, 1975; Mendes Gonçalves, 1979; Luz, 1988).
1999	CAMPOS	Um novo arranjo que estimulasse, cotidianamente , a produção de novos padrões de inter-relação entre equipe e usuários, ampliasse o compromisso dos profissionais com a produção de saúde e quebrasse obstáculos organizacionais à comunicação .
1999	CAMPOS	Sugere-se a adoção de um arranjo no processo de trabalho que estimule maiores coeficientes de vínculo entre equipe de saúde e usuário concreto.
1999	CAMPOS	O AM, no seu sentido original, seria composto por um ou mais profissionais de saúde, detentores de saber específico, que apoia uma ou mais ER no que se refere tanto a questões assistenciais quanto a suporte técnico-pedagógico .
1999	CAMPOS	O apoio matricial pode ser definido como um arranjo organizacional que surge com o objetivo de ampliar a capacidade de resolubilidade das ações de saúde, ao propor uma reformulação no modo de organização dos serviços e relações horizontais entre as especialidades que passam a oferecer apoio técnico horizontal às equipes interdisciplinares de atenção primária, favorecendo assim a conexão em rede .
1999	CAMPOS	Os conceitos de Equipes de Referência (ER) e Apoio Matricial (AM) foram propostos por Campos, no intuito de reorganizar o trabalho em saúde sob a diretriz do vínculo terapêutico , na perspectiva de estimular um outro padrão de responsabilidade pela saúde, tendo como elementos norteadores a gestão do trabalho e a transdisciplinariedade . O vínculo é um recurso terapêutico, que envolve a interdependência e representa o compromisso dos profissionais com o paciente e vice-versa

Apêndice A - Glossário com as definições de Apoio Matricial na literatura técnico-científica.

(continuação)

1999	CAMPOS	Ao analisar a função do apoio matricial, Campos (1999) salienta que se trata de um novo arranjo para estimular cotidianamente a produção de novos padrões de inter-relação entre equipe e usuários, ampliar o compromisso dos profissionais com a produção de saúde e quebrar obstáculos organizacionais à comunicação. Dessa forma, a estratégia matricial privilegia o exercício interdisciplinar em busca do cuidado integral em saúde, racionalizando o acesso e o uso de recursos especializados e estimulando uma clínica ampliada sustentada por um pacto de corresponsabilização sanitária.
1999	CAMPOS	No intuito de viabilizar a reorganização da atenção básica de modo a englobar ações em saúde mental foi proposto um arranjo de gestão conhecido por Apoio Matricial/AM (Campos, 1999). O AM constitui um suporte técnico especializado e uma alternativa de re-ordenamento dos fluxos na rede, visando à implementação de uma clínica ampliada e um maior grau de resolutividade do sistema. Isso se faz por meio de uma diversidade de ofertas terapêuticas através de equipes de referência que acompanham sistematicamente as Unidades Básicas de Saúde (UBS) dando suporte às mesmas em termos de acolhimento ao sofrimento psíquico. Dessa maneira, objetiva-se superar a lógica dos encaminhamentos, promovendo uma corresponsabilização entre os envolvidos. O apoiador atua como um agente externo, que se reúne com uma equipe para gerar processos de reflexão, ajudando na identificação e enfrentamento de situações críticas, e conseqüentemente, de desenvolvimento de habilidades e aumento da capacidade resolutivas das equipes (Campos, 1999, 2000; Brasil, 2004).
1999	CAMPOS	Nas últimas décadas, o Apoio Matricial vem sendo definido como uma estratégia de cogestão para o trabalho interprofissional e em rede, valorizando-se, nessa definição, a concepção ampliada do processo saúde/doença, a interdisciplinaridade, o diálogo e a interação entre profissionais que trabalham em equipes ou em redes e sistemas de saúde (Campos; CAMPOS; DOMITTI, FIGUEIREDO; ONOCKO-CAMPOS; CUNHA; CAMPOS)
2000	Campos	“Sugere um modo de funcionamento para o trabalho em rede, valorizando uma concepção ampliada do processo saúde-doença, a interdisciplinaridade, o diálogo e a interação entre profissionais que trabalham em equipes ou em redes e sistemas de saúde”
2003	CAMPOS	Para Campos, os processos de matriciamento devem promover relações horizontais. Assim, o apoiador e a equipe de referência podem trabalhar na construção de visões multi e transdisciplinares, compartilhando saberes de seu núcleo de conhecimento e incorporando demandas de outros profissionais e da comunidade.
2004	BRASIL. Cartilha de humanização	O apoio matricial é um arranjo na organização dos serviços que complementa as equipes de referência. Já que a equipe de referência é a responsável pelos SEUS pacientes, ela geralmente não os encaminha, ela pede apoio. A quem a equipe de referência pede apoio? Tanto aos serviços de referência/ especialidades (e/ou aos especialistas isolados) quanto a outros profissionais que lidam com o doente.
2004	BRASIL. Cartilha de humanização	O apoio matricial é, portanto, uma forma de organizar e ampliar a oferta de ações em saúde, que lança mão de saberes e práticas especializadas, sem que o usuário deixe de ser cliente da equipe de referência.
2007	CAMPOS; DOMITTI	(...) proposta de apoio pode se dar tanto por um único profissional quanto por uma equipe multiprofissional, cujo objetivo é assegurar a retaguarda especializada a uma equipe de referência – que tem o papel de conduzir um caso individual, familiar ou comunitário ao longo do tempo. Essa proposta de trabalho foi aplicada em serviços de saúde mental, hospitalares e de atenção básica.

Apêndice A - Glossário com as definições de Apoio Matricial na literatura técnico-científica.

(continuação)

2007	CAMPOS; DOMITTI	O apoio matricial em saúde objetiva oferecer retaguarda assistencial e suporte técnico-pedagógico às equipes de referência. Implica a construção compartilhada de diretrizes sanitárias entre profissionais de referência e especialistas. O apoio matricial e a equipe de referência compreendem arranjos organizacionais e uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde que objetivam a ampliação da clínica e a interação dialógica entre diferentes especialidades e profissões. Equipes de referência e apoio matricial manterão relações longitudinais no tempo com os usuários , e horizontais entre os profissionais
2007	CAMPOS; DOMITI	Este novo arranjo consiste em um apoio técnico-pedagógico destinado a assegurar retaguarda especializada às equipes de atenção em saúde. Organiza-se numa metodologia de trabalho para além daquela preconizada pelo sistema hierarquizado, enrijecido em mecanismos de referência e contrarreferência, protocolos e centros de regulação
2007	CAMPOS; DOMITTI	Ao assegurar retaguarda especializada aos profissionais, o AM altera a lógica tradicional de referência e contrarreferência , com uma oferta horizontal dos serviços. Isso porque o AM busca personalizar a relação entre os profissionais através do contato direto entre a referência do caso e o especialista de apoio, estimulando a troca de opinião, a integração da equipe e a coresponsabilização sobre o processo saúde e doença
2007	CAMPOS; DOMITI	O apoio matricial em saúde objetiva assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde. Trata-se de uma metodologia de trabalho complementar àquela prevista em sistemas hierarquizados, a saber: mecanismos de referência e contra-referência , protocolos e centros de regulação. O apoio matricial pretende oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às equipes de referência. Depende da construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias entre os componentes de uma equipe de referência e os especialistas que oferecem apoio matricial. Essas diretrizes devem prever critérios para acionar o apoio e definir o espectro de responsabilidade tanto dos diferentes integrantes da equipe de referência quanto dos apoiadores matriciais.
2007	CAMPOS; DOMITI	O AM objetiva a oferta de suporte assistencial e técnico-pedagógico , pelo especialista, para equipes interdisciplinares que atuem como equipes de referência e possuam uma clientela adscrita. Essas equipes de referência buscam ampliar a possibilidade de construção de vínculo entre profissionais e usuários e reforçar o poder de gestão da equipe interdisciplinar
2007	CAMPOS; DOMITTI	O Apoio Matricial (AM) visa oferecer retaguarda assistencial e suporte técnico-pedagógico a equipes de referências da Atenção Básica .
2007	CAMPOS; DOMITTI	Apoio matricial e equipe de referência são, ao mesmo tempo, arranjos organizacionais e uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde , objetivando ampliar as possibilidades de realizar-se clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões. A composição da equipe de referência e a criação de especialidades em apoio matricial buscam criar possibilidades para operar-se com uma ampliação do trabalho clínico e do sanitário, já que se considera que nenhum especialista, de modo isolado, poderá assegurar uma abordagem integral. Essa metodologia pretende assegurar maior eficácia e eficiência ao trabalho em saúde, mas também investir na construção de autonomia dos usuários. Sua utilização como instrumento concreto e cotidiano pressupõe certo grau de reforma ou de transformação do modo como se organizam e funcionam serviços e sistemas de saúde. Isso indica a existência de dificuldades e obstáculos para a reorganização do trabalho em saúde a partir dessas diretrizes.

Apêndice A - Glossário com as definições de Apoio Matricial na literatura técnico-científica.

(continuação)

2007	CAMPOS; DOMITTI	<p>O apoio matricial implica sempre a construção de um projeto terapêutico integrado, no entanto essa articulação entre equipe de referência e apoiadores pode desenvolver-se em três planos fundamentais:</p> <p>a) atendimentos e intervenções conjuntas entre o especialista matricial e alguns profissionais da equipe de referência;</p> <p>b) em situações que exijam atenção específica ao núcleo de saber do apoiador, este pode programar para si mesmo uma série de atendimentos ou de intervenções especializadas, mantendo contato com a equipe de referência, que não se descomprometeria com o caso, ao contrário, procuraria redefinir um padrão de seguimento complementar e compatível ao cuidado oferecido pelo apoiador diretamente ao paciente, ou à família ou à comunidade;</p> <p>c) é possível ainda que o apoio restrinja-se à troca de conhecimento e de orientações entre equipe e apoiador; diálogo sobre alterações na avaliação do caso e mesmo reorientação de condutas antes adotadas, permanecendo, contudo, o caso sob cuidado da equipe de referência.</p>
2007	CAMPOS; DOMITTI	<p>O apoio matricial busca personalizar os sistemas de referência e contra-referência, ao estimular e facilitar o contato direto entre referência encarregada do caso e especialista de apoio. Nesse sentido, essa metodologia altera o papel das Centrais de Regulação, reservando-lhe uma função na urgência, no zelo pelas normas e protocolos acordados e na divulgação do apoio disponível. A decisão sobre o acesso de um caso a um apoio especializado seria, em última instância, tomada de maneira interativa, entre profissional de referência e apoiador. O regulador à distância teria um papel de acompanhar e avaliar a pertinência dessas decisões e de tomá-las somente em situações de urgência, quando não haveria tempo para o estabelecimento de contato entre referência e apoio matricial.</p>
2007	CAMPOS; DOMITTI	<p>Nesse sentido, surgiu a estratégia institucional conhecida por apoio matricial (AM), que objetiva assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção em saúde mental. Visa a favorecer a co-responsabilização entre as equipes e a diversidade de ofertas terapêuticas através de um profissional de saúde mental que acompanhe sistematicamente as UBS/USF e permite o conhecimento da demanda em saúde mental que chega à atenção básica, bem como sobre os usuários, as famílias e o território, propondo que os casos sejam de responsabilidade mútua. O AM é um regulador de fluxos que promove uma articulação entre os equipamentos de saúde mental e as Unidades Básicas de Saúde (UBS) (Campos & Domitti, 2007).</p>
2007	CAMPOS; DOMITTI	<p>Na atenção básica, as equipes de referência são as próprias equipes de Saúde da Família. O apoio matricial, neste âmbito, pretende oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico pedagógico às equipes de Saúde da Família, com o objetivo de superar a lógica da especialização e da fragmentação do trabalho em saúde, encaminhamentos desnecessários e evitar práticas de “psiquiatrização” e “medicalização” do sofrimento humano. (Campos e Domitti, 2007)</p>
2007	CAMPOS; DOMITTI	<p>Formulado por Campos (1999), o matriciamento constitui ferramenta que altera a lógica de funcionamento das equipes de saúde com foco no trabalho colaborativo. No contexto da AB, o AM em saúde mental se estrutura com origem na interlocução de equipes especializadas ou de AM, compostas pelos profissionais do Centro de Atenção Psicossocial (Caps) e pela equipe territorializada ou de referência, de que fazem parte os profissionais da equipe da ESF, que possui dúvidas ou, por vezes, receio em conduzir tais casos (Campos & Domitti, 2007).</p>
2007	CAMPOS; NASCIMENTO	<p>Neste contexto, surge em 2003 a proposta do apoio matricial, que tem por objetivo contribuir para o acolhimento das pessoas em sofrimento mental nos espaços sociais onde circula, por meio de uma construção coletiva de saberes junto às equipes de saúde da família.</p>

Apêndice A - Glossário com as definições de Apoio Matricial na literatura técnico-científica.

(continuação)

2009	Figueiredo; Onocko-Campos	O AM: [...] provoca uma reformulação nos organogramas dos serviços, de forma que as áreas especializadas (outrora verticais) passam a oferecer apoio técnico horizontal às equipes interdisciplinares da Atenção Básica.
2009	Dimenstein et al	Dimenstein et al. (2009) apontam o AM como uma transformação do sentido de cuidar , apreendendo saúde como produção de vida diária das pessoas, articulada ao contexto familiar, comunitário e cultural. Nessa conceituação, observa-se a potencialidade da contribuição que a AB pode oferecer para se consolidar como suporte em relações corresponsáveis entre os trabalhadores, usuários e a comunidade , uma atenção mais ligada à noção de cuidado integral .
2009	Figueiredo; Onocko-Campos	O Apoio Matricial (AM) ou Matriciamento consiste numa das principais ferramentas para a efetivação desta rede de cuidados. Realizado por uma equipe inter e multidisciplinar , oferece um suporte técnico especializado a fim de ampliar seu campo de atuação e qualificar suas ações, buscando ainda garantir às equipes da ESF maior apoio quanto à responsabilização do processo de assistência, garantindo a integralidade da atenção em todo sistema de saúde.
2009	PENA	Neste contexto e, especificamente, em relação ao AM, pode-se entendê-lo como um arranjo organizacional que tem por objetivo fornecer suporte técnico especializado às equipes de saúde da atenção básica. Um arranjo que propõe romper com o modelo médico-centrado , caracterizando-se como um instrumento de gestão do cuidado destinado a qualificar a intervenção em sujeitos e coletivos. Desta forma, o AM estimula a produção de espaços que promovem, no interior das UBS, discussões e práticas clínicas que trazem novos sentidos para a intervenção em saúde, atualizando modos de cuidar e que rompem com a lógica de encaminhamentos para as especialidades, ou seja, criam outras possibilidades de atenção que vão além dos CAPS e/ou internações, diversificando e ampliando as alternativas de acolhimento às necessidades dos usuários com transtornos mentais
2010	BRASIL	O apoio matricial é uma tecnologia de gestão utilizada em conjunto com o arranjo organizacional de equipes de referência (Brasil, 2010).
2010	BERTUSSI	Mas o apoio matricial também tem sido afirmado como ferramenta dos gestores para criar canais de comunicação /criação, coprodução com as equipes para que aquilo que está sendo proposto como política possa passar por transformações, ressignificações, questionamentos no interior da equipe, entre os trabalhadores, entre os trabalhadores e a gestão, entre os trabalhadores e a população, num movimento de construção compartilhada onde os diversos campos de saber interagem para produzir o cuidado . (Bertussi, 2010)
2010	BERTUSSI	(...) o Apoio Matricial Rizomático não é um método, mas um dispositivo, uma ferramenta da gestão. A idéia de método de gestão, segundo a autora, pressupõe um caminho pré definido para se chegar num objetivo, ou seja, um caminho que sintetizaria todos os elementos teóricos conceituais e as ferramentas necessárias para produzir a gestão e a atenção em saúde.
2011	CUNHA; CAMPOS.	Os conceitos de apoio matricial e equipe de referência foram desenvolvidos por Campos (1998, 2000, 2003), dentro da linha de pesquisa voltada para a reforma das organizações e do trabalho em saúde denominada de “Política, modelo de atenção e de gestão: investigação teórica e metodológica”, apoiada pelo CNPq. Essa metodologia de gestão do cuidado foi, inicialmente, adotada em serviços de saúde mental, de atenção básica e da área hospitalar do Sistema Único de Saúde de Campinas-SP, Belo Horizonte-MG e também na cidade de Rosário/Argentina.

Apêndice A - Glossário com as definições de Apoio Matricial na literatura técnico-científica.

(continuação)

2011	CUNHA; CAMPOS.	O que é e como funcionam o Apoio Matricial e a Equipe de Referência? O Apoio Matricial em saúde objetiva assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde, de maneira personalizada e interativa. Opera com o conceito de núcleo e de campo. Assim: um especialista com determinado núcleo, apoia especialistas com outro núcleo de formação, objetivando a ampliação da eficácia de sua atuação. Trata-se de uma metodologia de trabalho complementar àquela prevista em sistemas hierarquizados, a saber: mecanismos de referência e contrarreferência, protocolos e centros de regulação.
2011	CUNHA; CAMPOS.	O Apoio Matricial pretende oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às equipes de referência. Depende da personalização da relação entre equipes de saúde, da ampliação dos cenários em que se realiza a atenção especializada e da construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias entre os componentes de uma equipe de referência e os especialistas que oferecem Apoio Matricial.
2011	CUNHA; CAMPOS.	A proposta de Apoio Matricial e Equipe de Referência foi desenhada com o objetivo de superar as limitações impostas pela organização tradicional dos serviços de saúde e ampliar as possibilidades de integração dialógica entre diversas especialidades (CUNHA; CAMPOS, 2011). Sendo assim, o Apoio Matricial, desde sua concepção, atua para promover a retaguarda assistencial e o suporte técnico pedagógico de profissionais especialistas às Equipes de Referência, reforçando a vontade de mudanças nas relações de trabalho.
2011	CUNHA; CAMPOS.	Por conseguinte, o Apoio Matricial (AM) constitui-se tentativa de consolidar o cuidado em saúde mental na APS e potencializar o protagonismo de profissionais da ESF e de usuários. Ele busca assegurar retaguarda especializada , por meio das equipes do CAPS, à assistência direta ao usuário, bem como fornecer suporte técnico-pedagógico aos profissionais da ESF, instrumentalizando-os para o cuidado adequado à referida demanda. Ademais, o AM procura aumentar o grau de resolubilidade das ações de saúde mental, propondo reformulação no modo de organização dos serviços e das relações horizontais entre a equipe do CAPS (especialistas) e a equipe da ESF, numa perspectiva interdisciplinar
2011	BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE.	O apoio matricial (AM) ou matriciamento em saúde mental, nesse contexto, revela-se como importante estratégia de articulação entre saúde mental e AB, ou seja, pode ser entendido como um recurso de suporte especializado às equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) na AB no atendimento às pessoas em sofrimento psíquico ou transtornos mentais. É um novo modo de produzir saúde em duas ou mais equipes que compartilham experiências, saberes e práticas , numa elaboração compartilhada baseada em uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica (Ministério da Saúde, 2011).
2012	BELOTTI; LAVRADOR	Sua ideia central é compartilhar situações encontradas no território, numa atitude de corresponsabilização pelos casos, que se realiza por meio de supervisões clínicas e intervenções conjuntas. Dessa forma, busca-se superar a lógica do encaminhamento/fragmentação , por meio da ampliação da capacidade resolutive da equipe local.
2013	JORGE	(...) tem por objetivo superar a lógica da especialização e da fragmentação do trabalho da própria área de saúde mental.
2013	AZEVEDO; GONDIM, SILVA	Sua efetivação resulta, sobretudo, na construção de uma rede de cuidados qualificada onde cada especialidade de forma descentralizada traz sua contribuição.

Apêndice A - Glossário com as definições de Apoio Matricial na literatura técnico-científica.

(continuação)

2013	MINOZZO; COSTA	O apoio matricial em saúde mental é uma prática em que profissionais especialistas em saúde mental oferecem suporte a equipes de SF com o objetivo de ampliar a sua resolubilidade e produzir maior responsabilização no acompanhamento e atendimento das pessoas em sofrimento psíquico, rompendo com a lógica dos encaminhamentos indiscriminados e ampliando a clínica da SF.
2013	BONFIM et al.	O apoiador matricial é um profissional especializado em alguma área de conhecimento (saúde mental, educação física, nutrição, fisioterapia etc.) que difere da área de conhecimento da equipe de referência, e que pode apoiar esses profissionais com determinadas informações e intervenções voltadas para contribuir na ampliação da resolutividade das ações dessa equipe.
2013	BONFIM et al.	No intuito de contribuir com a confrontação de um modelo de atenção burocratizado e centrado na doença, Campos (1999, 1998) propõe o Apoio Matricial (AM) como uma estratégia de organização do trabalho em saúde cuja atuação deve ser complementar aos sistemas de referência e contrarreferência e às centrais de regulação da atenção especializada. Desta forma, o AM sugere uma mudança radical na conduta do especialista, indicando que este passe a ter uma postura dialógica e horizontal com os outros profissionais da rede de saúde.
2014	CAMPOS; FIGUEIREDO; CASTRO; JÚNIOR	O apoio matricial e a equipe de referência são tanto arranjos organizacionais , como uma metodologia para fazer algo. Foram imaginadas e experimentadas como forma para se operar em redes ou em sistemas complexos . Pretendem construir um modo de operar o trabalho a partir de diretrizes nem sempre fáceis de compatibilização.
2014	HIRDES; SILVA	Neste sentido, o apoio matricial configura-se como um recurso potente para construir novos saberes , e, sobretudo, novas práticas no território .
2014	PAIXÃO; TAVARES	Num esforço de conceituação, partindo das atribuições descritas, pode-se entender a proposta de apoio matricial como uma estratégia para reorientação das práticas de cuidado mediante as ofertas de conhecimento dos diversos núcleos profissionais. Neste contexto é que se opera a passagem de um modelo pautado na atenção fragmentada , comum à racionalidade biomédica , para um modelo que reconheça, de forma interdisciplinar , as necessidades de saúde e seus condicionantes sociais e biológicos.
2014	CAMPOS; FIGUEIREDO; CASTRO; JÚNIOR	O apoio matricial tem uma dimensão de suporte técnico-pedagógico , ou seja, pressupõe apoio educativo para a equipe de referência e ações realizadas conjuntamente com ela. A partir de discussões clínicas conjuntas ou mesmo intervenções concretas junto com as equipes (consultas, visitas domiciliares, grupos), os apoiadores matriciais podem contribuir para o aumento da capacidade resolutiva das equipes, qualificando-as para uma atenção ampliada que contemple a complexidade da vida dos sujeitos. Mas existe também uma dimensão de suporte assistencial , o que demanda do apoiador a realização de ações clínicas diretamente com os usuários. Contudo, o trabalho na lógica matricial permite distinguir os casos e situações que podem ser acompanhadas pela equipe de referência, daquelas demandas que necessitam de uma atenção especializada, a ser oferecida pelos próprios apoiadores matriciais ou, de acordo com o risco, a vulnerabilidade e a gravidade, pelos serviços especializados ou por outras instâncias como assistência social, educação, etc.

Apêndice A - Glossário com as definições de Apoio Matricial na literatura técnico-científica.

(conclusão)

2014	CAMPOS; FIGUEIREDO; CASTRO; JÚNIOR	O Apoio Matricial e a Equipe de Referência pretendem construir um modo de operar o trabalho a partir de diretrizes nem sempre fáceis de compatibilização. Em primeiro lugar, busca levar a lógica da cogestão e do apoio para as relações interprofissionais, substituindo as tradicionais modalidades de relação burocrática e com grande desequilíbrio de poder. Na saúde, tenta criticar e reconstruir a tal da “interconsulta” e dos “sistemas de referência e contrarreferência”. Em segundo lugar, reconhecendo a complexidade dos processos sociais, sanitários ou pedagógicos, busca pensar modos de se lidar com esses processos segundo o referencial da interdisciplinaridade e da interprofissionalidade. Procura, portanto, a constituição de equipes multiprofissionais para o enfrentamento de problemas sem, contudo, perder-se o padrão de responsabilização e compromisso com a produção de saúde. Trata-se de uma proposta de mudança do arranjo organizacional e das responsabilidades profissionais e gerenciais, de modo a facilitar a gestão em locais onde é necessário um trabalho em equipe.
2014	IGLESIAS; AVELLAR	O Apoio Matricial se constituiu como proposta do Ministério da Saúde para a articulação entre a rede de Saúde Mental e as Unidades de Saúde, com vistas à implementação de uma clínica ampliada , ao compartilhamento no cuidado a estes usuários, à integração dialógica entre diferentes categorias profissionais e especialidades, à promoção à saúde e à disponibilização de outras ofertas terapêuticas através de um profissional de saúde mental que acompanhe sistematicamente as USs.
2015	HIRDES; SCARPARO	O apoio matricial foi desenvolvido e conceituado por Campos (2003) e Cunha e Campos (2011) como uma metodologia de gestão do cuidado que objetiva assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais da saúde, de maneira personalizada e interativa. Busca oferecer retaguarda assistencial e suporte técnico-pedagógico às equipes de referência. Essa metodologia de trabalho depende da personalização da relação entre as equipes, da ampliação dos cenários onde se realiza a atenção especializada e da construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias entre a equipe de referência e os especialistas do apoio matricial. Indissociável do conceito de apoio matricial tem-se a equipe e os profissionais de referência – aqueles que têm a responsabilidade pela condução de cada caso. Ambos, apoio matricial e equipes de referência possibilitam a ampliação da clínica e a integração dialógica entre diferentes especialidades e profissões.

Apêndice B – Mapas dialógicos: Primeira parte da Oficina

(continua)

Quem falou	Entre profissionais	Em si mesmo	Usuário	Modelo proposto	Teoria x prática/ prática	Oficina
Enf. (Enfermeiro) Resid. (Residente)	que Apoio Matricial envolve uma troca, um sistema de compartilhamento (L 88-89)					
Enf. Resid.					talvez na prática o Apoio Matricial não... não acontece como a gente... pelas palavras que utilizamos [refere-se as palavras no painel] (L 89-90)	
Enf. Resid.						mas todo mundo tem uma visão bem rica daquilo que o Apoio Matricial representa. (L 90-92)
AS (Assistente Social) – AB (Atenção Básica) ²³			Acho que o compromisso com o sujeito, com aquilo que está sendo feito (L 93-94)			

²³ Os trechos que estão destacados nos mapas na cor vermelha referem-se às falas dos profissionais que participaram do projeto piloto.

Apêndice B – Mapas dialógicos: Primeira parte da Oficina

(continuação)

Quem falou	Entre profissionais	Em si mesmo	Usuário	Modelo proposto	Teoria x prática/ prática	Oficina
AS - AB	E uma palavra que acho que muita gente colocou é o compartilhar, e geralmente, a gente quer tá encaminhando né? pra rede. E quando você compartilha com o usuário, com a equipe né como vai ser direcionada aquela demanda que é colocada pelo sujeito, aí tem um resultado diferente porque você tá compartilhando. (L 94-97)					
AS - AB			Tá ouvindo ele para realmente saber se é aquilo que ele quer, ver as demandas que ele tá trazendo, as necessidades, (L 98-99)			
AS - AB	pra aí ser um trabalho mais organizado e conjunto com toda equipe. (L 100)					

Apêndice B – Mapas dialógicos: Primeira parte da Oficina

(continuação)

Quem falou	Entre profissionais	Em si mesmo	Usuário	Modelo proposto	Teoria x prática/ prática	Oficina
Psi. (Psicólogo) – Gestão				Eu acho que falta uma substância. Fala muita coisa mas, não sei, parece que são coisas acessórias. A gente tá falando em torno sempre do matriciamento perfeito, do matriciamento, uma característica do matriciamento, mas isso, o Apoio Matricial é o quê? (L 101-104)		
Psi. (Psicólogo) – Gestão					Eu acho que falta isso, falta uma consistência, uma coisa mais, uma substância. (L 104-105)	
Pesq. (Pesquisadora)						O que você acha que seja essa substância? (L 106)
Psi-gestão				Eu acho que é uma definição clara do que é e como se faz. Eu acho que quando a gente fala do apoio matricial, fala compartilhar, sempre coisas que não tem o que é e como fazer fechado. (L 107-109)		
Psi-gestão					Acho que isso falta, e aí dá margens a gente fazer diversas coisas sob o título de matriciamento. (L 109-110)	

Apêndice B – Mapas dialógicos: Primeira parte da Oficina

(continuação)

Quem falou	Entre profissionais	Em si mesmo	Usuário	Modelo proposto	Teoria x prática/ prática	Oficina
Psi – NASI					<p>Agora eu acho assim que no caso seria só pra ressignificar né, assim como você falou o efeito do matriciamento, se eu falo se tem efeito já tem algum apoio matricial né. Mas assim, talvez ele exista, mas a necessidade de saber de fato localizá-lo pra ressignificar né toda essa experiência a partir de - então ok! - aquilo é apoio matricial. Enfim, ressignificar a experiência agora a partir de uma curvatura e seus significados. (L 111-116)</p>	

Apêndice B – Mapas dialógicos: Primeira parte da Oficina

(continuação)

Quem falou	Entre profissionais	Em si mesmo	Usuário	Modelo proposto	Teoria x prática/ prática	Oficina
Psi – NASI						Pelo que foi falado aqui eu acho que as ideias estão bem né, integral, dialogando todo mundo acho com a mesma perspectiva. Só que achei interessante que as vezes sabe que são faladas ali [aponta o painel] acho que quando vem da gestão, vem de uma forma né, aí quando vem do profissional que tá ali na ponta, na atuação do PSF vem de uma outra forma. Enfim, as vezes de onde vem esse apoio\matriciamento mudam um pouquinho, da onde tá sendo esse lugar. (L 116-121)
Psi- Interior CAPS		Eu acho que também falta um pouco mais de algo mais diria subjetivo entendeu, tipo de sentimentos mesmo, de afetos porque tipo é envolvimento né. Eu vejo assim que é envolvimento subjetivo, que tem que viver. (L 122-124)				

Apêndice B – Mapas dialógicos: Primeira parte da Oficina

(continuação)

Quem falou	Entre profissionais	Em si mesmo	Usuário	Modelo proposto	Teoria x prática/ prática	Oficina
Psi- Interior CAPS					Tem essa questão teórica né, que a gente ainda conversa sobre né, tipo a clínica, clínica ampliada, compartilhamento tal, “eu li lá assim, é assim tal, tal”. Mas no dia –a- dia o que fica mesmo assim, não é só isso né, (L 125-127)	
Psi- Interior CAPS		Tem que ter alguma coisa assim que diga assim “não, eu quero ir, eu quero conhecer mais, eu quero compreender melhor como eu posso fazer para melhorar isso, essa situação, esse usuário”. Como a gente pode fazer esse envolvimento, esse envolvimento afetivo. (L 127-130)				
Psi- Interior CAPS						Acho que talvez isso a gente fala pouco (L 130)

Apêndice B – Mapas dialógicos: Primeira parte da Oficina

(continuação)

Quem falou	Entre profissionais	Em si mesmo	Usuário	Modelo proposto	Teoria x prática/ prática	Oficina
Psi- Interior CAPS				E acho que talvez isso é algo que é fundamental no matriciamento entendeu e também em outros. Mas o matriciamento eu digo assim porque vem de um modelo mais qualitativo, não é um modelo mais quantitativo-objetivo. (L 130-133)		
Psi- Interior CAPS					É basicamente mais isso, fica muito na parte teórica. Pq até na parte teórica existe um pouco de confusão né e mesmo assim nessa parte teórica a gente fica mais na parte teórica e na prática é como se fosse meio que na dificuldade em colocar em prática. (L 134-137)	

Apêndice B – Mapas dialógicos: Primeira parte da Oficina

(continuação)

Quem falou	Entre profissionais	Em si mesmo	Usuário	Modelo proposto	Teoria x prática/ prática	Oficina
Psi-Gestão				Eu acho que a dificuldade é pela falta de um de um direcionamento mais assim, eu acho que de uma definição mesmo, de uma coisa mais de uma circunscrição sendo o que é e o que não é. Quando fala compartilhamento, rede, substituir um modelo, ok, isso tá claro né? (L 138-141)		
Psi-Gestão					Mas, eu acho que isso não circunscreve a coisa. Assim, não dá pra gente identificar na prática o que é e o que não é. Eu acho que isso não tá muito claro. A gente vê experimentos, experiências ou ações e... (L 141-143)	
Psi- Interior CAPS				É um dispositivo confuso. (L 144)		
Psi-Gestão				Eu acho é, que não tem como a gente dizer isso é ou isso não é. (L 145 - 146)		
Enf. Res.						Você acha que isso acontece porque os limites não estão definidos? (L 147-148)
Psi – NASI						É? (L 149)

Apêndice B – Mapas dialógicos: Primeira parte da Oficina

(continuação)

Quem falou	Entre profissionais	Em si mesmo	Usuário	Modelo proposto	Teoria x prática/ prática	Oficina
Psi-Gestão				Porque não tem uma definição assim, uma circunscrição, uma coisa que eu possa dizer por exemplo, isso não é matriciamento, isso é matriciamento. (L 150-152)		
Psi-Gestão					Sendo que aí tem o NASF que vai no posto de saúde e faz uma dinâmica lá com o pessoal do posto e tal, aí fazem aquele negócio, aí vão falar do usuário. Isso é matriciamento e isso não é? (L 152-154).	
Enf. Res.						Você acha que muitas vezes assim o efeito que se pretende é esse [em relação ao painel], mas a forma que se alcança isso varia de tal forma que não fica claro o que tá sendo ou não o matriciamento? (L 155-157)

Apêndice B – Mapas dialógicos: Primeira parte da Oficina

(continuação)

Quem falou	Entre profissionais	Em si mesmo	Usuário	Modelo proposto	Teoria x prática/ prática	Oficina
Psi-Gestão				Também. Eu acho que são coisas etéreas ainda assim, são coisas que tão em torno de algo que a gente não sabe muito bem. Eu falo é... compartilhamento, é... rede, superar o modelo, apoio e tal, acho que são coisas que tão ao redor de algo. Esse algo não tá muito bem definido, não tá muito claro. (L 158 – 161)		
Psi-Gestão					Aí na hora de passar pra prática, fica solto. A gente não consegue ter uma prática de fazer matriciamento: é assim que se faz, é desse jeito, é assim que se faz, é assim que não se faz. Esses limites, esses delineamentos, eu acho que não tão claros. Daí vem a dificuldade de pôr em prática. (L 161-165)	
AS – Gestão				É que na verdade não exige esse ponto de afetividade. Seria de aproximação com o sujeito, das equipes e de responsabilidade e de comprometimento muito maior. (L 166 – 168)		

Apêndice B – Mapas dialógicos: Primeira parte da Oficina

(continuação)

Quem falou	Entre profissionais	Em si mesmo	Usuário	Modelo proposto	Teoria x prática/ prática	Oficina
AS – Gestão					A gente é, eu imagino que as ações são muito mais superficiais, as pessoas passam de uma forma muito superficial muitas vezes pelos serviços. A Estratégia que deveria ter uma aproximação maior, mas, as pessoas passam de forma muito superficial e aí a ação de apoio, de matriciamento vê ela exige muito mais de cuidado, de um olhar mais aproximado, dessa aproximação, que pode ser afetiva, mas eu acho que a responsabilidade e compromisso já pontuam um pouquinho disso, entendeu. (L 168-174)	
AS – Gestão		Se vc tem isso, se você assume esse compromisso e essa responsabilidade diante daquilo, numa ação que esteja voltada a tudo isso que a gente falou, pelo menos já dá um passo adiante em relação a uma mudança. (L 174 – 176)				

Apêndice B – Mapas dialógicos: Primeira parte da Oficina

(continuação)

Quem falou	Entre profissionais	Em si mesmo	Usuário	Modelo proposto	Teoria x prática/ prática	Oficina
					Eu acho que a experiência que tenho de onde do lugar que a gente tá agora que é a gestão. E na experiência que a gente teve em Maceió [projeto piloto] e muita gente viveu é que isso ainda é muito incipiente. (L 176-178)	
AS – Gestão					A gente não tem na verdade, eu não enxergo esse apoio efetivo, seja que a gente não sabe como, ou que a gente não consegue. Acho que não tem ninguém do NASF aqui né? Não tem ninguém do NASF de Maceió aqui que poderia de repente compartilhar um pouco como tá sendo isso, mas eu não enxergo, além da experiência que a gente viveu [projeto piloto] e como isso se dá na prática realmente. Foi muito pequena o que a gente viveu né. A experiência que a gente teve e que é uma avaliação que ela é positiva, mas ao mesmo tempo traz mais desafios do que respostas. Como é que se faz o apoio e tal. (L 178-185)	

Apêndice B – Mapas dialógicos: Primeira parte da Oficina

(continuação)

Quem falou	Entre profissionais	Em si mesmo	Usuário	Modelo proposto	Teoria x prática/ prática	Oficina
				Mas, eu penso que precisa até porque é uma ação de muita responsabilidade porque sem isso a gente não consegue, não dá pra enxergar o sujeito de forma superficial senão a gente não faz, nem a equipe de apoio, nem a equipe de referência consegue fazer o trabalho né. (L 185-188)		
AS - AB					Eu acho também que assim que o apoio matricial que exige na prática do dia a dia das equipes, dos profissionais, (L 189-190)	
AS - AB			é a questão do sujeito enquanto sua autonomia mesmo de escolha, de tá ali naquele meio também construindo, eu acho que isso é um desafio. (L 190-192)			
					Assim a gente, tive a oportunidade da questão do apoio matricial, o projeto piloto e tudo, (L 192-193)	

Apêndice B – Mapas dialógicos: Primeira parte da Oficina

(continuação)

Quem falou	Entre profissionais	Em si mesmo	Usuário	Modelo proposto	Teoria x prática/ prática	Oficina
AS - AB			e assim enquanto o sujeito ele passa a ter voz e passa escutá-lo e muitas vezes a gente quer as coisas muito prontinhas, direcionar como ele deve seguir e pra onde ele deve ir, e isso foi um momento pra equipe de despertar, “poxa, mas ele tem a autonomia dele, ele tem escolha”, mas a gente tem que pensar as vezes que não é o que ele quer. (L 193-197)			
AS - AB				Realmente concordo que é algo novo, novo pra equipe, novo pra quem for fazer o matriciamento junto com a gente, (L 197-198)		
AS - AB			mas assim acho que existe um compromisso, um respeito mesmo com o usuário, com o sujeito que ele tem uma autonomia ali que muitas vezes a gente não respeita. (L 198-200)			

Apêndice B – Mapas dialógicos: Primeira parte da Oficina

(continuação)

Quem falou	Entre profissionais	Em si mesmo	Usuário	Modelo proposto	Teoria x prática/ prática	Oficina
Psi-Residente				Eu acho que é... esses limites de fato não tão bem colocados, mas eu também não sei até que ponto a gente vai conseguir alcançar uma delimitação do que é apoio matricial e do que não é apoio matricial. (L 201-203)		
Psi-Residente	Quando eu penso em apoio matricial foi uma palavra que eu não coloquei, mas alguém colocou que tem tudo a ver com o inter e trans, com a questão dos diferentes profissionais se envolvendo né? (L 203-206)					

Apêndice B – Mapas dialógicos: Primeira parte da Oficina

(continuação)

Quem falou	Entre profissionais	Em si mesmo	Usuário	Modelo proposto	Teoria x prática/ prática	Oficina
Psi-Residente		E aí isso faz pensar a formação, que a gente teve formações muito diferentes, aí entra a questão dos afetos, que eu acho que são super importantes pra pensar essa questão da interdisciplinaridade, se não houver disponibilidade, se não houver o respeito pela diferença que aquele profissional foi formado de uma forma que eu não fui, então a gente tem que aprender a lidar com isso pra se integrar e conseguir de fato fazer o apoio matricial funcionar. (L 206-211)				
Psi-Residente				Então, eu não sei até que ponto esses limites são possíveis de serem colocados. Acho que é um movimento muito novo, (L 211-212).		

Apêndice B – Mapas dialógicos: Primeira parte da Oficina

(continuação)

Quem falou	Entre profissionais	Em si mesmo	Usuário	Modelo proposto	Teoria x prática/ prática	Oficina
Psi-Residente		Eu tô na residência e tenho acompanhado e já acompanhei algumas experiências de NASF e de outros NASFs e tô acompanhando um agora e a percepção que eu tenho é que a gente tá aprendendo a fazer. Ninguém sabe muito bem... (L 212-215)				
Psi - AB					Aprender fazendo. (L 216)	
Psi-Residente					É. Aprender fazendo, exatamente. (L 217)	
Psi- Interior CAPS				É um desafio né? (L 218)		
Psi- Interior CAPS		Por exemplo, essa questão mesmo que a gente vem de uma formação disciplinar né? (L 219-220)				
Psi- Interior CAPS				A universidade ela é um modelo disciplinar, aí quando a gente vai pra um modelo interdisciplinar (L 220-221)		

Apêndice B – Mapas dialógicos: Primeira parte da Oficina

(continuação)

Quem falou	Entre profissionais	Em si mesmo	Usuário	Modelo proposto	Teoria x prática/ prática	Oficina
Psi-Interior CAPS					e aí as vezes na nossa própria equipe isso já é tão difícil às vezes de ser conversado. Imagine você diante de outra equipe né? Tipo já não atua e tal, aí de repente lá também é outras disciplinas, outras vezes e outro serviço, você tem que conhecer o serviço também. (L 222-224)	
Psi-Interior CAPS				Então assim, é um desafio né? [ri] Eu acho que é um desafio aí pra gente tentar ver como a gente faz. (L 224-226)		
AS-Gestão					É um espaço de conflitos. (L 227)	
Psi-Interior CAPS					Conflitos, hã ram. (L 228)	
AS-Gestão					É, porque a gente viveu isso nessa chegada [refere-se a chegada na UBS durante o projeto piloto]. Até porque nós éramos uma equipe de fora né? Aí a gente chega por mais que a gente tenha tido uma conversa inicial, chega com uma expectativa diferente, quem tá recebendo tá achando outra coisa do que vai ser feito, isso ficou muito evidente. (L 229 – 232)	

Apêndice B – Mapas dialógicos: Primeira parte da Oficina

(continuação)

Quem falou	Entre profissionais	Em si mesmo	Usuário	Modelo proposto	Teoria x prática/ prática	Oficina
AS-Gestão	É um espaço de conflitos entre as categorias, entre as disciplinas, é um espaço onde se evidencia as correlações de força daquela profissão ser mais do que as outras, é um espaço de diálogo onde isso muitas vezes é colocado em xeque. (L 232-235)					
AS-Gestão					Porque você ali na verdade naquela discussão sobre aquele caso, não tem ninguém que sabe mais do que outro desde o agente comunitário até o médico da unidade precisa ser escutado para que seja defendido em conjunto (L 235-238).	
AS-Gestão			qual é a estratégia que vai ser pensada pra aquele sujeito que até então não está ali porque a gente não chegou nesse ponto (L 238-239) .			
AS-Gestão					Na verdade, a gente discutiu as coisas muitas vezes sem essa figura né? [pergunta a AS-AB] (L 239-240)	
AS- AB						Isso. (L 241)

Apêndice B – Mapas dialógicos: Primeira parte da Oficina

(continuação)

Quem falou	Entre profissionais	Em si mesmo	Usuário	Modelo proposto	Teoria x prática/ prática	Oficina
AS-Gestão					Mas que esse espaço de conflito ele foi bastante presente na experiência que a gente teve. (L 242-243)	
AS-Gestão					Na equipe multiprofissional falava “Não! eu acho! Eu atendo, eu acho que é isso e pronto”. E não dava abertura e aí outras coisas que eles colocavam e esse conflito ocorreu. (L 243-245)	
Psi-Residente		Eu acho que mais que um conflito entre as disciplinas, tem o conflito... Eu vou trazer um pouco da minha experiência por exemplo (L 246-248)				

Apêndice B – Mapas dialógicos: Primeira parte da Oficina

(continuação)

Quem falou	Entre profissionais	Em si mesmo	Usuário	Modelo proposto	Teoria x prática/ prática	Oficina
Psi-Residente					é muito difícil conseguir enxergar a atuação da psicologia nesse espaço, eu acho que enquanto disciplinas nem a gente sabe direito como fazer isso. Então, existe uma dificuldade das disciplinas se relacionarem entre si e de compreenderem o papel delas ali né? Ser psicólogo no NASF é fazer o quê? Eu faço atendimento individual ou não faço? Eu faço psicoterapia ou não faço? Então, acho que também existe muito isso... (L 248-252)	
Educadora Física – CAPS					Essa discussão também aconteceu no grupo do whatsapp [refere-se ao grupo intitulado Atenção Psicossocial – AL o qual foi criado com o intuito que profissionais de saúde pudessem dialogar sobre o rede de Atenção Psicossocial] que estávamos falando sobre campo e núcleo, (L 253-255)	
Educadora Física – CAPS		eu achei interessante a fala do [Psi- CAPS Interior] inicial quando ele fala de subjetividade. (L 255-256)				

Apêndice B – Mapas dialógicos: Primeira parte da Oficina

(continuação)

Quem falou	Entre profissionais	Em si mesmo	Usuário	Modelo proposto	Teoria x prática/ prática	Oficina
Educadora Física – CAPS					Eu acho que esse conflito né e essa confusão se reflete, se refletiu na nossa experiência em Maceió [projeto piloto]. (L 256-257)	
Educadora Física – CAPS		Ela vem dessa subjetividade, desse significado desses sentimentos que são provocados desde os modelos mesmo. (L 257-259)				
Educadora Física – CAPS					acho que entre os profissionais né até quando a gente foi convocada a participar do projeto né. Esses conflitos... muita gente tem o discurso de que acha que o matricimanto é compartilhar, que a gente deve compartilhar mas a prática é totalmente diferente. (L 259-262)	
Educadora Física – CAPS		Compartilhar eu acho que para cada um de nós, é uma coisa que já é difícil né, a gente tem algumas defesas, a gente não quer compartilhar a nossa vida com o outro, a gente se defende um pouco. (L 262-264)				

Apêndice B – Mapas dialógicos: Primeira parte da Oficina

(continuação)

Quem falou	Entre profissionais	Em si mesmo	Usuário	Modelo proposto	Teoria x prática/ prática	Oficina
Educadora Física – CAPS					E eu vejo isso muito assim na nossa prática, na prática dos profissionais, (L 265-265)	
Educadora Física – CAPS				uma defesa né de uma estratégia [apoio matricial] que veio pra mudar o modelo de como cuidar né , a gente cuida do outro encaminhando, e não, agora a gente não cuida encaminhando, a gente cuida trazendo pra gente, a gente traz de verdade, a gente traz até aqui né e não traz mais. (L 265-268)		

Apêndice B – Mapas dialógicos: Primeira parte da Oficina

(continuação)

Quem falou	Entre profissionais	Em si mesmo	Usuário	Modelo proposto	Teoria x prática/ prática	Oficina
Educadora Física – CAPS					Eu acho assim, que na nossa prática esses limites que o Psi-Gestão falou, com relação a eles não existirem, acho que eles não existem em vários aspectos, desse campo né que a gente tá atuando e que vai realmente tendo que delimitar algumas coisas, porque fica mais confuso quando a gente.... Você não sabe exatamente o que fazer, aquelas tecnologias que a gente viu de como cuidar do outro né, todo mundo foi lá e passou, mas assim não tem, eu não sinto uma intimidade, uma afetividade das pessoas com isso, não é uma prática é, não sei, que as pessoas fiquem a vontade de fazer. (L 268-274)	
Psi- AB		Eu fiquei pensando a minha prática, eu até falei pra Renata: Renata, eu nunca escutei essa palavra Apoio Matricial. (L 275-276)				
Psi- AB					Então assim, é uma coisa que tá um pouco longe da gente que tá na ponta, na Unidade de Saúde Básica, (L 277-276)	

Apêndice B – Mapas dialógicos: Primeira parte da Oficina

(continuação)

Quem falou	Entre profissionais	Em si mesmo	Usuário	Modelo proposto	Teoria x prática/ prática	Oficina
Psi- AB		a minha não é PSF então a gente é de demanda e eu como trabalho no [Hospital do Estado] também, então assim, eu acho eu fiquei assim “Ai meu deus eu sou um ET [risos] todo mundo tá falando e eu não sei o que é”. E antes de começar eu peguei [indica para uma cartilha de humanização que estava em cima da carteira que não estava na roda] e fui ver o que era “Ah, é isso”, (L 278-282)				
Psi- AB				então assim, eu acho que como é tudo é muito novo, a gente precisa abrir discussões, nos centros, nas unidades, nos hospitais pra gente poder se apropriar disso. (L 282-283)		
Psi- AB						Vocês que tão, estão sentindo necessidade de se apropriar de saber o que é, imagina quem nunca teve. (L 284-285)
Psi- AB				Então, eu acho que a gente precisa caminhar muito ainda no apoio (L 285).		

Apêndice B – Mapas dialógicos: Primeira parte da Oficina

(conclusão)

Quem falou	Entre profissionais	Em si mesmo	Usuário	Modelo proposto	Teoria x prática/ prática	Oficina
Psi- AB					Principalmente eu que encaminho muito no hospital. A nossa prática ... [Psi-CAPS Interior interrompe] (L 286)	
Psi – CAPS Interior						Aquele seminário [evento realizado pelos coordenadores do projeto piloto com a temática do AM] que teve de matriciamento, foi o primeiro? Esse ano né? [pergunta a outros participantes que confirmam] o primeiro o foi esse ano né do estado? Do estado todo. (L 288-290)
Psi- AB						E nem todo mundo teve acesso né? (L 291)
Psi – CAPS Interior						E quem teve acesso saiu confuso. (L 292)
Psi- NASI						Vai ter um momento para falar da experiência? (L 294)

Apêndice C – Mapas Dialógicos: Segunda parte da Oficina

(continua)

Quem falou	Ação Conjunta (ação entre os profissionais, compartilhamento,	Tecnologias do modelo de AM (PTS, ação com o NASF, visita domiciliar, educação permanente, discussão de caso,	Projeto Piloto	Oficina
AS (Atenção Básica)		Bom eu coloquei escuta qualificada, eu acho que não é só escutar o usuário quando chega no atendimento, mas que você respeite o que ele traz, a religião, a forma como ele se expressa, eu acho que isso é importante, acho que o momento de parar para ouvir. Acho que o atendimento compartilhado, (L – 328-330)		
AS (Atenção Básica)	é algo que eu venho tentando lá na unidade, por exemplo, faço um atendimento e aí pergunto se alguém gostaria em outro momento que eu chegasse junto com o psicólogo, com alguém do NASF e quando o usuário não aceita tem outro momento que aquilo pode ser compartilhado com outros profissionais (L 331-334).			
AS (Atenção Básica)		Visita domiciliar (L 334)		
AS (Atenção Básica)	também a gente tem feito esse movimento e fazer visita com outros profissionais. (L 334-335)			
AS (Atenção Básica)		O NASF realmente é uma figura que realmente tem isso muito forte e mesmo assim, a gente sempre pergunta ao usuário se quer mesmo receber outros profissionais em sua casa, na visita (L 335- 337).		
AS (Atenção Básica)		E a necessidade de se fazer o PTS, (L 338)		

Apêndice C – Mapas Dialógicos: Segunda parte da Oficina

(continuação)

Quem falou	Ação Conjunta (ação entre os profissionais, compartilhamento,	Tecnologias do modelo de AM (PTS, ação com o NASF, visita domiciliar, educação permanente, discussão de caso,	Projeto Piloto	Oficina
AS (Atenção Básica)	geralmente quando a equipe traz uma demanda que muitas vezes procura o serviço social, que quando a demanda é queixa alguns profissionais já absorvem aquilo como uma demanda dele, mas quando é uma demanda vê a figura do profissional do serviço social como aquele que vai conduzir, que vai caminhar, que vai resolver viu? (L 338-342).			
AS (Atenção Básica)			Então, estou fazendo aquele movimento de que a gente precisa parar, a gente precisa fazer, eu tô sempre fazendo referência ao projeto de experiência que a gente teve, do projeto piloto, (L 342-344)	
AS (Atenção Básica)		fazendo referência ao NASF que tem isso na sua essência a questão do matriciamento, a gente sentar, a equipe sentar e a gente fazer esse PTS. (L 345-346)		
AS (Atenção Básica)	Essas ações que venho fazendo dentro da Unidade de Saúde, que eu acho que pode ser um apoio matricial, mas discutir realmente e trazer isso enquanto compromisso. (L 346-348)			
C				E vocês tão desenvolvido isso né Eliana? (L 349)

Apêndice C – Mapas Dialógicos: Segunda parte da Oficina

(continuação)

Quem falou	Ação Conjunta (ação entre os profissionais, compartilhamento,	Tecnologias do modelo de AM (PTS, ação com o NASF, visita domiciliar, educação permanente, discussão de caso,	Projeto Piloto	Oficina
AS (Atenção Básica)				Isso, eu enquanto profissional fazendo esse movimento né, mas assim, a proposta do NASF de trazer o matriciamento, de dar continuidade ao momento que foi feito mas, realmente é desafiador, mas é algo que tá sendo sensibilizado novamente e vendo as pessoas que querem estar envolvidas mas essas são algumas ações que venho fazendo enquanto profissional dentro da equipe. (L 350 -354)
AS- Gestão			É, na verdade, como eu tô na gestão não tô tão próxima assim junto aos usuários né, então assim, eu coloquei que a participação no projeto de apoio matricial de saúde mental na atenção básica. E aí nesse projeto, (L 355-357)	
AS- Gestão		a discussão de caso, discussão de PTS e coloquei o processo de educação permanente em saúde, (L 358-359)		

Apêndice C – Mapas Dialógicos: Segunda parte da Oficina

(continuação)

Quem falou	Ação Conjunta (ação entre os profissionais, compartilhamento,	Tecnologias do modelo de AM (PTS, ação com o NASF, visita domiciliar, educação permanente, discussão de caso,	Projeto Piloto	Oficina
AS- Gestão	porque na verdade o espaço de matriciamento também é um espaço pedagógico, acho que isso foi uma das coisas que percebi, como é um espaço de troca e permuta de saberes ele termina sendo um espaço pedagógico. E coloquei especificamente a participação, no caso da gestão, eu fiquei aqui tentando ver o que seria isso porque assim existe uma exigência, a gente termina fazendo o papel de apoiador no incentivo à prática do apoio nos serviços, seja indo ao NASF, a gente já teve uma discussão de construção de novas equipes, a gente sempre tá valorizando isso e recorrendo a esse... a esse... pedindo pra que os serviços recorram a esse apoio no caso aos CAPS porque ele também tem esse papel de matriciador, então assim, a gente trabalha no sentido de estimular que isso ocorra. (L 359-368)			
C				Como gestão seria estimular que as equipes... (L 369)

Apêndice C – Mapas Dialógicos: Segunda parte da Oficina

(continuação)

Quem falou	Ação Conjunta (ação entre os profissionais, compartilhamento,	Tecnologias do modelo de AM (PTS, ação com o NASF, visita domiciliar, educação permanente, discussão de caso,	Projeto Piloto	Oficina
AS- Gestão				Isso! Isso tudo seria nesse sentido, no caso, de tá levando essa discussão para as equipes nos CAPS, nos NASF que é onde a gente tem tentado fazer isso. Não é uma coisa tão fácil, porque mesmo quem está dentro do NASF hoje tá se construindo e se consolidando o fazer, mesmo sendo essencialmente matriciador isso ainda tá se construindo e no CAPS isso também tá se construindo, mesmo estando na proposta do serviço, não é uma prática cotidiana tão presente. Então enquanto gestão seria atuar nessa mobilização. (L 370-376)
Psi – CAPS				De início, eu pensei em deixar a folha em branco, mas assim, tem algumas atividades que eu poderia pontuar. (L 377-378)
C				Mas por que você pensou em deixar em branco? Conte. (L 379)
Psi – CAPS				Curiosa! Vai ficar sem resposta. (L 380) [Todos riem]

Apêndice C – Mapas Dialógicos: Segunda parte da Oficina

(continuação)

Quem falou	Ação Conjunta (ação entre os profissionais, compartilhamento,	Tecnologias do modelo de AM (PTS, ação com o NASF, visita domiciliar, educação permanente, discussão de caso,	Projeto Piloto	Oficina
Psi – CAPS	<p>Mas assim, teve algumas coisas que foram fortes pra mim no trabalho (...)foi justamente uma visita que eu fui fazer junto com a equipe do CAPS a um rapaz que ia ser internado involuntariamente. Nessa visita, quando a gente saiu tinha uma jovem, uma adolescente que a mãe tava gritando na rua e o carro do conselho tutelar tava pra pegar essa adolescente. (...)E aí a gente disse “Mas rapaz que situação, essa menina sendo exposta, a rua cheia né” Aí chamamos a menina que a gente conhecia e falamos “Vamos lá pro CAPS, lá a gente conversa”. Aí a gente chamou essa menina, o conselho tutelar foi junto com a gente, e a mãe da menina foi que tava gritando foi junto no carro do conselho, a gente foi com a menina na van porque a menina disse que não ia com a mãe de jeito nenhum, mas ia com a gente, mesmo sem se conhecer. Aí foram as duas com a gente. Aí chegou no CAPS, a gente fez aquela reunião, aí eu conversei com a menina, depois com a mãe, depois com todo mundo junto com o conselho tutelar “Como a gente resolve essa situação? ”. Aí depois a gente foi no CREAS entendeu, então, aí a gente tentou ver quais eram os dispositivos que a gente poderia fazer para ajudar a situação daquela jovem, (...)Mas foi muito bacana essa experiência, que eu avaliaria e colocaria como no modelo de matriciamento. E uma visita domiciliar que eu fiz né, junto com a equipe do CAPS e a equipe do outro CAPS, que a gente tava numa festa do outro CAPS, foi levar uma</p>			

	<p>usuária através do outro CAPS aí quando chegou lá disseram assim “Olha tem uma usuária que tá em surto, a coordenadora do outro CAPS disse, mas a gente tá aqui sem psicólogo sem quase ninguém pra ir”, aí a gente disse: não, a gente vai. mas, é capaz dela me colocar pra fora porque eu não conheço a paciente, mas vamos lá”. Aí quando a gente foi, foi muito bom, muito bom (...)aí conversamos muito, tanto a usuária do outro CAPS como a coordenadora do outro CAPS, como a equipe da gente, conversamos, partilhamos, buscamos uns caminhos que poderia, traçamos caminhos juntos entendeu (...) e aí quando a gente saiu e tal, a situação parece que foi algo leve pra mim nesse sentido, e uma vivência muito bacana. (L 381- 414)</p>			
Psi – CAPS				<p>E por último, por exemplo eu coloquei a primeira, mas vai ser a última, foi a primeira que eu pensei, mas agora é a última, talvez pela discussão e pelo fato de você pedir pra gente pensar numa atividade fez que viesse outros, (L 414-416)</p>

Apêndice C – Mapas Dialógicos: Segunda parte da Oficina

(continuação)

Quem falou	Ação Conjunta (ação entre os profissionais, compartilhamento,	Tecnologias do modelo de AM (PTS, ação com o NASF, visita domiciliar, educação permanente, discussão de caso,	Projeto Piloto	Oficina
Psi – CAPS	(...) e aí foi num dia que, logo assim que cheguei no trabalho eu disse “Vamos aumentar essa rede, não dá pra trabalhar sozinho, quem já viu”. Aí eu fui no NASF, fui num sei aonde, fui no CRAS e tudo, pra todo mundo se juntar pra gente conversar sobre isso. Aí como vai fazer? Vamos fazer uma roda de conversa. O que você tá passando no seu trabalho? E o que o CAPS ad pode fazer pra ajudar nisso? Como é que você atende a demanda desses usuários que usam drogas e o que a gente pode fazer pra ajudar vocês? Aí era essa conversa, então fizemos ainda três encontros e aí, depois do terceiro encontro ficou um pouco pesado pra gente tá sempre promovendo, sempre promovendo e aí a gente disse assim “olha a equipe tal vai ficar responsável de fazer lá e a gente vai pra lá, vamos começar a sair, não ficar só no CAPS, vamos sair do CAPS”. (L 416-426)			
C				Quem mais gostaria de compartilhar? (L 431)
Psi – Gestão			Eu coloquei duas experiências, uma é o projeto piloto que a gente fez né, que aí eu acho que caracterizou o matriciamento é essa, não só a troca de experiências, não, mas assim, essa troca de levar tecnologia, levar modos de fazer, levar expertise dos profissionais para aquela unidade pra que a gente possa dar novos rumos, novas condições, novos direcionamentos para os casos de saúde mental que as equipes de	

atenção básica tem uma dificuldade de lidar.
(L 432-437)

Apêndice C – Mapas Dialógicos: Segunda parte da Oficina

(continuação)

Quem falou	Ação Conjunta (ação entre os profissionais, compartilhamento,	Tecnologias do modelo de AM (PTS, ação com o NASF, visita domiciliar, educação permanente, discussão de caso,	Projeto Piloto	Oficina
Psi – Gestão	E a outra, foi uma experiência muito legal que eu tive junto com o CREAS, o CREAS daqui de Maceió, que o CREAS recebeu uma denúncia de violência contra uma senhora que tinha transtorno mental e aí, inicialmente, a ideia do CREAS era encaminhar pro CAPS né, tava sendo negligenciada porque tinha transtorno mental, logo ela tinha que ser tratada pelo CAPS e tal. E aí, a gente chamou o CREAS pra discutir o caso né, pra trabalhar junto, e aí foi muito interessante que a gente levou pro CREAS o modelo de PTS, a gente construiu o PTS em saúde mental, e a equipe do CREAS, conversamos, discutimos o caso, abrimos o caso, e eu acho que foi uma experiência muito interessante que a gente trocou, experiência não é a palavra certa, experiência não é uma coisa que bate bem [Márcio ri], mas assim, trocou experiência profissional, trocou expertise, trocou tecnologias, dispositivos, ferramentas, isso eu acho que foi o mais interessante, e foi fundamental inclusive pra abrir o caso, se o caso tivesse sido encaminhado pro CAPS, o CAPS não teria condições de dar aquela senhora o atendimento ou encaminhamento que ela teve do trabalho em conjunto, nem o CREAS e nem o CAPS e a gente não conseguiria fazer independentes um dos outros,			

	nem que somasse as ações do CAPS e as ações do CREAS não daria o mesmo resultado. Então, acho que foi muito bacana essa experiência, que eu acho que a característica de apoio matricial é essa, esse intercâmbio de ferramentas. (L 437-454)			
--	---	--	--	--

Apêndice C – Mapas Dialógicos: Segunda parte da Oficina

(continuação)

Quem falou	Ação Conjunta (ação entre os profissionais, compartilhamento,	Tecnologias do modelo de AM (PTS, ação com o NASF, visita domiciliar, educação permanente, discussão de caso,	Projeto Piloto	Oficina
Educadora Física (CAPS)			Eu coloquei algumas experiências que a gente teve dentro do projeto piloto. (...) Então, foi uma experiência inicial, todo mundo aprendendo junto e discutindo não só as tecnologias, mas as confusões né e as peculiaridades de cada unidade e de cada equipe junto. Então, a gente compartilhava entre nós e depois íamos na unidade (...) Aí por isso que a gente tava referenciando muito o projeto piloto porque pra maioria acho que é a única experiência efetiva. (L 473-477)	
Educadora Física (CAPS)		Quando eu coloquei aqui, eu realmente pontuei umas experiências que foram feitas naquele momento, uma foi as discussões de caso né com a equipe de referência que é a equipe da unidade básica, do PSF, e nós que éramos da equipe de apoio matricial a gente começou a fomentar essa discussão de casos, (L 477-480)		

Apêndice C – Mapas Dialógicos: Segunda parte da Oficina

(continuação)

Quem falou	Ação Conjunta (ação entre os profissionais, compartilhamento,	Tecnologias do modelo de AM (PTS, ação com o NASF, visita domiciliar, educação permanente, discussão de caso,	Projeto Piloto	Oficina
Educadora Física (CAPS)	quando a gente chegou, eles não tinham essa perspectiva né, que a gente ia falar sobre um determinado caso e eles achavam que a gente ia resolver os problemas da unidade ou que íamos atender individualmente aquelas pessoas que eles tinham ou com o diagnóstico de algum transtorno mental ou então como prováveis pessoas, prováveis pacientes CAPS. Mas aí quando a gente começou a dizer que a gente queria discutir os casos que aqueles olhares diferentes ia enriquecer como eles mesmos iam lidar. Tinham muitos agentes de saúde na unidade que onde eu tava, então os agentes tinham essa resistência e a gente percebeu com o decorrer dessa experiência que eles já faziam daquela discussão de um caso uma referência de como eles podiam fazer um outro, e eles não chegavam às vezes a discutir conosco, mas já traziam algum elemento novo para um outro caso que não foi discutido em equipe, mas que a partir daquela experiência eles aprenderam a discutir entre eles. A segunda experiência foi a participação da gente na construção do mapa do território, essa unidade fez uma construção né, um determinado dia daquele mapa do território né com dispositivos intersetoriais de saúde, e nós como equipe de apoio matricial a gente foi convidado e a gente conseguiu não só conhecer um pouco mais daquele território que é um pouco distante da nossa unidade, mas interagir mesmo, ver que eles tinham um olhar que a escola podia participar junto, não precisava fazer um grupo de alfabetização, tinha que			

<p>levar o pessoal pra lá pra escola. Eu acho que foi uma experiência muito rica pra gente e pra eles. E a última foi a participação no planejamento, a gente tava lá no momento de planejamento da unidade e eles não conseguiam enxergar que ações tinham um componente de saúde mental e aí a gente conseguiu criar um diálogo sobre isso, que a visita né tem esse componente de você cuidar da saúde mental do outro, que a conversa, que a escuta qualificada de você estar atento realmente aquela demanda também são ações de saúde mental dentro da unidade, então a nossa participação no planejamento pelo que eles disseram clareou um pouco que a gente faz saúde mental todos os dias né, acho que essa discussão foi muito rica e não foi exatamente uma discussão, a gente tava ali vivendo o planejamento e eles trocaram isso conosco. É isso. (L 481-507)</p>			
--	--	--	--

Apêndice C – Mapas Dialógicos: Segunda parte da Oficina

(continuação)

Quem falou	Ação Conjunta (ação entre os profissionais, compartilhamento,	Tecnologias do modelo de AM (PTS, ação com o NASF, visita domiciliar, educação permanente, discussão de caso,	Projeto Piloto	Oficina
C				Quem mais? (L 508)
Psi (AB e Hospital)				Aí eu fui como eu falei né de início, pra gente isso é muito novo principalmente pra gente que tá na ponta, que não é NASF e não participamos do projeto então, meu olhar é meio diferente de todo mundo aqui. (L 509-511)
C				Mas eu pensei justamente nisso ... (L 512)
Psi (Atenção Básica e Hospital)		Aí eu fui ver dentro da minha vivência o que se aproximava do apoio matricial, aí eu fui lá para o Hospital, (...) lembrei dos encaminhamentos, dos encaminhamentos que a gente faz para rede municipal, então o paciente chega não pode ficar comigo, só passa por um único atendimento e dali a gente tem que encaminhar, encaminhar pra próximo da casa dele, pra um lugar que tenha psicólogo ou psiquiatra ou que seja um CAPS próximo da casa dele, só que isso ficando lá, a gente não sabe se esse paciente foi, a gente não sabe, então a gente fica meio que perdido. (L 513-520)		
Psi (Atenção Básica e Hospital)				Isso é o que a gente faz lá viu gente? Se é ou se não é, eu não sei, mas é o que a gente faz. (L 520-521)

Apêndice C – Mapas Dialógicos: Segunda parte da Oficina

(continuação)

Quem falou	Ação Conjunta (ação entre os profissionais, compartilhamento,	Tecnologias do modelo de AM (PTS, ação com o NASF, visita domiciliar, educação permanente, discussão de caso,	Projeto Piloto	Oficina
Psi (Atenção Básica e Hospital)		<p>E os encaminhamentos pro CAVIDA que é o serviço de suicídio né, que a gente tem aqui. No CAVIDA já tem um documento que a gente preenche, que fica lá que depois tem como a gente saber se esse paciente foi, se esse paciente tá em atendimento, esse é o único instrumento no HGE que eu vejo. Lógico que a gente tem discussão de caso entre equipe, mas assim, mas é uma ideia da educação permanente discutir, e não referente a um determinado paciente, não, a gente precisa andar muito pra pensar uma interdisciplinaridade dentro do hospital, lá da minha realidade. Aí fui pra UBS, pra unidade de saúde, e disse o que é que a gente faz lá que é isso. Aí a gente volta pros encaminhamentos, porque assim eu atendo, tenho consultório lá, faço psicoterapia, só que eu não dou conta de tudo e a gente não dá. Então assim, tem serviços que eu tenho que encaminhar, então pro um CAPS a gente né precisa encaminhar quando o paciente tem sofrimento psíquico ou seja, tem algum distúrbio né que precisa, a gente encaminha pro CAPS, e eu Patrícia o que é que eu faço? Eu ligo pro CAPS que é do sétimo distrito e tento ficar em contato pra saber se a pessoa foi, pra saber se ela tá em acompanhamento, às vezes é pro AD também que a gente encaminha algumas vezes, eu tento dar essa ligada, saber, é</p>		

		isso que eu na minha... Lógico que a gente discute caso, algumas vezes a gente faz visita domiciliar também mas meio que a gente faz sem saber o que, tá entendendo, a gente não sabe, faz porque enfim né... a gente tem uma responsabilização, eu acho que é isso que a gente tem a gente tem que se responsabilizar pelo outro. É mais ou menos isso, certo? (L 520-541)		
Psi (Residente)			Bom, eu coloquei ações que eu considero foram de apoio matricial que aconteceram tanto quando eu participei do projeto piloto (L 541- 543)	
Psi (Residente)		quanto da residência porque lá a gente atua enquanto NASF. (L 543)		
Psi (Residente)		(...) A discussão de casos com a equipe de referência (L 548-549)		
Psi (Residente)			que a gente chegou a fazer quando eu tava no projeto, na residência a gente ainda não conseguiu fazer isso, mas no projeto eu tive essa vivência e eu acredito que seja uma vivência de apoio matricial. (L 549-551)	
Psi (Residente)		A construção de PTS (L 551)		
Psi (Residente)			que na residência a gente constrói mas ainda também não conseguiu integrar a equipe pra de fato participar dessa construção, eu tive mais essa experiência mais no projeto (L 551-553)	
Psi (Residente)		O atendimento integrado (L 553)		
Psi (Residente)			que é uma vivência que eu tenho tanto na residência quanto do projeto piloto. (L 554)	

Apêndice C – Mapas Dialógicos: Segunda parte da Oficina

(continuação)

Quem falou	Ação Conjunta (ação entre os profissionais, compartilhamento,	Tecnologias do modelo de AM (PTS, ação com o NASF, visita domiciliar, educação permanente, discussão de caso,	Projeto Piloto	Oficina
Psi (Residente)		O planejamento das ações nos serviços porque em geral, a atuação do NASF é muito fragmentada né, o NASF vai pro serviço pra fazer o grupo, NASF vai pro serviço pra fazer sala de espera e é o NASF que faz e não dialoga com a equipe porque não há um planejamento né. É tipo vai ter ação tal dia e o NASF vai lá e faz, então é tudo muito separado. (L 555-558)		
Psi (Residente)	A gente já tem conseguido avançar um pouco nesse sentindo de planejar junto com a equipe do serviço pra que aconteça uma participação dos profissionais dos serviços também. Coloquei diálogos em momentos não planejados com os profissionais da equipe que aí eu acho que entra um pouco no que Rebeca trouxe da educação permanente, nem sempre a gente tem o espaço da discussão de caso... é a gente consegue parar pra discutir caso em um momento específico, mas só o fato de conseguir fazer uma visita com o agente de saúde, acompanhando o médico e depois a gente sentar pra conversar 10 minutos que seja eu acho que já é um ganho muito grande, eu acho que isso já é apoio matricial porque já é uma relação de troca entre os profissionais que eles estão compartilhando os saberes né? Estão fazendo o suporte técnico-pedagógico que a gente tanto fala. (L 555-568)			
Psi (Residente)		As discussões com a equipe sobre os processos de trabalho, eu botei discussões, (L 568-569)		

Apêndice C – Mapas Dialógicos: Segunda parte da Oficina

(continuação)

Quem falou	Ação Conjunta (ação entre os profissionais, compartilhamento,	Tecnologias do modelo de AM (PTS, ação com o NASF, visita domiciliar, educação permanente, discussão de caso,	Projeto Piloto	Oficina
Psi (Residente)			mas foi um momento muito específico que eu tive essa vivência no projeto piloto, houve um momento que a gente conseguiu sentar com a equipe e pensar a própria inserção da equipe matricial no serviço né, como isso tá se dando, o que tá sendo bom e o que não tá sendo, então, essa discussão foi bem interessante. (L 568-573)	
Psi (Residente)	E a realização de atividades e ações em conjunto que é um pouco daquilo que eu falei né, fazer grupos, mas fazer grupos juntos com os profissionais do serviço, não é só o NASF que vai fazer. É isso. (L 573-575)			
C				Quem mais?
Psi (NASI)		Encontro entre as EMSI que é a Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena promovido pela coordenação. Ligação telefônica para a coordenadora da Atenção Psicossocial. Visita dos apoiadores de polo ao polo base que são as instituições de ponta, discussões de caso, desenvolvimento do PTS de fato com a presença da EMSI, família e paciente. Capacitações promovidas pela sede e reuniões da EMSI. (L 578-582)		

Apêndice C – Mapas Dialógicos: Segunda parte da Oficina

(continuação)

Quem falou	Ação Conjunta (ação entre os profissionais, compartilhamento,	Tecnologias do modelo de AM (PTS, ação com o NASF, visita domiciliar, educação permanente, discussão de caso,	Projeto Piloto	Oficina
Psi (NASI)				Então, vou compartilhar um pouquinho o que estou achando desse momento até. Uma sensação de um certo estranhamento. É...no final da primeira fala, da primeira parte, eu ia até perguntar pra vocês se de fato vocês sentiam ou achavam que tavam vivenciando a experiência do Apoio Matricial porque pra mim o apoio matricial a partir da minha vivência tão palpável, tão vivencial, tão concreto que a fala de vocês começou assim a causar um certo estranhamento de eu até o que será de fato, o que é apoio matricial [todos riem] pra mim aquilo tava tão certo que era apoio matricial sabe? (L 582-589)

Apêndice C – Mapas Dialógicos: Segunda parte da Oficina

(continuação)

Quem falou	Ação Conjunta (ação entre os profissionais, compartilhamento,	Tecnologias do modelo de AM (PTS, ação com o NASF, visita domiciliar, educação permanente, discussão de caso,	Projeto Piloto	Oficina
Psi (NASI)	<p>(...) pelo fato da população indígena ser menor do que a população não indígena, eu acho que a equipe até em nível nacional mesmo, a gente acaba tando mais agregado, mais junto então eu acho que talvez facilite um pouco a execução do Apoio Matricial. (...) Então, eu acho que isso facilita também muito mais assim a circulação, o diálogo porque... (...) Então assim, eu tô lá [LOCAL DE TRABALHO] com a minha equipe né, médico, enfermeiro, técnico, psicólogo, assistente social, uma equipe grande, (...) E tem a Sede, só que eu não me sinto longe da sede, que no caso a minha coordenadora da atenção psicossocial tá aqui na sede, então ela faz esse trabalho de apoio matricial com as equipes da ponta, do polo base né? (...)então é bem mais fácil pra gente se reunir, por exemplo, esses encontros que eu falo aqui, reunião com a nossa coordenadora daqui de atenção psicossocial conseguem promover um encontro entre as psicólogas e assistente sociais de Alagoas e Sergipe, que nós só somos 6, é muito bom, pra mim eu considero é um momento, uma atividade de apoio matricial, é? Né. É. A coordenação foi lá, convocou, a gente tá sentando, tá compartilhando né, tá dividindo ideias, angústias que trabalhar com a saúde indígena também é uma população de cobrança então assim, (...)é um momento de acolhimento, desabafo, compartilhar experiências e pra mim eu vejo como uma atividade de apoio matricial né. Uma simples ligação telefônica pra minha</p>			

<p>coordenadora, eu acho que essa questão da hierarquização né, eu acho bem complicado, eu acho que quando de fato tá de forma mais horizontal, acho que facilita as coisas, a princípio ela é minha coordenadora, mas assim, eu não vejo desse patamar né, do ponto vertical não, eu tenho uma ligação muito tranquila, muito boa com ela, então assim, às vezes eu tô numa situação um pouco angustiada, meio perdida, ligo pra ela pra minha coordenadora (...) Então, uma simples ligação telefônica, eu passo o caso pra ela, ela me dá o retorno, considero? Considero como uma atividade de apoio matricial. A gente também tem uma coisinha que são os apoiadores, os apoiadores de polo, o que é isso? Aqui na sede, cada profissional que trabalha na sede aqui em Maceió, ele vai ficar responsável, vai responder por um polo né? Então, tem profissional da sede que ele apoia o polo lá (...)A gente também tem uma coisinha que são os apoiadores, os apoiadores de polo, o que é isso? Aqui na sede, cada profissional que trabalha na sede aqui em Maceió, ele vai ficar responsável, vai responder por um polo né? Então, tem profissional da sede que ele apoia o polo lá (...)E também no caso a psicóloga e a assistente social da ponta, que não são todos os polos base que tem, a gente acaba funcionando como um NASI que é um NASF pra equipe básica, eu também por vezes acabo fazendo atividade de apoio matricial pra equipe, pra EMSI lá da gente sabe, chamando, enfim, pra discutir caso, eu agora eu tava conversando com a observadora que eu tenho estudado o caderno 34 da saúde mental porque eu quero promover uma roda de conversa com minha equipe sobre atenção psicossocial porque eu tô achando que eles enfim, tão meio ainda sem saber o que é, até</p>			
--	--	--	--

	pelo tipo de encaminhamento que às vezes chega pra mim, quando eu cheguei eu tive uma dificuldade muito grande que queriam me colocar só na parte de atendimento individual e pra eu conseguir sair desse lugar, quebrar com isso, foi muito, muito complicado. Então assim, nessa atividade que eu tô querendo promover, essa roda de conversa com a EMSI lá de Palmeira, sobre atenção psicossocial, também considero uma atividade de apoio matricial. Então assim, por isso que eu acho que a gente assim, pelo menos, na saúde indígena, a gente tem conseguido vivenciar de fato. (L 595- 656)			
				[CORTE NA TRANSCRIÇÃO]

Apêndice C – Mapas Dialógicos: Segunda parte da Oficina

(conclusão)

Quem falou	Ação Conjunta (ação entre os profissionais, compartilhamento,	Tecnologias do modelo de AM (PTS, ação com o NASF, visita domiciliar, educação permanente, discussão de caso,	Projeto Piloto	Oficina
Enf. (Residente)	Eu vou... devido essa dificuldade de estabelecimento de parâmetro [todos riem] eu vou tomar como referência experiências que possibilitem a troca de experiência profissional e essa troca de compartilhamento técnico-pedagógico, desde a minha formação, a minha experiência profissional tem sido vinculada sempre a universidades, eu não trabalhei na saúde fora de uma universidade, sempre foi atividades de projetos de universidades ou a residência. Então assim, a minha experiência de matriciamento digamos assim, vai ter em vista esse compartilhamento pedagógico. A residência em si mesmo eu tenho a oportunidade de estar em vários serviços, na			

<p>gestão e na universidade, então meu próprio espaço de atuação ele é privilegiado por possibilitar isso daí, então tem horas que eu represento a universidade quando tem uma troca de experiências no serviço que eu tô, pela minha experiência também de articulação com a gestão, tem aproximação que eu tenho com a gestão e com o serviço que eu posso possibilitar essa troca. Então eu acho que minha própria forma de trabalho por estar sempre em um ambiente de transição acaba sendo sempre uma troca de experiência e compartilhamento. Não tem como eu conceituar uma atividade, dizendo essa atividade em si tem o nome matriciamento, mas eu acho que essas trocas eu faço seja quando eu vou pra um serviço que tenha uma carência pedagógica, que devido meu vínculo com a universidade, a gente pode tentar suprir naquele momento. Houve alguns casos recentes por exemplo, a minha participação na gestão, me fez atuar um pouco no processo de desinstitucionalização, sendo que um desses pacientes que foi desinstitucionalizado, eu participo ao mesmo tempo da gestão quanto do CAPS onde ele fazia esse tipo de trabalho e como depois de outro CAPS quando ele pernoitava. Então assim, eu sempre tô nesse espaço de troca, e por ter uma diversidade muito grande de qual tipo de trabalho, que cada serviço tem um trabalho diferente, aí tem essa dificuldade de conceituar, mas aí tanto as consultas que eu faço junto com outros profissionais dessas áreas, quanto nas reuniões com os próprios serviços, do vínculo entre universidade e cada serviço, acaba se tornando uma troca de experiência (L 790- 816)</p>			
--	--	--	--

