



Avances en Psicología Latinoamericana

ISSN: 1794-4724

ISSN: 2145-4515

tatiana.moralesp@urosario.edu.co

Universidad del Rosario

Colombia

Dalla Vecchia Pereira, Liana Cristina; Rodríguez Barone, Luciana; Mainieri Paulon, Simone
Apoio matricial em saúde mental na atenção primária à saúde: construções processuais

Avances en Psicología Latinoamericana, vol. 39, núm. 1, 2021, -, pp. 1-18

Universidad del Rosario

Bogotá, Colombia

DOI: <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.7429>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79968489001>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica Redalyc

Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Apoio matricial em saúde mental na atenção primária à saúde: construções processuais

Matrix Support in Mental Health in Primary Health Care: Creating Processes

Apoyo matricial en salud mental en la atención primaria de salud: construcciones procesuales

Liana Cristina Dalla Vecchia Pereira

Universidade Federal de Santa Catarina

Luciana Rodríguez Barone

Grupo Hospitalar Conceição

Simone Mainieri Paulon

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Doi: <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.7429>

Resumo

O estudo aqui apresentado objetivou acompanhar o processo de apoio matricial em saúde mental em uma equipe de saúde da família no município de Porto Alegre com a finalidade de analisar e produzir conhecimento acerca deste dispositivo de cuidado. O Ministério da Saúde brasileiro aponta o apoio matricial como estratégia de mudança nos modos de gerir e cuidar em saúde, constituindo estratégia potente para a articulação das ações de saúde mental na atenção primária. A pesquisa utilizou-se do método cartográfico com a realização de três rodas de conversa e acompanhamento das reuniões entre equipe apoiadora e equipe

de saúde da família durante oito meses. Analisaram-se os materiais registrados nos diários de campo, atas das reuniões de equipe e relatos das discussões de caso. O apoio matricial mostrou-se como importante estratégia de interferência nos processos de trabalho, construído na singularidade dos encontros e nas descontinuidades do processo. Em alguns períodos, houve maior envolvimento das equipes nos espaços de discussão e gestão do cuidado, com reverberação do fazer junto através da realização de interconsultas e visitas na rede intersetorial. Em outros momentos, permeado pelas fragilizações institucionais, este dispositivo foi importante para apoiar as/os trabalhadoras/es. Nesta experiência, o

Liana Cristina Dalla Vecchia Pereira ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-4200-2464>

Luciana Rodríguez Barone ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-4030-2527>

Simone Mainieri Paulon ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-0387-1595>

Dirigir correspondência à Liana Cristina Dalla Vecchia Pereira, Endereço: Rua Gilmar Darli Vieira, 340 - 208. CEP: 88063-650, Florianópolis, Brasil. Correio eletrônico: lianadvp@gmail.com

Para citar este artigo: Pereira, L. C. D. V., Barone, L. R., & Paulon, S. M. (2021). Apoio matricial em saúde mental na atenção primária à saúde: construções processuais. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 39(1), 1-18. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.7429>

apoio matricial possibilitou ampliar o olhar e as ações de cuidados em saúde mental na atenção primária por meio da produção de saberes e práticas em ato.

Palavras-chave: apoio matricial; saúde mental; atenção primária à saúde; cartografia.

Resumen

El presente estudio tiene como objetivo acompañar el proceso de apoyo matricial en salud mental de un equipo de salud familiar en la ciudad de Porto Alegre, con el propósito de analizar y producir conocimiento sobre este medio de atención. El Ministerio de Salud de Brasil señala el apoyo matricial como una estrategia para cambiar las formas de gestión y cuidado de la salud, constituyendo una potente estrategia para la articulación de las acciones de salud mental en la atención primaria. La investigación utilizó el método cartográfico con tres rondas de conversación y seguimiento de reuniones entre el equipo de apoyo y el equipo de salud familiar durante ocho meses. Se analizaron los materiales registrados en los diarios de campo, las actas de reuniones del equipo y los informes de las discusiones de casos. El soporte matricial mostró que es una importante estrategia de intervención en los procesos de trabajo, construida sobre la singularidad de las reuniones y las discontinuidades del proceso. En algunos períodos, hubo un mayor interés de los equipos en los espacios de discusión y gestión del cuidado, con destaque del hacer juntos a través de la realización de interconsultas y visitas en la red intersectorial. En otras ocasiones, permeado por fragilidad institucional, este dispositivo fue importante para apoyar a los trabajadores. Por último, en esta experiencia, el soporte matricial permitió ampliar la visión y las acciones de la salud mental en la atención primaria mediante la producción de conocimientos y prácticas en acción.

Palabras clave: apoyo matricial; salud mental; atención primaria a la salud; cartografía.

Abstract

The present study aimed to follow the process of matrix support in mental health in a primary healthcare team in the city of Porto Alegre to analyze and produce knowl-

dge about this care device. The Brazilian Ministry of Health points out the support matrix as a strategy for changing the management and care in health, constituting a potent strategy to articulate mental health actions in primary care. In this research, the cartographic method was used with three rounds of conversation and follow-up of meetings between the supporting team and the family health team for eight months. We analyzed the materials recorded in the field diaries, meeting minutes, and reports of the case discussions. The matrix support proved to be an important strategy of intervention in the work process, built on the particularity of the meetings and the discontinuities of the process. During some periods, teams were more involved in the discussion and care management spaces, resonating with a doing-together through inter-consultations and visits in the intersectoral network. At other times, permeated by institutional weaknesses, this device was important to support the health workers. In this experience, matrix support made it possible to expand the perspective on and the activities of mental healthcare in primary care through the production of knowledge and practices in the act.

Keywords: Matrix support; mental health; primary health care; cartography.

Introdução

Inúmeras discussões e debates ocorreram no Brasil para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) no intuito de modificar antigas práticas com ênfase curativa, individual e de caráter privatista, por novas intervenções pautadas por concepções ampliadas de saúde com enfoque preventivo e de promoção da saúde no território. Um dos principais marcos para a reorganização do modelo e das práticas da atenção primária foi a criação do Programa Saúde da Família (PSF) em 1994, que incorporou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) de 1991, sendo transformado em Estratégia de Saúde da Família (ESF) em 2006.

Na Atenção Primária à Saúde (APS) encontram-se condições para a conquista da integralidade

e o aumento da resolubilidade das ações de saúde, pois esta possibilita acompanhar o/a usuário/a em seu contexto de vida de forma longitudinal e contínua, com a estimativa de resolver 80% dos problemas de saúde (Who, 1978). A APS/ESF se constitui como porta de entrada preferencial do SUS, responsabilizando-se por coordenar o cuidado dentro das redes de atenção à saúde (RAS). Estes aspectos contribuem com a proposta de romper com a lógica medicalizante, verticalizada, hospitalocêntrica, médico-centrada, individualista e fragmentária na saúde (Dimenstein et al., 2005). No entanto, O SUS ainda apresenta um grau de coordenação e de integração no funcionamento da sua rede assistencial muito aquém do que seria necessário para efetivar suas ações enquanto um sistema de saúde integrado (Cunha & Campos, 2011). Na tentativa de efetivar a mudança de modelo e para tornar realidade os princípios e diretrizes do SUS prescritos na sua base jurídico-legal, evidenciou-se na 11ª Conferência Nacional de Saúde (Ministério da Saúde, 2001) a necessidade de criar dispositivos metodológicos orientadores para transformar os processos de trabalho e as formas de produzir saúde. Nesta perspectiva, foi criada a Política Nacional de Humanização (PNH), em 2003, propondo um “método para a produção de mudanças nos modos de gerir e de cuidar em saúde” (Pasche & Passos, 2010, p. 423).

Dentre os vários dispositivos, a PNH propõe a Equipe de Referência (ER) e de Apoio Matricial (AM) como forma de superar a fragmentação da atenção e a verticalização dos saberes e fazeres, na busca de maior integração da rede assistencial. A ER corresponde ao conjunto de profissionais responsáveis por determinada população de um território, como na APS/ESF ou uma equipe que se responsabiliza pelos mesmos usuários em um hospital. No plano da gestão, esta referência facilita os vínculos e a continuidade das ações em saúde. O apoio matricial tem como função apoiar a ER para a qualificação e construção da rede assistencial integrada.

No contexto da APS, foi publicada a portaria de criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em 2008 (Brasil, 2008), compostos por equipes multiprofissionais de AM com o objetivo de ampliar a abrangência e a resolubilidade das ações das ER, que na APS são as/os profissionais da equipe de Saúde da Família (esf). Esta proposta foi integrada à Política Nacional de Atenção Básica em 2011 (Ministério da Saúde, 2011). O apoio matricial (AM) é apontado pelo Ministério da Saúde como estratégia fundamental na articulação das ações de saúde mental na APS, pois possibilita ampliar e qualificar a continuidade da atenção, valorizando o vínculo, a coordenação do cuidado e a corresponsabilização dos diferentes níveis de atenção à saúde. O AM tem como diretriz criar espaços de trocas de saber entre profissionais para favorecer a integração das intervenções e assegurar maior resolubilidade das ações.

Diante da atualidade e relevância do tema, o presente estudo objetivou acompanhar o processo de apoio matricial em saúde mental em uma equipe de Saúde da Família (esf) em Porto Alegre com a finalidade de analisar e produzir conhecimento acerca deste dispositivo. Situaremos as perspectivas que inspiraram as práticas do AM enquanto dispositivo proposto no SUS e a experiência em Porto Alegre, abordagem que contribui para refletir sobre os fazeres da psicologia. Na continuidade, apresentaremos o percurso metodológico cartográfico e a análise da pesquisa que foi desenvolvida por meio da participação nos encontros e reuniões entre equipe matriciadora e esf durante oito meses e realização de três rodas de conversa.

O Dispositivo Apoio

O conceito de AM foi desenvolvido por Campos (1998) ao problematizar a fragmentação da organização do trabalho em saúde. O autor nomeia, num primeiro momento, como supervisão matricial o método para estimular os/as trabalhadores/as a ampliar a capacidade de reflexão e de cogestão, de

modo a auxiliar o agenciamento de processos de mudanças e o enfrentamento de problemas e conflitos. Posteriormente, concebe o termo como apoio especializado matricial, considerado como suporte assistencial para as ER dos serviços com a proposta de trabalhar em conjunto. Em 2007, Campos e Domitti definem apoio matricial (AM) e equipe de referência (ER) como arranjos organizacionais e metodológicos para a gestão do trabalho e do cuidado em saúde que objetivam expandir as possibilidades da clínica ampliada e integração das distintas especialidades e profissões para assegurar maior eficácia e eficiência das ações em saúde. Esta proposta reorganiza os organogramas dos serviços, deslocando o poder das profissões e corporações de especialistas ao reforçar a relevância da ER (Campos & Domitti, 2007). Assim, a unidade gestora passa a ser a ER, transformando a lógica vertical das equipes especializadas que passam a oferecer apoio técnico horizontal às ER. Figueiredo e Onocko Campos (2009) destacam que as transformações nos processos de trabalho disparados pelo AM não são automáticas e precisam ser repensadas constantemente em espaços de discussão e formação para que os impasses surgidos sejam acolhidos, problematizados e analisados ao invés de se transformar em entraves para a sua efetuação.

No Brasil, as primeiras experiências de AM ocorreram em Campinas-SP, a partir de 1989, com dois serviços de saúde mental que buscaram superar a lógica ambulatorial tradicional de encaminhamento por referência e contrarreferência e listas de espera, sem compromisso com o território e sem relação com as equipes dos centros de saúde. As/os profissionais destes ambulatórios se reorganizaram de forma descentralizada em oito equipes multiprofissionais, onde cada uma passou a realizar o AM em saúde mental a oito equipes de APS (Cunha & Campos, 2011). Posteriormente, este dispositivo de cuidado se estendeu a outras áreas, como a reabilitação física, traumatologia, dermatologia e outros níveis de saúde e localidades.

Em Porto Alegre, na década de 1990, frente à municipalização da saúde e de acordo com as diretrizes da reforma psiquiátrica, foram criados serviços especializados de saúde mental, onde algumas equipes iniciaram a prática de interconsulta com as equipes da APS por iniciativa própria, sem a existência de um projeto de implantação deste modelo. Em 2005 foi incluída como uma das prioridades do Plano de Saúde Mental de Porto Alegre a realização de interconsultas de saúde mental com o objetivo de qualificar a APS (Silveira, 2011). Em 2010, formou-se a Comissão de Implantação do Apoio Matricial e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), constituída por um coletivo de trabalhadoras/es que vinham discutindo as práticas do AM existentes no âmbito da saúde mental, contando com representantes de cada gerência distrital do município, bem como gestores/as e membros do conselho local de saúde. Esta comissão foi oficializada pela portaria 536 de 07/06/2011 da Prefeitura Municipal (Porto Alegre, 2011) e contou com o apoio e parceria da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), perpassando diferentes processos, os quais não serão foco deste trabalho.

A partir de 2004, a Política Nacional de Humanização (PNH) incorporou o dispositivo de ER e AM, pautados no conceito de Campos (1999), como arranjos de organização e de gestão dos serviços de saúde na busca de superar a racionalidade gerencial verticalizada, compartmentalizada e produtora de processos de trabalho fragmentados. O termo Apoio é discutido, também, no método da roda ou Paidéia, proposto por Campos (2003) como apoio Paidéia que relaciona a função apoio a um processo de democratização institucional. Com base neste conceito, a PNH propõe, também, o apoio institucional como dispositivo para ampliar a capacidade de reflexão, entendimento e análise de coletivos, na busca de fortalecer os e qualificar as intervenções e produção de saúde. O apoio institucional tem como objetivo principal fomentar e acompanhar processos de mudança nas organizações, oferecendo suporte a estes movimentos; é inspirado

por conceitos e tecnologias advindas do campo da análise institucional (Ministério da Saúde, 2008). Desta forma, a função do apoio é proposta como elemento importante para instaurar processos de mudança em grupos e organizações, pois o objeto de trabalho do/a apoiador/a é o processo de trabalho das equipes e como se organizam para produzir saúde, buscando novos modos de operar.

Chiaverini (2011) define AM ou matriciamento como um novo modo de produzir saúde em um processo de construção compartilhada, no qual duas equipes ou mais criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica. Este dispositivo tem como objetivo assegurar retaguarda assistencial especializada e suporte técnico-pedagógico às ER na construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias. O AM pode ser organizado através de encontros periódicos e regulares, sendo possível contatar a equipe apoiadora em casos de urgência. Essa metodologia fomenta a construção de projetos terapêuticos integrados e articulados entre ER e apoiadores/as. Oliveira (2011) discute algumas modalidades de interconsulta para operacionalizar o AM: atendimento conjunto - realização de consultas, visitas domiciliares, procedimentos e coordenação de grupos em conjunto; e discussão de casos/formulação de projetos terapêuticos. Nas duas formas, preconiza-se a participação de membros da ER e da equipe apoiadora para potencializar a troca e produção de saberes e práticas em ato, ao aprender fazendo e produzir aprendendo. Com isso, oportuniza-se um processo de formação permanente dos/as trabalhadores/as e de ampliação do olhar e da capacidade resolutiva da atenção. Há, também, a possibilidade de intervenções complementares especializadas dos/as apoiadores/as, com o princípio de que a ER continua sendo a responsável pela condução dos casos. No âmbito gerencial, esses arranjos buscam consolidar uma cultura organizacional democrática e, no nível epistemológico, visam a construir a articulação do conhecimento para valorizar a singularidade dos casos e possibilitar a integração e produção

de saberes entre os diferentes profissionais da rede assistencial (Cunha & Campos, 2011). O AM pode ser considerado como um dispositivo de cogestão de coletivos, pois busca construir e ativar espaços para comunicação ativa e para o compartilhamento entre profissionais.

O matriciamento como dispositivo apresenta a potencialidade de fomentar a comunicação e aproximação entre profissionais, além de impulsionar mudanças na gestão do trabalho e do cuidado em saúde (Medeiros et al., 2020). Entretanto, a efetivação desta estratégia enfrenta vários desafios na produção do cuidado em saúde mental, tais como: a predominância do modelo biomédico em detrimento de um modo de trabalhar pautado no coletivo, o baixo grau de comunicação entre profissionais, a dificuldade em compreender e realizar o apoio matricial (Alvarez et al., 2019), a falta de condições de trabalho e de formação continuada das equipes, além da burocratização e verticalização das ações da gestão (Lima & Gonçalves, 2020). Em uma revisão bibliográfica dos últimos dez anos da implementação do apoio matricial em saúde mental na APS, Treichel et al. (2019) identificam a necessidade de melhorar o delineamento das práticas (Chazan et al., 2019) e da formação das equipes, apontando como proposta a criação de espaços de encontro sistemático das/ os profissionais (Iglesias & Avellar, 2019) para a discussão de casos e avaliação conjunta das atividades. Nesta linha, Faria et al. (2020) destacam a importância da construção processual constante das práticas do apoio matricial pautadas pela ética acolhedora, resolutiva e não estigmatizante para superar a lógica especialista e fragmentada das ações de saúde mental.

A Cartografia como Percurso Metodológico

O presente estudo objetivou acompanhar o processo de apoio matricial em saúde mental em uma equipe de Saúde da Família (esF) em Porto Alegre com a finalidade de analisar e produzir

conhecimento acerca deste dispositivo. A pesquisa foi desenvolvida através da participação nos encontros entre equipe matriciadora e ESF durante oito meses, com o intuito de compreender o que o apoio matricial possibilitou nas práticas de cuidado em saúde mental no território. O processo foi avaliado a partir das questões disparadoras em rodas de conversa, nas reuniões de equipe e demandas emergentes dos encontros. O trabalho foi desenvolvido ao longo da Residência Integrada em Saúde, partindo da experiência do estágio de matriciamento em saúde mental durante quatro meses e dando continuidade à aproximação com a pesquisa por mais quatro meses no segundo ano, em períodos não consecutivos. A escrita do presente artigo é composta por três autoras a partir da pesquisa realizada para o trabalho de conclusão da residência em saúde da família pela psicóloga-residente Liana, sob orientação de Luciana que é psicóloga da APS e preceptora da residência, com revisão e contribuições de Simone, professora junto ao programa de pós-graduação em psicologia social da UFRGS e coordenadora do grupo de pesquisa “Intervires”, cujos encontros e debates inspiraram essa escrita e subsidiaram a realização do presente trabalho.

A ER/ESF participante constituía-se por um médico de família, duas enfermeiras (que mudaram ao longo do percurso), quatro técnicas de enfermagem e três agentes comunitárias de saúde (ACS). A equipe estava em vias de ampliar o território de abrangência e, portanto, em processo de expansão para duas equipes mínimas. As apoiadoras matriciais eram uma psicóloga e uma psiquiatra responsáveis pelo AM do distrito sanitário; a primeira tornou-se supervisora de profissionais da residência multiprofissional que realizaram estágio de matriciamento em saúde mental na APS, e a segunda estava em licença prêmio e logo se aposentou, não estando presente nas reuniões e encontros durante a realização da pesquisa.

O interesse pelo campo do apoio matricial é anterior a esta experiência, onde a questão de co-

mo articular a saúde mental na APS foi constante na trajetória profissional das pesquisadoras. O acompanhamento de movimentos das políticas nacionais e locais da APS despertou a vontade de conhecer este dispositivo na prática, tanto pelo seu caráter inovador e singular, como pelas múltiplas possibilidades in(ter)ventivas. Durante a residência, foi possível vivenciar o lugar de psicóloga apoiadora matricial, potencializando o desejo de escrever sobre os encontros entre equipes e o conhecimento produzido no processo. Desta forma, o presente estudo emergiu do campo de trabalho e da forma como este foi afetando e transformando os modos de pensar e de produzir saúde.

Para acompanhar o percurso do apoio matricial foi utilizado o método cartográfico, inaugurado por Deleuze e Guattari (1995) e desenvolvido por várias/os autoras/es no Brasil (Kastrup, 2007; Passos & Benevides, 2009a; Rolnik, 2011). A cartografia vem do campo da análise institucional e da pesquisa-intervenção, baseada na inseparabilidade entre conhecer e fazer, pesquisar e intervir. Nesta perspectiva, entende-se que o conhecimento não existe em si, mas é produzido e transformado no encontro e na relação entre pesquisador/a e o campo de pesquisa. A escolha por este método se deu pela possibilidade de acompanhar um processo em constante movimento, não se tratando de representar objetos em sua forma instituída, mas de construir um diagrama de forças, afetos e conexões (Kastrup, 2007). O cartografar está voltado para o plano da experimentação, da criação e construção, considerando o processo de transformação. Para Deleuze e Guattari (1995) consiste em mapear, detectar forças, direções e movimentos, os quais escapam ao plano das formas.

A cartografia resgata a sensibilidade das experimentações e dos aprendizados impulsionados pela vida. Tem-se como critério a abertura do corpo pesquisador para se afetar e se conectar com intensidades sensíveis e não somente visíveis do campo, em um processo no qual Rolnik (2011) sugere colocar o corpo vibrátil em cena para sentir

as afecções dos encontros, percebendo os afetos que aumentam e os que decompõem a potência de vida, no sentido da ética da expansão da vida proposto por Spinoza (2008). O conhecimento produz-se no limiar de desterritorialização, sendo essa a regra de ouro da/o cartógrafa/o para ampliar as formas de conhecer e ir além do instituído. Partimos da abertura às experimentações na busca por conectar-nos com as experiências vividas e adentrar as brechas institucionais para conhecer o que ali nos afetava e como esse afeto reverberava na potência de agir do corpo.

Para operar a cartografia, o processo de pesquisa foi registrado em diários de campo, compreendido como instrumento de produção analítica no qual as implicações das pesquisadoras estabelecem um diálogo com as intensidades vivenciadas. O acompanhamento dos encontros e reuniões entre equipes ocorreu no período de oito meses ao longo dos dois anos da residência em saúde da família e comunidade. Analisaram-se os materiais registrados nos diários de campo, atas das reuniões e relatos das discussões de caso. A análise foi realizada utilizando o método intensivista e o procedimento narrativo de desmontagem apresentados por Passos e Benevides (2009b) dentro da Política da Narratividade.

O estudo teve dois momentos não consecutivos: o primeiro iniciou-se durante o estágio de matrículamento em saúde mental da residência (quatro meses), quando se experimentou o lugar de psicóloga apoiadora matricial de uma ER/ESF. O momento seguinte aconteceu no segundo ano da residência, ao acompanhar os/as residentes em estágio de matrículamento na mesma equipe de saúde, onde a pesquisadora-residente participou das reuniões de equipe por mais quatro meses, realizando três rodas de conversa. Desde a primeira inserção, as experimentações e vivências foram registradas em diários de campo, utilizando-os para compor a presente cartografia. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da Prefeitura Municipal de Porto Alegre (PMPA) e as/os participantes

foram informadas/os sobre as etapas do estudo, consentindo em participar mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

Acompanhar um Percurso: mapeando o processo do apoio matricial

A função apoio surge para colocar em análise os processos de trabalho, de modo a transformar as formas de produzir saúde e por isso não é algo dado e simples, mas complexo e (re)construído constantemente. Trata-se de um lugar inovador e desafiador, constituído por processos de multiplicidades dinâmicas, maleáveis e singulares, pois se estabelece no encontro entre equipes e se modifica de acordo com as disponibilidades e atravessamentos do percurso. Estas foram algumas das afetações sentidas no processo vivenciado. Nesta experiência, a aproximação do apoio matricial ocorreu não para ensinar, mas para compor conhecimento ao aprender fazendo junto através de trocas, com a finalidade de ampliar as possibilidades de intervenção da ESF e colocar as relações em horizontalidade.

Ao longo do percurso, os estranhamentos sentidos deste lugar e a sensação de não saber foram constantemente relatadas nos diários de campo e compartilhadas em conversas entre residentes em estágio de matrículamento. Por um lado, este não saber aporta a potencialidade de propor intervenções outras, rompendo com o instituído. Por outro lado, corríamos o risco de cair num esvaziamento da abertura do próprio dispositivo, trazendo angústia e a sensação de não estar fazendo nada em muitos momentos.

Estranho chegar assim, onde todas/os estão trabalhando e nós nos aproximando sem saber muito bem de que forma se constrói o apoio. A maleabilidade deste lugar que abre espaço para inventar novas formas de produzir saúde é encantadora e assustadora, ao mesmo tempo. Sinto que alguns laços são necessários. Laços que permitam aproximar, conectar; amarrar de forma suave, com a possibilidade de desfazê-los e refazê-los. Lembro

das cenas descritas por colegas que sentiam o ‘ser apoiadora’ como um ‘pendurar-se em um elástico’, um ‘andar sobre a corda bamba’. Em ambas as situações, tanto o elástico como a corda precisam ser amarrados em algum lugar que permita a passagem - pontos não necessariamente rígidos, mas que sustentem o percurso, que possam ser desamarrados e reamarrados quantas vezes for necessário para acompanhar os processos. (Diário de Campo, 1º mês)

A aproximação com a equipe de referência aconteceu em uma vivência de estágio da residência, na qual nos permitíamos experimentar e conhecer os processos locais para construir algo em conjunto que fizesse sentido naquele momento. Éramos três residentes (duas psicólogas e uma enfermeira) com vontade de viver esta experiência e, aos poucos, fomos nos afinando. No início, nossa escolha foi conhecer a equipe, o território, os processos e fluxos de trabalho, o momento institucional e as demandas. Para não atrapalhar o cotidiano de trabalho, pois esta era nossa sensação, optávamos por ficar na cozinha - local de passagem das/os trabalhadoras/es entre atendimentos, lugar para respirar em meio à correria.

Esse começo gera um desconforto. Dá a sensação de que não estamos fazendo nada... nos colocamos à disposição. Não estamos nem dentro nem fora da equipe, mas em um lugar que pode aportar o olhar estrangeiro com os estranhamentos de quem chega e quer construir junto, embora não sabemos muito bem como operar o apoio no cotidiano. É algo a ser construído; talvez vamos aprender fazendo. Que postura adotar para não enrijecer nem cair numa amplitude esvaziada? (Diário de Campo, 2º mês)

Apostamos, portanto, na potência da sensibilidade e do olhar estrangeiro de quem apoia, pois, por ser alguém de fora, pode perceber as nuances e linhas de composição da realidade e identificar questões cotidianas que já são habituais para a equipe. Assim, a possibilidade de mudança passa pelo estranhamento colocado em análise. O termo matriz

traz consigo vários significados, como “lugar onde se geram e se criam coisas” (Campos & Domitti, 2007, p. 402) com o intuito de superar aquilo que há de tradicional nas práticas do SUS. Pode indicar, também, um conjunto de valores e cálculos que guardam relação entre si, quer os analisemos na vertical, na horizontal ou em linhas transversais. O termo pode ser pensado como correspondente a um agenciamento de conexões de redes de saber que buscam a ampliação dos coeficientes de transversalidade nas relações entre as/os profissionais das equipes de referência de diferentes serviços e as equipes de áreas especializadas (Oliveira, 2011).

O audacioso objetivo de modificar práticas construídas histórica, social e culturalmente é um processo artesanal que demanda tempo, disponibilidade e elementos situados no contexto institucional. Constantemente nos questionávamos sobre como operar o apoio. Como compor em cada nova situação? Pensar mudanças a nível micropolítico, partindo do cotidiano do trabalho, parecia um caminho possível. Entretanto, será que estava claro para a ER/ESF e para nós o que estávamos fazendo ali?

Acompanhávamos a ESF dois turnos por semana: um em que participávamos das reuniões de equipe e outro no qual utilizávamos o espaço para conhecer as/os profissionais e o processo de trabalho da ER/ESF para compor um planejamento conjunto de acordo com as demandas. Este segundo turno ficava mais solto e gerava um desconforto maior. Circulávamos entre a cozinha, sala de estudos e território, escutávamos as/os profissionais e sentíamos quais amarrações eram possíveis.

Então isso é o apoio? Conversar e tomar mate?

Parece tão informal... é estranho! Mas como se faz, então? Como se apoia uma equipe? A angústia de habitar esse lugar não instituído nos move a buscar referenciais sobre outras experiências... Passamos a confiar na potência dos encontros e conversas informais, pois assim parece possível conhecer os processos, entraves, conflitos e o momento institucional que repercutem nos modos de produzir saúde nessa equipe (Diário de Campo, 2º mês).

Em alguns momentos, percebíamos as/os profissionais mais motivadas/os e, em outros, sentíamos o peso, o desgaste, a vontade de mudança de local de trabalho diante da inviabilidade de transformação vivenciada pela equipe. Enquanto nos afetávamos com estas sensações, questionávamo-nos: como intervir no sentido da expansão da vida?

O primeiro mês do matriciamento foi intenso, demandando bastante energia para experimentar o lugar novo que ocupávamos, assim como para conhecer as/os trabalhadoras/es e as questões pertinentes aos processos. No lugar de quem está chegando, sentíamos a necessidade de nos movimentar de forma cuidadosa, conhecer o novo território a ser habitado para construir vínculos e não tomar posições dentro da cisão que notávamos. Este era um aspecto que requeria bastante atenção ao adentrar o novo campo, pois ao longo dos encontros percebemos as fragilidades e tensões existentes. Nas primeiras semanas de inserção, acompanhamos as agentes comunitárias de saúde (ACS) em algumas atividades no território e, durante esse caminhar, elas nos contaram a história do bairro e as características da população.

Ao longo do primeiro mês do estágio foi possível conhecer o território, as demandas e os processos de trabalho. Conversávamos com a equipe sobre ideias de intervenções de acordo com o que parecia ir ao encontro do apoio demandado naquele momento. Dentre as propostas que emergiram, pensávamos em: 1) continuar as discussões sobre o grupo de saúde mental criado pela equipe e as discussões de caso já realizadas; 2) realizar atendimentos e visitas domiciliares em conjunto com a equipe; 3) conhecer a rede intersetorial do território e mapeá-la através de visitas para aquecer a rede e discutir os casos encaminhados; 4) criar um espaço para as ACS com o objetivo de discutir e refletir sobre o cotidiano do trabalho; 5) qualificar a educação permanente em reunião de equipe; 6) fomentar a criação de um conselho local de saúde para a participação da comunidade na gestão local. O estágio teria

a duração total de quatro meses e sabíamos que era inviável a realização de todas as ações. Ao apresentar um retorno sobre o primeiro mês do estágio de AM e as propostas de intervenção para pactuar em reunião de equipe, a esf priorizou as quatro ideias iniciais.

Produção de Saberes e Práticas em ato: o fazer junto

Os atendimentos conjuntos (consulta e visita domiciliar), as discussões de caso e as visitas na rede intersetorial foram avaliados como muito potentes por ambas as equipes – apoiadora e esf. As interconsultas aconteceram no seguinte fluxo: discutíamos os casos em reunião de equipe e decidímos juntas/os como intervir. Os casos eram escolhidos pela esf de acordo com a necessidade de outros olhares, além de incluir situações encaminhadas pelas escolas e conselho tutelar, por exemplo, pois a maioria destas eram direcionadas para atendimento psicológico. Organizávamos uma agenda de atendimentos e visitas domiciliares conjuntas tentando contemplar a participação de todas/os profissionais da esf na produção de saberes e práticas em ato. Nos atendimentos conjuntos, discutíamos o caso antes e depois da acolhida e em reunião de equipe.

As/os profissionais da esf identificaram que o cuidado em saúde mental passava pela escuta e por olhar o contexto ampliado da família, pelo estabelecimento de vínculo para ativar espaços de comunicação intrafamiliar e interinstitucional. Reconheceram que já realizavam uma escuta ativa e ampliada, porém não pensavam que esta era uma forma de acolher em saúde mental. O campo *psi* foi construído pela especialização de disciplinas como a psiquiatria e a psicologia e, com isso, as/os demais profissionais referiram não se sentir autorizadas/os, na maioria das vezes, a intervir em situações direcionadas ao campo *psi*. Neste sentido, ao atender junto com a esf as situações encaminhadas, foi possível reconhecer e legitimar as práticas

realizadas pelas/os profissionais da APS, potencializando e ampliando o olhar de modo a integrar a saúde mental nos cuidados na saúde da família.

Na visita à creche a orientadora educacional trouxe a situação de Sofia:¹ relata que a menina de 4 anos mudou o comportamento nos últimos meses, expressando-se de modo agressivo com colegas e professora. [...] Na discussão do caso em equipe, decidimos chamar a família para um atendimento conjunto. Na abordagem, conversamos com a mãe e filha e, após, nos dividimos para ouvir separadamente as duas. É interessante quando nos reunimos para conversar sobre as impressões sentidas no atendimento com a profissional da equipe de saúde da família. Cada uma de nós vai acrescentando sua perspectiva da cena, da relação, dos movimentos, das nuances do encontro. Somamos olhares. Percebemos a inquietação da menina na brincadeira de se esconder na sala e nos desenhos com os rostos tapados, além do sofrimento e fragilidade da mãe sem saber como contar para a filha sobre a prisão do pai. Sofia expressa o incômodo por sentir que algo está sendo escondido dela. Ela expressa que ouviu uma conversa no telefone sem entender o que significa esse afastamento do pai, demonstra sentir sua falta. A mãe conta que era ele quem a acordava e a levava para a escola. Quando questionada, a mãe conta à filha que o pai foi para uma ‘escola de quem fez coisas erradas’. Sofia também está fazendo ‘coisas erradas’ na creche; fala da vontade de ver o pai. Ao atender em conjunto, surpreendemos-nos com as potencialidades desta intervenção. Acolher as angústias não significa ‘resolver’ uma situação, mas se trata de um processo da vida. Poder falar e contar com o apoio e suporte da equipe parece ter aliviado um pouco o sofrimento da família. Sofia expressa a importância de entender a situação e não esconder [...] A técnica de enfermagem se sente à vontade para continuar como referência para acompanhar a família. (Diário de Campo, 3º mês)

Cada caso atendido em conjunto foi discutido em reunião de equipe de modo a qualificar o espaço de educação permanente e do apoio. Percebíamos a desmistificação da escuta dos casos de saúde mental. Nesta experiência, o atender junto enriquecia a composição de olhares e perspectivas, qualificando o cuidado e ampliando a caixa de ferramentas das equipes. As questões de saúde mental carregam estígmas tanto pela forma como foram construídas socialmente permeadas pela discriminação e segmentação, como por se constituir por aspectos subjetivos que por vezes escapam aos aparatos tecnológicos e protocolos da saúde.

O sofrimento psíquico e as questões subjetivas da vida mobilizam os/as profissionais, pois são elementos que passam pelo campo relacional e da vida cotidiana, enquanto a formação no campo da saúde tende a priorizar o conhecimento voltado à identificação de sintomas, realização do diagnóstico, prescrição-tratamento e suposta ‘resolução’ da demanda. Há, portanto, uma fragmentação do cuidado em saúde, onde se hipervaloriza a especialização dos saberes, aspecto que tende a dificultar a integralidade da atenção à saúde. Ao conversar com a psicóloga apoiadora matricial da prefeitura (supervisora do estágio), ela expressou que um dos grandes desafios encontrados ao longo de sua experiência de matriciamento foi a dificuldade das equipes de referência (esF) em questionar os tratamentos medicamentosos prescritos por psiquiatras em algum momento da vida das pessoas. Esta questão foi bastante discutida e fomentada no apoio matricial para que as equipes se sentissem autorizadas a problematizar os diagnósticos e prescrições indicadas em episódios específicos, visto que as eSF têm maior proximidade no acompanhamento das/os usuárias/os do que as/os especialistas.

O fazer junto potencializou a participação de toda a equipe nas discussões de caso e no acolhimento das demandas de saúde mental. As/os trabalhadoras/es contaram que quando as famílias voltavam para conversar, já tinham um/a

¹ Nome fictício, assim como os demais nomes citados neste artigo.

profissional da equipe como referência. Percebíamos que ao longo das discussões de caso, a equipe já possuía mais ferramentas para abordar as situações com as famílias, conforme relata uma profissional: “nos demos conta de que nós também podemos acolher saúde mental aqui dentro e que os usuários veem a Unidade [equipe] como referência” (relato na roda de conversa, 7º mês). Algumas trabalhadoras não reconheciam suas intervenções como efetivas, pois tinham a sensação de que aquela conversa “não era nada”. Referiram que com as trocas nos encontros de apoio matricial passaram a identificar a importância da escuta das famílias. Além disso, perceberam que a necessidade de encaminhar os casos para a atenção especializada mudou bastante, pois a tendência era “encaminhar tudo para fora” e depois avaliaram que nenhum dos casos discutidos e atendidos em conjunto precisava de consulta especializada. As/os trabalhadoras/es expressaram sentir-se mais seguros para trabalhar com as questões de saúde mental; referiram que as discussões de caso e os atendimentos conjuntos aproximaram as/os profissionais, potencializando o trabalho: “é proveitoso sair junto, estar mais próximo, fazer visita domiciliar junto, ter alguém para ajudar a pensar, agregar, sentir a equipe mais comprometida” (relato na roda de conversa, 7º mês). Afirmaram que os casos posteriores tiveram outro olhar e envolvimento da equipe.

Aquecendo a rede

Outro ponto interessante desta experiência de apoio matricial foram as visitas na rede intersetorial realizadas junto com a ESF. No início, propusemos a discussão do conceito de redes quentes, redes frias e de como aquecer a rede. A equipe escolheu iniciar as visitas no CRAS (Centro de Referência da Assistência Social) e CREAS (Centro de Referência Especializado da Assistência Social), depois no centro de atividades para a comunidade e nas escolas. A ESF expressou que “conhecer

outros recursos na rede amplia as possibilidades de intervenção ao estabelecer parcerias e conhecer pessoalmente o local e as/os profissionais, aspecto que fez diferença, além de ficar uma porta aberta para futuras intervenções junto com os outros setores. [...] Com as visitas foi possível entender melhor os encaminhamentos e mesmo as falhas de comunicação, os direcionamentos equivocados” (relato na roda de conversa, 8º mês).

Referente às escolas, os encontros possibilitaram discutir os casos encaminhados e atendidos, além de abordarmos a importância de que as/os professoras/es e orientadoras conheçam e se aproximem das famílias antes de encaminhá-las para entender mais profundamente o que se passa em cada situação. Há um procedimento padrão do setor da educação de encaminhar ao Conselho Tutelar os casos de crianças e adolescentes com faltas excessivas na escola. Entretanto, as falhas de comunicação entre conselheiros/as e professores/as podem levar a encaminhamentos inadequados ou desnecessários. Quando os encaminhamentos são melhor trabalhados podem vir a ser qualificados na rede de saúde.

Em reunião de equipe discutimos o caso de Diego, 10 anos, encaminhado pelo conselho tutelar (CT) para atendimento psicológico por negligência familiar e problemas na escola. Chamamos a família para o atendimento conjunto com uma profissional da equipe. No encontro, estranhamos as demandas descritas pelo CT e a situação que encontramos. A mãe não entende o motivo do encaminhamento e o menino tampouco; ele afirma estar bem na escola [...]. Na visita à escola discutimos o caso com a professora que também estranhou o encaminhamento para a Unidade de Saúde, pois refere que ele é um aluno tranquilo e apresenta bom processo de aprendizagem. No entanto, explica o procedimento padrão das escolas de enviar uma carta ao CT quando os alunos apresentam faltas frequentes, cujo objetivo é a garantia dos direitos das crianças e adolescentes. A visita na rede e a conversa possibi-

lita ativar os espaços de comunicação intersetorial; esclarece o atravessamento dos encaminhamentos ‘padrão’. É nítida a falta de diálogo na rede e com a família, pois cabe às instâncias compreender os motivos das faltas e verificar as questões relacionadas a possível negligência, o que não era o caso de Diego, pois as faltas ocorreram em função de crises e internações por asma [...]. Após a conversa na escola, visitamos a família para uma devolução. Diego e sua mãe ficam aliviados com o retorno. Quanto à escola, fica uma porta aberta ao estreitar a relação, neste aquecer a rede, pois conhecer a orientadora e professora pode facilitar contatos futuros. (Diário de Campo, 4º mês)

Todos os atendimentos conjuntos e discussões de caso em equipe e na rede intersetorial foram registrados nos prontuários e numa pasta criada para as intervenções conjuntas do apoio matricial. Nesta, foi sintetizada a história do bairro narrada pelas agentes comunitárias de saúde, junto com as imagens fotografadas. Ficou o registro das visitas na rede intersetorial com um mapa e dados de cada local, além do relato dos atendimentos e das visitas conjuntas. As discussões de caso realizadas em reunião de equipe e nas escolas também foram incluídas na pasta, com referência da/o profissional que continuaria acompanhando cada caso e um breve projeto terapêutico discutido em reunião. A pasta foi entregue à equipe na despedida do estágio de matriciamento da residência (final do 4º mês), momento no qual tentamos dar um retorno sobre as nossas percepções de forma mais analítica, porém com pouca abertura da equipe, pois era período de fechamento das atividades do ano e planejamento de férias. Sentíamos que a equipe estava cansada e desanimada, preocupada mais em concluir as questões burocráticas do que em atentar aos conflitos e entraves.

Apoio à Equipe e a Porosidade dos Encontros

Ao longo do percurso, foi possível perceber que antes de voltar a atenção para pensar os cuidados em saúde mental das/os usuárias/os do SUS, quem demandava apoio era a equipe, principalmente no momento institucional de mudança da gestão da APS no município que aconteceu na segunda aproximação com o campo de pesquisa. Sentíamos a tensão intensificada em função da precariedade dos contratos de trabalho e instabilidade laboral. Neste período, foram realizadas três rodas de conversa como um dos dispositivos da cartografia para conhecer e produzir conhecimento sobre o processo de apoio matricial nesta equipe.

Nas rodas de conversa foram propostas questões disparadoras e disponibilizadas folhas de papel para que as equipes (apoiadora e ESF) se expressassem através de palavras, imagens ou o que lhes ocorresse sobre a experiência vivenciada do apoio matricial. Um dos trabalhadores relata que “o apoio chegou a ser mais importante para nós, profissionais” e que sentia como um “suporte, uma parceria, algo de fora para somar, sensibilizar e ampliar o olhar”. Evidenciaram a sensação de “conforto” sentida como “atenção especial à equipe, para repensar suas questões, além de ampliar os instrumentos interventivos”. Outra trabalhadora compartilha o quanto algumas visitas domiciliares e situações de vida “abalam o emocional” e que “foi bom para a equipe contar com uma escuta e espaço para compartilhar, para arejar, pois às vezes se sentem tão envolvidos com as situações que fica difícil de pensar o que fazer”. Sentiram que o matriciamento passa por “reconhecer que não se está conseguindo intervir sozinho/a e o compartilhar as angústias despertadas” foi potente para ampliar o olhar e as ações da ESF.

Na segunda roda de conversa, uma das questões norteadoras foi sobre o início do matriciamento na equipe, em 2004, com as profissionais da prefeitura (psicóloga e psiquiatra). O profissional que participava contou que os encontros aconteciam junto com outras/os trabalhadoras/es das unidades de saúde próximas. Esta modalidade do apoio

se deu por iniciativa das/os trabalhadoras/es de saúde mental, pactuada com a gerência distrital, cuja participação era restrita a um/a profissional por local. O encontro era organizado com foco na discussão de casos. Sobre esta experiência, o trabalhador-participante desta ESF referiu que “nos momentos anteriores à discussão de caso, conversavam sobre os processos de trabalho e questões institucionais. Era um espaço para a saúde mental das/os profissionais” (relato da roda de conversa, 8º mês). Referiu que estes instantes eram mais informais e muito produtivos. Entretanto, limitava a possibilidade de outras/os trabalhadoras/es participarem.

Quando foi proposta a questão para discutir e refletir sobre a vivência do apoio na ESF com as/os residentes em estágio de matrículamento na 2ª roda de conversa, a equipe trouxe uma impressão que nos inquietou: “a sensação de que o processo do apoio tinha se perdido, que a continuidade ficou atrapalhada”. Tentamos aprofundar como isso reverberou. Uma trabalhadora relata que percebeu maior envolvimento da equipe no início da inserção das/os residentes, vivência que despertou o seu interesse em ler sobre matrículamento, o que lhe pareceu fazer sentido, mas depois teve a sensação de que houve uma ruptura. A questão do comprometimento de toda a equipe foi percebida como aspecto importante para o matrículamento. No entanto, houve uma “quebra na continuidade” do planejamento inicial, pois a cada quatro meses mudavam as/os residentes, além de períodos não sincrônico entre o calendário da residência e o matrículamento do território, o que inviabiliza a “passagem” das propostas de um grupo de residentes a outro. As profissionais da prefeitura que apoiavam a ESF continuavam o trabalho desenvolvido, porém com a frequência de encontros menores devido à quantidade de equipes de referência que matriciam, cuja possibilidade interventiva se limitava à discussão de casos.

Essa *falta de continuidade* parecia se referir, também, a outros aspectos, como a desmotivação

e o descontentamento sentidos pela precariedade dos contratos de trabalho que fragilizou bastante a equipe, o que levou, inclusive, à troca de profissionais durante a pesquisa. Entre o primeiro e o segundo ano da pesquisa, houve a criação do IMESF (Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família) que reverberou na iminente ruptura de processos de trabalho, pois a equipe de referência (esf) poderia sair a qualquer momento com a mudança de gestão. As/os profissionais foram contratadas/os pelo Instituto de Cardiologia devendo à terceirização da gestão da APS no município de Porto Alegre, onde o financiamento continua sendo público, porém a administração é realizada por uma empresa contratada após processo de licitação. No processo da pesquisa o contrato com o referido instituto estava em vias de finalizar, com rumores sobre a criação do IMESF e um possível concurso para contratar os/as profissionais, que aconteceu no segundo ano da residência. Com isso, a continuidade do trabalho das equipes estava ameaçada. Foi um período bastante turbulento, pois, “a cada hora se ouve algo diferente” (Diário de Campo, 5º mês) e todas as incertezas geraram bastante angústia na equipe. As/os profissionais desta ESF queriam fazer o concurso, mas não tinham garantias de que seriam aprovadas/os, nem estava claro que continuariam na mesma equipe. A única informação era que as agentes comunitárias de saúde contratadas há mais de cinco anos continuariam sem precisar participar do processo seletivo. Este momento de instabilidade reverberou na desmotivação da equipe e em uma cisão. O clima sentido no segundo momento da pesquisa acentuou esta fragilidade, permeada pelo desgaste e preocupação, onde afirmaram a “dificuldade de planejar qualquer ação, pois a energia está voltada para os estudos na tentativa de se manter no trabalho” (Diário de Campo, 5º mês).

Mais uma vez, urgia a necessidade de apoio à equipe e a questão da *continuidade* compareceu como algo fundamental. Nestes momentos foi possível sentir a *maleabilidade do apoio* que se reconfigurou

em cada nova situação, construído no cotidiano das relações de maneira artesanal e sensível. As rupturas refletiram o momento institucional e as disponibilidades das equipes, assim como a abertura para que o apoio pudesse se transformar de acordo com as demandas e possibilidades. Questionávamo-nos constantemente sobre como expandir a vida em meio a tantas rupturas, descontinuidades e fragilidades.

Sinto o desânimo, a sobrecarga e o desgaste.

Notamos que a equipe está sem energia por desacreditar que pode ser diferente. Alguns têm vontade de sair, mudar, largar tudo. As/os trabalhadoras/es nos procuram para conversar e falam sobre as angústias e dificuldades desse momento tão instável. Sentimo-nos impotentes e tampouco sabemos o rumo que será tomado com a implantação do IMESF. Sinto tudo isso como um descuido... um desasco! Como pode a atenção primária - lugar privilegiado para a produção do cuidado em saúde ao longo da vida das pessoas - ter uma política de gestão e de recursos humanos tão frágil? Parece que a suposta priorização do modelo de ESF fica só no discurso. Ou será uma maneira de boicotá-la? Eis o forte atravessamento das políticas nos territórios. E o que pode o apoio diante deste cenário? (Diário de Campo, 6º mês)

Diante das descontinuidades, incertezas e vínculos laborais instáveis e precários, sentíamos a necessidade de intervir de forma cuidadosa em meio às tensões e fragilidades, com o receio de uma desintegração ainda maior. A sensação era de que qualquer movimento abrupto ou descuidado poderia intensificar ou gerar outras quebras. Era necessário ter muita “delicadeza e cuidado para criar brechas sutis dentro do possível” (Diário de Campo, 6º mês) que, naquele momento, foi a abertura de um espaço para expressar os sentidos atribuídos ao trabalho e uma espécie de catarse coletiva para aprender a se escutar e coletivizar o que gerava angústia. Notávamos a potência dos espaços informais dos intervalos, nos quais as/os trabalhadoras/es pareciam sentir-se à vontade para falar sobre os entraves do trabalho.

Nessas conversas informais, conhecemos um pouco dos trânsitos da equipe: suas ampliações, distanciamentos, cobranças, formas de trabalhar... A nossa vontade é de tentar integrar e fortalecer; mas, em um contexto de tantas transições, no qual os vínculos são temporários, clama-se por uma continuidade que, na condição de residentes, não podemos ofertar. Sentimos e nos contagiamos com o desânimo que transborda. Como intervir no sentido da expansão da vida? (Diário de Campo, 6º mês)

Em muitos momentos sentíamos o apoio como algo *integrado*, sem restringir as fronteiras entre o apoio *matricial* e o *institucional*, ao considerar a inseparabilidade da atenção e gestão, da clínica e política e entre a produção de saúde e a produção de subjetividades. Percebíamos a importância da disponibilidade para escutar a equipe e criar espaços para pensar e refletir sobre os processos de trabalho, conflitos e dificuldades no intuito de ampliar a capacidade de análise das equipes, questões nem sempre acolhidas quando propostas. Pasche e Passos (2010) afirmam que apoiar a equipe é também incluir o conflito, colocando-o em análise para produzir transformações. Assim, ao longo do caminho, notávamos que o apoio era sempre para a equipe, (re)configurando-se de acordo com as diferentes demandas e disponibilidades dos encontros. Como apoiadoras, sentíamos a importância do espaço de supervisão e de trocas entre residentes para ampliar a perspectiva sobre as situações vivenciadas, para arejar o olhar estrangeiro e colocar em análise os processos cristalizados. Oliveira (2011) intitula este espaço como supervisão-apoio, apontado como um arranjo de suporte às/-aos apoiadoras/es com o princípio de formar em ato, estratégia essencial para o processo do apoio.

Gestão e Participação: verticalidades e horizontalidades

Outro aspecto importante do processo de apoio matricial foi conhecer como acontece a gestão na

equipe no que tange às verticalidades e horizontalidades, se havia espaço de participação ativa e democrática para os diferentes atores do processo. Neste sentido, Pasche e Passos (2010) propõem a *inclusão* como método de apoio que busca acolher e incluir os conflitos e as diferenças no campo de análise, colocando a diversidade lado a lado para fortalecer os coletivos na capacidade de análise e de intervenção. A produção de saúde afirma-se, assim, como produção de subjetividade. Incluir as/os trabalhadoras/es e usuárias/os nos processos de decisão, potencializando atitudes de maior autonomia e protagonismo no cuidado de si, desestabiliza e provoca a construção de modos de gestão mais democráticos e afinados com os interesses coletivos e práticas clínicas que considerem as singularidades. A proposta do apoio se limitou, nesta experiência, à gestão na ESF devido ao tempo do estágio, embora tenha sido situada a importância de fomentar a implementação do conselho local de saúde para a participação da comunidade nos processos de gestão.

Uma das ações priorizadas no planejamento do matrículamento, no primeiro momento, foi a criação de um espaço para as ACS em função da demanda, apontada por elas, de falar sobre as afetações sentidas ao acompanhar a comunidade e de como se sentiam na equipe. A ideia era iniciar os encontros com as apoiadoras e ACS e, depois, incluir algum/a profissional da ESF (ER) para dar continuidade ao trabalho. Tivemos três encontros os quais funcionaram, majoritariamente, como espaço de desabafo, com uma postura, muitas vezes, queixosa que dificultava a inclusão das próprias implicações no processo de promoção de mudanças.

Percebíamos as dificuldades na comunicação entre as/os profissionais da equipe, na mediação de conflitos e no trabalho conjunto, pois a equipe havia cindido em dois grupos. Tínhamos a ideia de potencializar os espaços de reunião de equipe para colocar em análise as rupturas percebidas. No entanto, quando tentávamos falar sobre a situação, a equipe optava por desviar do conflito e discu-

tir um caso, pois parecia mais complicado olhar para si. Respeitamos o que era possível naquele momento. O espaço das ACS teve três encontros e depois retomaram o grupo de caminhadas no mesmo dia/horário. Questionamo-nos que sentido tinha a proposição deste espaço de trabalho do AM para as trabalhadoras.

Sinto que tem vários entraves na mediação de conflitos. Fica a sensação da dificuldade de falar sobre o que incomoda e isso vem como demanda implícita para o apoio. Refiro-me às tensões que percebo na equipe e que não são de agora. A opção frequente é de evitar, embora o clima tenso se intensifique. Muito se projeta e pouco se abre espaço para colocar em análise os conflitos. Tem muitos ruídos na comunicação. Cada mudança na equipe, seja a entrada ou saída de integrantes, mobiliza ainda mais. Quais são as porosidades possíveis? (Diário de Campo, 7º mês)

Nesta experiência, percebemos que houve uma burocratização das reuniões de equipe, detendo-se, em alguns momentos, aos repasses da gerência distrital. Notamos que a maioria desses encontros aconteceram sem planejamento e organização, tendo coordenação ativa e democrática em poucos momentos. Questionávamo-nos sobre qual o sentido que aquele espaço tinha para a equipe, pois, algumas reuniões estavam esvaziadas e dispersas, sendo utilizadas majoritariamente para atividades administrativas.

A presença das/os apoiadoras/es em reunião de equipe foi avaliada como positiva para a construção conjunta do planejamento e organização do matrículamento, aspecto que contribuiu para a maior participação das/os trabalhadoras/es na discussão de casos. A reunião de equipe pode ser um espaço potente para a inclusão de atores no processo de análise e decisão – o que aconteceu em poucos momentos. Entretanto, foi desconfortável sentir uma demanda direcionada, sutilmente, ao apoio, cuja expectativa era de que as/os residentes coordenassesem uma parte das reuniões de equipe. Na supervisão e em devolução à ESF, levanta-

mos a questão sobre qual era a função do apoio nestes encontros, pois nosso papel era de apoiar e contribuir, porém não assumir a coordenação. Com certa frequência colocávamos em questão se as propostas eram realmente compartilhadas e construídas em conjunto com a esf, pois por vezes sentíamos o maior interesse por parte da equipe apoiadora. Questão que se relaciona, também, com o desânimo e desmotivação sentidas frente às fragilizações político-institucionais.

Havia espaço para os diferentes atores envolvidos serem protagonistas no processo para uma gestão mais compartilhada? Notávamos que a participação nas reuniões de equipe era variável, a palavra circulava em alguns momentos. A discussão de casos, de atendimentos conjuntos e das visitas na rede intersetorial pareceu potencializar a participação com o intuito de incentivar que todas/os contassem sobre a experiência, atentando às diferentes formas de comunicação (verbal e corporal). Nesses momentos percebíamos o apoio matricial como dispositivo potente para ampliar a participação e a corresponsabilização das/os profissionais. Algo ali havia mudado, talvez por instantes, mas com marcas desta experiência.

Considerações sobre o Percurso Vivenciado

Ao longo do percurso, percebemos que o apoio matricial apresenta *descontinuidades* pertencentes à singularidade própria do processo, sendo atravessado pelas questões institucionais e políticas. Ao acompanhar e apoiar uma equipe, buscamos construir ferramentas para a expansão da vida, dentro das possibilidades e porosidades de cada encontro. Houve momentos com maior participação e democratização nas reuniões, horizontalidade das relações, bem como de ampliação da abrangência e resolubilidade das ações da equipe, proporcionados principalmente pelo *fazer junto* – que foi crucial na construção das intervenções

do apoio. Outros momentos foram permeados pelo desânimo e desmotivação diante das incertezas quanto à continuidade do trabalho devido aos vínculos laborais instáveis. O primeiro período de inserção apresentou maiores possibilidades para interconsultas, visitas e discussão de casos na rede intersetorial. Essas intervenções foram avaliadas como significativas pela equipe, pois possibilitaram maior corresponsabilização e participação das/os trabalhadoras/es nos processos de gestão do cuidado, além de ampliar o olhar e o acolhimento em saúde mental.

Foi necessário avaliar constantemente a dinâmica do apoio, com a flexibilidade e abertura necessárias para mudanças de acordo com as necessidades de cada momento, pois o processo foi se reconfigurando ao longo do caminho. A esf (ER) evidenciou a importância do apoio à equipe nos momentos de instabilidade, maior fragilização e conflitos. No percurso, foram constantes as intercessões entre apoio matricial e institucional, pois ambos interferem nos modos de gerir e de produzir o cuidado em saúde, considerando a inseparabilidade da gestão e atenção, da clínica e da política, da produção de saúde e de subjetividades. O fato de o apoio habitar uma zona imprecisa e maleável abre passagem para a invenção de diferentes formas de intervir no campo da saúde, no sentido da expansão da capacidade de análise e de mudança dos processos de trabalho instituídos e da ampliação das ferramentas de gestão do cuidado compartilhado. No entanto, são necessárias algumas amarrações para sustentar o apoio, ainda que flexíveis, para possibilitar as travessias e construções profícias.

O envolvimento das equipes de AM e ER no processo expandiu as possibilidades in(ter)ventivas no cotidiano e as potencialidades do grupo, numa experimentação que pareceu fazer sentido em alguns momentos, ainda que com motivações e implicações variadas ao longo do percurso. Ambas as equipes aprenderam fazendo e ensinaram aprendendo, numa troca multidirecional que contribuiu para romper com a lógica hierarquizada e verti-

calizada. Buscou-se valorizar os saberes e fazeres locais, ativando espaços de comunicação e trocas. Foi possível acompanhar a emergência de novos pontos de vista, de vida e de partida, ampliando as lentes e os olhares das/os participantes. Desta forma, o apoio matricial afirmou-se como dispositivo de in(ter)venção nos modos de trabalhar, pois contribuiu para que as equipes se envolvessem no acolhimento à saúde mental, ampliando a abrangência e resolubilidade das ações.

Referências

Alvarez, A. P. E., Vieira, Á. C. D., & Almeida, F. A. (2019). Núcleo de Apoio à Saúde da Família e os desafios para a saúde mental na atenção básica. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 29(4), 1-17. <https://doi.org/10.1590/s0103-73312019290405>

Brasil. (2008). *Portaria GM N.º 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)*. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html

Campos, G. W. S. (1998). O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. *Cadernos de Saúde Pública*, 14(4), 863-870. <http://www.scielo.br/pdf/csp/v14n4/0080.pdf>

Campos, G. W. S. (1999). Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4(2), 393-403. <http://www.scielo.br/pdf/csc/v4n2/7121.pdf>

Campos, G. W. S. (2003). *Saúde Paidéia*. Hucitec.

Campos, G. W. S., & Domitti, A. C. (2007). Apoio Matricial e Equipe de Referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(2), 399-407. <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n2/16.pdf>

Chazan, L. F., Fortes, S., Camargo Jr., K. R., & Freitas, G. C. (2019). O apoio matricial na Atenção Primária em Saúde no município do Rio de Janeiro: uma percepção dos matriciadores com foco na Saúde Mental. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 29(2), 1-20. <https://doi.org/10.1590/s0103-73312019290212>

Chiaverini, D. H. (2011). *Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental*. Ministério da Saúde; Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saudemental

Cunha, G. T., & Campos, G. W. S. (2011). Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. *Saúde e Sociedade*, 20(4), 961-970. <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/13.pdf>

Deleuze, G., & Guattari, F. (1995). *Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia* (vol. 1). Editora 34.

Dimenstein, M., Santos, Y. F., Brito, M., Severo, A. K., & Moraes, C. (2005). Demanda em saúde mental em unidades de saúde da família. *Mental*, 3(5), 23-41. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/mental/v3n5/v3n5a03.pdf>

Faria, P. F. O., Ferigato, S. H., & Lussi, I. A. O. (2020). O apoio matricial na rede de atenção às pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 28(3), 931-949. <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctao1987>

Figueiredo, M. D., & Onocko Campos, R. (2009). Saúde mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? *Ciência & Saúde Coletiva*, 14, 129-138. <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n1/a18v14n1.pdf>

Iglesias, A., & Avellar, L. Z. (2019). Matriciamento em Saúde Mental: práticas e concepções trazidas por equipes de referência, matriciadores e gestores. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(4), 1247-1254. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018244.05362017>

Kastrup, V. (2007). O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. *Psicologia e Sociedade*, 19(1), 15-22. <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v19n1/a03v19n1.pdf>

Lima, M. C., & Gonçalves, T. R. (2020). Apoio Matrimonial como Estratégia de Ordenação do Cuidado em Saúde Mental. *Trabalho, Educação e Saúde*, 18(1), 1-21. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00232>

Medeiros, C. R. G., Freitag, A. L., Martines, L. S. E., Saldanha, O. M. F. L., Grave, M. Q., Jager, L. K., & Dhein, G. (2020). O Apoio Matrimonial na qualificação da Atenção Primária à Saúde às pessoas com doenças crônicas. *Saúde em Debate*, 44(125), 478-490. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012515>

Ministério da Saúde. (2008). *Humanizasus: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde. (2011). *IIª Conferência Nacional de Saúde: efetivando*. Ministério da Saúde. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/11_cns.pdf

Ministério da Saúde. (2011). *Portaria MS/GM N.º 2.488 de 21 de outubro de 2011. Política Nacional de Atenção Básica*. Ministério da Saúde. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html

Oliveira, G. N. (2011). *Devir apoiador: uma cartografia da função apoio* (tese de doutorado). Universidade Estadual de Campinas, Campinas, Brasil. <http://repositorio.unicamp.br/jspui/handle/REPOSIP/309702>

Pasche, D. F., & Passos, E. (2010). Inclusão como método de apoio para a produção de mudanças na saúde – apostila da Política de Humanização da Saúde. *Saúde em Debate*, 34(86), 423-432. <http://www.redalyc.org/pdf/4063/406341769003.pdf>

Passos, E., & Benevides, R. B. (2009a). A cartografia como método de pesquisa-intervenção. In E. Passos, V. Kastrup & L. Escóssia (Eds.), *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade* (pp. 17-31). Sulina.

Passos, E., & Benevides, R. B. (2009b). Por uma política da narratividade. In E. Passos, V. Kastrup & L. Escóssia (Eds.), *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade* (pp. 150-171). Sulina.

Porto Alegre. (2011). Prefeitura Municipal de Porto Alegre (PMPA). *Portaria SMS N.º 536, de 07/06/2011*. Designa servidores para constituir Grupo Especial de Trabalho -Comissão de Implantação da Diretriz de Apoio Matrimonial na Atenção Primária. http://www2.portoalegre.rs.gov.br/dopa/ver_conteudo.php?protocolo=17594

Rolnik, S. (2011). *Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo*. UFRGS.

Silveira, E. R. (2011). *Práticas pedagógicas na saúde: o apoio matrimonial e a interconsulta integrando a saúde mental à saúde pública* (dissertação de mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil. <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/28798>

Spinoza, B. B. (2008). *Ética*. Autêntica Editora.

Treichel, C. A. S., Campos, R. T. O., & Campos, G. W. S. (2019). Impasses e desafios para consolidação e efetividade do apoio matrimonial em saúde mental no Brasil. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 23, 1-18. <https://doi.org/10.1590/interface.180617>

World Health Organization, Who. (1994). *Primary Health Care. Implementation of the Global Strategy of Health for all by the Year 2000*. Who Office for Europe.

Recebido: fevereiro 20, 2019
Aprovado: novembro 25, 2020