



**MÔNICA MARTINS DE OLIVEIRA**

**“APOIO MATRICIAL NA ATENÇÃO BÁSICA DE CAMPINAS:  
FORMAÇÃO E PRÁTICA”**

**CAMPINAS**

**2014**





UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS  
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

MÔNICA MARTINS DE OLIVEIRA

“APOIO MATRICIAL NA ATENÇÃO BÁSICA DE CAMPINAS:  
FORMAÇÃO E PRÁTICA”

**Orientador: Prof. Dr. Gastão Wagner de Sousa Campos**

**Dissertação de Mestrado** apresentada à Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP para obtenção do título de **Mestra em Saúde Coletiva**, área de concentração: **Política, Planejamento e Gestão em Saúde**.

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO FINAL DA DISSERTAÇÃO  
DEFENDIDA PELA ALUNA MÔNICA MARTINS DE OLIVEIRA E ORIENTADA PELO  
PROF. DR. GASTÃO WAGNER DE SOUSA CAMPOS

Assinatura do Orientador

A handwritten signature in blue ink, reading "Gastão Wagner de Sousa Campos", written over a horizontal line.

CAMPINAS

2014

Ficha catalográfica  
Universidade Estadual de Campinas  
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas  
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

OL4a Oliveira, Mônica Martins de, 1986-  
Apoio matricial na atenção básica de Campinas : formação e prática / Mônica Martins de Oliveira. – Campinas, SP : [s.n.], 2014.

Orientador: Gastão Wagner de Sousa Campos.  
Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Apoio matricial. 2. Saúde coletiva. 3. Atenção primária à saúde. 4. Formação profissional. I. Campos, Gastão Wagner de Sousa, 1952-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

**Título em outro idioma:** Matrix support in Campinas primary care : training and practice

**Palavras-chave em inglês:**

Matrix support

Public health

Primary health care

Professionals training

**Área de concentração:** Política, Planejamento e Gestão em Saúde

**Titulação:** Mestra em Saúde Coletiva

**Banca examinadora:**

Gastão Wagner de Sousa Campos [Orientador]

Mariana Dorsa Figueiredo

Marcelo Kimati Dias

**Data de defesa:** 18-02-2014

**Programa de Pós-Graduação:** Saúde Coletiva

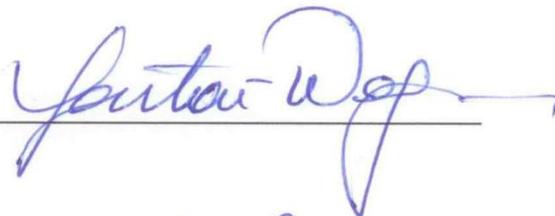
# BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE MESTRADO

MÔNICA MARTINS DE OLIVEIRA

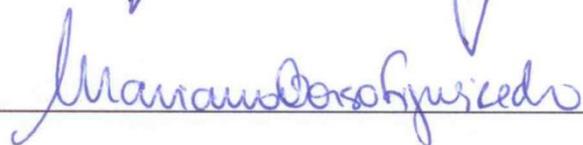
Orientador (a) PROF(A). DR(A). GASTÃO WAGNER DE SOUSA CAMPOS

## MEMBROS:

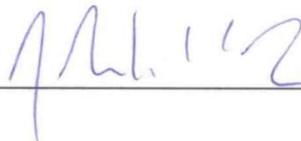
1. PROF(A). DR(A). GASTÃO WAGNER DE SOUSA CAMPOS



2. PROF(A). DR(A). MARIANA DORSA FIGUEIREDO



3. PROF(A). DR(A). MARCELO KIMATI DIAS



Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da  
Universidade Estadual de Campinas

Data: 18 de fevereiro de 2014



## **AGRADECIMENTOS**

Ao Gastão, que do alto de sua sabedoria mostrou-se sempre um mestre muito generoso e sensível...

À minha mãe, minha melhor amiga...

Ao meu pai, o homem mais bondoso e íntegro que conheci...

Ao meu irmão, que mesmo sendo mais jovem sempre foi mais sábio, pois cultivou uma alma livre e me deu o exemplo...

Ao meu grande amor Rafael, companheiro de todas as horas...

À Mariana Dorsa, a brasileira com a alma mais francesa que já conheci e que sempre acrescenta elegância em todo que toca...

Ao Marcelo Kimati, que mesmo sem me conhecer me acolheu e me ajudou...

À Liane, sempre muito gentil, que aceitou participar desta jornada...

À Rita, que me ensinou a tratar com carinho os números...

À Rosana, mulher-águia, que sempre sabe em que direção olhar e me ensinou muito sobre metodologia...

Ao Gustavo Tenório e à Daniele Sacardo que sempre ampararam meus devaneios e angústias...

À Renata e à Cris, minhas grandes companheiras nesta caminhada...

Aos meus primos, que são como irmãos para mim...

Às amigas, as de bem longe e as de bem perto, sempre presentes, entre elas: Bia, Dani, Aline, Michelle, Adriana, Kátia, Ju, Carol e Marna...

Às colegas de mestrado...

Aos trabalhadores do Apoio Matricial de Campinas que participaram da pesquisa...

À Dra Marilda, por ter me encorajado...

A tod@s @s amig@s do Coletivo de Estudos e Apoio Paideia, que me ajudaram a florescer...

***Muito obrigada por tudo!***

***Vocês estarão sempre em meu coração.***



*MÃOS DADAS*

*Não serei o poeta de um mundo caduco.*

*Também não cantarei o mundo futuro.*

*Estou preso à vida e olho meus companheiros.*

*Estão taciturnos mas nutrem grandes esperanças.*

*Entre eles, considero a enorme realidade.*

*O presente é tão grande, não nos afastemos.*

*Não nos afastemos muito, vamos de mãos dadas.*

...

*(Carlos Drummond de Andrade)*



## **Apoio Matricial na Atenção Básica de Campinas: formação e prática.**

### **RESUMO**

Esta investigação tem como objeto o trabalho do Apoio Matricial na Atenção Básica de Campinas/SP, em diferentes aspectos: composição das equipes, formação dos profissionais, organização do trabalho e opinião dos profissionais sobre a possibilidade de articulação entre formação e prática para o trabalho em saúde. Apresenta como objetivos específicos: I. Conhecer a formação dos trabalhadores do Apoio Matricial de Campinas/SP; II. Conhecer a organização do trabalho no Apoio Matricial, no que tange aos processos de trabalho, às oportunidades de formação e espaços de reflexão sobre a prática; III. Investigar a opinião dos trabalhadores sobre a relação entre a formação e a prática no contexto dos serviços de saúde. O estudo consiste em pesquisa de campo pautada pela metodologia de métodos mistos, mediante utilização da estratégia explanatória sequencial (Creswell, 2009). E, a fim de atender os objetivos propostos, foram utilizados os seguintes instrumentos: questionário com questões fechadas, abertas e mistas, aplicado a 206 profissionais do Apoio Matricial de Campinas (de um total de 277) e realização de grupo focal com treze trabalhadores, selecionados a partir da análise das informações dos questionários. Após o movimento analítico do material produzido por cada um dos instrumentos e de sua contextualização, foi realizada a integração dos métodos, representados pelos instrumentos. A análise revelou que Campinas apresenta arranjos múltiplos de Apoio Matricial, numa versão ampliada do que é proposto pelo Ministério da Saúde. A própria gestão do SUS Campinas parece investir pouco para o fortalecimento da proposta, na medida em que há poucas iniciativas de proporcionar espaços de reflexão sobre esta prática. Os grupos focais reforçaram esta ideia e apontaram principalmente que os profissionais esperam que a gestão passe a investir mais no Apoio Matricial e que os espaços de formação tenham como objetivo a troca de experiências e o incremento da capacidade de análise e de intervenção sobre as práticas de trabalho.

**PALAVRAS-CHAVE:** Apoio Matricial; Saúde Coletiva; Atenção Básica; Formação Profissional.



## **Matrix Support in Campinas Primary Care: training and practice.**

### **ABSTRACT**

The following study targets the Primary Care of the city of Campinas/SP in several aspects: team composition, professionals training, work organization and professional opinion about the possible linkage between training and practice concerning health work. The specific aims are: I. to know the training of the Campinas/SP Matrix Support workers; II. To know Matrix Support work organization in regards to: work processes, training opportunities and practice reflection spaces; III. Investigate workers views on the relationship between training and practice in the health services context. The study consists in a field research guided by mixed methods methodology, using the sequential explanatory strategy (Creswell, 2009). In order to suit the proposed objectives, the following instruments were used: questionnaire with closed, open and mixed questions, applied to 206 professionals from the Matrix Support of Campinas (out of a total of 277 workers), and focal groups with thirteen employees, selected from the questionnaires data analysis. After the data analytical movement from each instrument, an integration method was performed. The analysis revealed that Campinas presents multiple Matrix Support arrangements, in a Health Ministry`s proposal expanded version. The Campinas management seems not to invest in the Matrix Support proposal and there are few initiatives to provide practice reflection spaces. The focal groups reinforced this idea and pointed out that professionals think that the municipal management has to invest more in the Matrix Support, and that training spaces should aim experiences exchange and increase the ability of analysis and of intervention on the work practices.

**KEYWORDS:** Matrix Support, Public Health, Primary Care, Professionals Training



## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA IMPLANTADOS NO BRASIL (2008 – 08/ 2011).....	35
FIGURA 2 - EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA IMPLANTADOS NO BRASIL (2008 – 08/ 2011).....	35
FIGURA 3: MAPA DOS DISTRITOS DE SAÚDE E DISTRIBUIÇÃO DOS CENTROS DE SAÚDE POR DISTRITO.....	57
FIGURA 4 - REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DA ESTRATÉGIA SEQUENCIAL EXPLANATÓRIA. ....	80
FIGURA 5 – DISTRIBUIÇÃO DO ANDAMENTO DA APLICAÇÃO DOS QUESTIONÁRIOS. ....	86
FIGURA 6 - DISTRIBUIÇÃO DOS PROFISSIONAIS DO APOIO MATRICIAL POR FAIXA ETÁRIA, SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS, 2013.....	103
FIGURA 7 – DISTRIBUIÇÃO DOS PROFISSIONAIS QUANTO AO TEMPO DE DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES DE APOIO MATRICIAL; SECRETARIA MUNICIPAL DE CAMPINAS, 2013. ....	107
FIGURA 8 – TOTAL DE HORAS SEMANAIS QUE OS PROFISSIONAIS DEDICAM AO APOIO MATRICIAL; SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS, 2013. ....	108
FIGURA 9 – DISTRIBUIÇÃO DAS FERRAMENTAS, REFERIDAS PELOS PROFISSIONAIS, UTILIZADAS NO APOIO MATRICIAL; SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS, 2013. ...	113
FIGURA 10 – DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES SOBRE TER RECEBIDO ALGUMA FORMAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS PARA O APOIO MATRICIAL, 2013.	117
FIGURA 11 – DISTRIBUIÇÃO DOS RESPONDENTES SOBRE POSSUIR PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU OU STRICTO SENSU E SOBRE A ÁREA EM QUE POSSUEM PÓS-GRADUAÇÃO; SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS, 2013.....	119
FIGURA 12 – DISTRIBUIÇÃO DOS RESPONDENTES (N=206) SOBRE RECEBER SUPERVISÃO OU APOIO PARA O APOIO MATRICIAL E, PARA AQUELES QUE RECEBEM (N=50), COMO A AVALIAM. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS, 2013.....	121
FIGURA 13 – DISTRIBUIÇÃO DOS PROFISSIONAIS SOBRE COMO AVALIAM OS DIFERENTES TIPOS DE FORMAÇÃO PARA O APOIO MATRICIAL; SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS, 2013. ....	122



## LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - NÚMERO DE EQUIPES NASF IMPLANTADAS NO PERÍODO DE 2008 A 2013 (BRASIL, 2013).....	36
TABELA 2 - DIFERENÇAS ENTRE EDUCAÇÃO CONTINUADA E EDUCAÇÃO PERMANENTE .....	65
TABELA 3 - DISTRIBUIÇÃO DE SERVIÇOS E FREQUÊNCIA DE APOIADORES INDICADOS NOS DISTRITOS DE CAMPINAS, 2013.....	82
TABELA 4 - APRESENTAÇÃO DAS QUESTÕES UTILIZADAS NO INSTRUMENTO DESENVOLVIDO PELO COLETIVO DE ESTUDOS E APOIO PAIDEIA.....	84
TABELA 5 - DISTRIBUIÇÃO DOS CONVIDADOS PARA O GRUPO FOCAL POR SERVIÇO DE ORIGEM; SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS, 2013.....	88
TABELA 6 – PASSOS E DECISÕES PARA ANÁLISE DOS MÉTODOS MISTOS. ....	93
TABELA 7 – PROPOSTA DE ANÁLISE DOS DADOS. ....	95
TABELA 8 – DISTRIBUIÇÃO DA QUANTIDADE DE PROFISSIONAIS EM CADA EQUIPE DE APOIO MATRICIAL NA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS, 2013. ....	102
TABELA 9 – DISTRIBUIÇÃO DOS PROFISSIONAIS PELAS PRINCIPAIS ÁREAS EM QUE É DESENVOLVIDO O APOIO MATRICIAL NA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS, 2013. ....	104
TABELA 10 - DISTRIBUIÇÃO DOS PROFISSIONAIS QUE DESENVOLVEM APOIO MATRICIAL POR TIPO DE SERVIÇO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS, 2013. ....	105
TABELA 11 – DISTRIBUIÇÃO DOS PROFISSIONAIS EM FUNÇÃO DO NÚMERO DE EQUIPES DE REFERÊNCIA QUE APOIAM; SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS, 2013.....	111
TABELA 12 – DISTRIBUIÇÃO DOS PROFISSIONAIS A RESPEITO DAS FORMAS UTILIZADAS PARA ACIONAR O APOIO MATRICIAL; SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS, 2013. ....	112
TABELA 13 – DISTRIBUIÇÃO DOS PROFISSIONAIS (N=206) SOBRE AS QUESTÕES E EXIGÊNCIAS DO PROCESSO SELETIVO PARA INGRESSO NA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS, 2013. ....	115
TABELA 14 – DISTRIBUIÇÃO DOS RESPONDENTES (N=206) SOBRE CONHECIMENTOS E EXPERIÊNCIAS PRÉVIAS EM APOIO MATRICIAL; SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS, 2013. ....	116



## SUMÁRIO

<b>Introdução .....</b>	<b>23</b>
<b>Capítulo 1 – Apoio Matricial e Equipe de Referência: algumas palavras.....</b>	<b>27</b>
Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF): uma proposta para o Apoio Matricial na Atenção Básica.....	35
Cuidado compartilhado no contexto internacional.....	39
Apoio Matricial e Apoio Institucional: uma discussão a partir dos conceitos de campo e núcleo .....	47
<b>Capítulo 2 – Contextualização histórica da rede de serviços de saúde e o Apoio Matricial em Campinas.....</b>	<b>53</b>
<b>Capítulo 3 – Formação em saúde e formação para o Apoio Matricial. ....</b>	<b>61</b>
Formação e graduação.....	61
Educação Permanente e Educação Continuada.....	65
Formação para Apoio Matricial a partir do Método Paideia como referencial pedagógico: uma aposta.....	69
<b>Capítulo 4 – A pesquisa: seus elementos constitutivos .....</b>	<b>75</b>
Objetivos .....	77
Objetivo geral.....	77
Objetivos específicos.....	77
Metodologia .....	77
Sujeitos investigados e Instrumentos utilizados.....	81
Questionário.....	83
Grupo focal .....	87
Procedimentos éticos.....	91
Análise dos dados.....	91
<b>Capítulo 5 – Apresentação comentada dos resultados quantitativos e qualitativos</b>	<b>97</b>
A entrada em campo.....	97
Dados quantitativos .....	101
Composição das equipes de Apoio Matricial .....	101
Organização do trabalho.....	107
Formação .....	115
Dados qualitativos .....	123

<b>Capítulo 6 – Integração dos dados: misturando o “quanti” e o “quali” à guisa de conclusão .....</b>	<b>144</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>151</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>160</b>

## **Apresentação**

O presente trabalho inclui as considerações teóricas e os resultados encontrados a partir da aplicação do questionário e da realização do grupo focal, bem como a discussão sobre os mesmos.

O material está organizado em seis capítulos, além da introdução e dos apêndices. Na introdução, procuramos situar brevemente nosso objeto de estudo e a motivação pessoal da pesquisadora em relação ao tema. No primeiro capítulo, são apresentadas as conceituações de Apoio Matricial e de Equipes de Referências, incluindo considerações sobre os NASF, a inserção do Apoio Matricial no contexto internacional das propostas de trabalho colaborativo e compartilhado e a discussão sobre distinção entre Apoio Matricial e Apoio Institucional a partir dos referenciais de Campo de Núcleo de saberes e de responsabilidades.

No segundo capítulo, elaboramos um breve histórico da cidade de Campinas, com ênfase no Apoio Matricial e na organização dos serviços de saúde, que são temas de especial interesse para a pesquisa.

No terceiro, encontra-se uma discussão sobre os processos de formação em saúde que consideramos relevantes para o diálogo com o objeto de estudo.

No quarto capítulo está a explicitação do objeto, dos objetivos propostos e a metodologia utilizada. A isto chamamos de “elementos constitutivos” da pesquisa. Em seguida, no quinto capítulo, são apresentados de forma comentada os resultados encontrados.

O sexto capítulo encerra as discussões, trazendo reflexões originadas a partir da integração dos dados, além de algumas considerações finais.

Os instrumentos utilizados podem ser visualizados nos Apêndices.



## **Apoio Matricial na Atenção Básica de Campinas: formação e prática.**

### **Introdução**

A presente pesquisa integra um projeto maior, desenvolvido pelo Prof. Tit. Gastão Wagner de Sousa Campos e pelo Coletivo de Estudos e Apoio Paideia intitulado: “Estudo da estratégia de Apoio Paideia: investigação sobre Apoio Institucional e Apoio Matricial (Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF) no SUS”, que tem como objeto a utilização do Método de Apoio Paideia em diferentes âmbitos dos serviços de saúde.

Inicialmente pensado para dar suporte à constituição de Coletivos Organizados para a Produção (Campos, 2000), a rede conceitual e operativa do Método tem sido utilizada tanto nos espaços de gestão do trabalho em saúde, como em processos de formação de profissionais e na própria relação clínica. Nesses diferentes âmbitos, o método pretende criar condições para o desenvolvimento de relações baseadas no diálogo e na construção de contratos entre os envolvidos, a fim de permitir que a abordagem das questões relativas à clínica e à gestão em saúde possa ser construída desde os diferentes saberes e interesses.

O projeto grande estrutura-se em dois eixos específicos de investigação:

1. Apoio Institucional e cogestão;
2. Apoio Matricial e suas repercussões sobre a prática da Clínica e ações de Saúde Coletiva.

Em cada eixo estão inseridos alunos de graduação (iniciação científica), de pós-graduação nos níveis de mestrado (acadêmico e profissional), doutorado e pós-doutorado, cujos projetos compõem a construção do material empírico e o processamento da análise no referido eixo de investigação.

É neste segundo eixo da pesquisa temática, o do Apoio Matricial e suas repercussões sobre a prática da Clínica e ações de Saúde Coletiva que surge esta dissertação, buscando, mais especificamente, contribuir para a análise e caracterização do modo de funcionamento do Apoio Matricial em Campinas e das questões referentes à formação.

Tal caracterização requer estudo exploratório que busque agregar dados quantitativos e qualitativos que possam subsidiar e complementar pesquisas ulteriores sobre o tema.

Neste sentido, a pesquisa desenvolvida aqui se destina a levantar informações sobre a organização dos serviços e funcionamento do Apoio Matricial no Município de Campinas, tais como: composição das equipes; organização do trabalho; relação com a teoria que subsidia o trabalho e a articulação entre formação e prática dos apoiadores; entre outras.

Acredita-se que a análise desses aspectos, além de contribuir para o desenvolvimento do projeto maior acima citado, também poderá oferecer subsídios para qualificar o trabalho do Apoio Matricial em Campinas, ao identificar elementos que possam colaborar para a estruturação deste trabalho em saúde enquanto práxis.

Além disso, almeja-se que a análise dos dados possa oferecer um panorama atual da formação dos profissionais e da organização do trabalho do Apoio Matricial na Atenção Básica de Campinas, bem como da relação entre a formação e a prática.

Conhecendo melhor esta realidade, espera-se poder mobilizar investimentos na formação dos profissionais e na estruturação do trabalho enquanto práxis e incentivar as equipes para (re)significação de seu trabalho, em busca de um cuidado integral às comunidades. Da mesma forma, pretende-se poder colaborar para a formulação de estratégias para que as equipes possam incorporar a teoria recebida durante a formação à prática, de forma crítica e reflexiva.

Este especial interesse dedicado às questões sobre formação mostra o ponto em que o tema se conecta com minha história pessoal e motiva a investigação. Sendo assim, acredito que mereça nos determos nela, ainda que brevemente.

Durante meus anos de graduação em psicologia, as aproximações com a Saúde Coletiva foram bastante pontuais, restringindo-se a uma única disciplina sobre Saúde Mental que discutia superficialmente o contexto da Reforma Sanitária e do SUS e a um estágio curricular na área de saúde do trabalhador, que foi realizado junto a uma Unidade de Saúde da Família de um município e totalizou vinte horas de trabalho-investigação. Sendo assim, a Saúde Coletiva foi subentendida durante a minha formação, apresentada enquanto um contexto, ou melhor, um “pano de fundo” para áreas de atuação mais características do núcleo da psicologia, tais como a Saúde Mental, a Clínica e a Saúde do Trabalhador. A relação entre estas e a Saúde Coletiva, entretanto, permaneceu nas entrelinhas, pouco discutida.

Contraditoriamente, ao concluirmos a graduação e nos aventurarmos no mercado de trabalho, logo percebemos que as vagas disponíveis nos processos seletivos e concursos públicos concentravam-se justamente na Saúde Coletiva, com propostas para atuarmos na atenção básica ou então nos Centros de Atenção Psicossocial. Em outros termos, éramos convidados a trabalhar justamente nestes pontos de intersecção entre as áreas nucleares da psicologia e a Saúde Coletiva. Um sentimento de despreparo prevaleceu.

Invadida por este sentimento, procurei formação adicional na área e encontrei alguns cursos de pós-graduação. Cursei aprimoramento e residência multiprofissional em saúde da família. Foram experiências bastante interessantes. Nelas eu conheci finalmente a proposta do Apoio Matricial como ferramenta para orientar o trabalho de profissionais de áreas como a minha, a psicologia, nos serviços públicos de saúde.

Apesar destes cursos se caracterizarem pela formação em serviço, muitas propostas de trabalho eu só vi na teoria e percebi que a articulação com a prática requer muito empenho, sendo geralmente muito complicada. Muitos de meus colegas chegaram justamente à conclusão: “em teoria é tudo muito bonito, mas na prática não funciona”. Eu não consegui me convencer disso e continuei acreditando na potencialidade do que estava descrito na teoria, especialmente no que se refere ao Apoio Matricial.

Fui percebendo que, assim como eu, muita gente desconhecia a proposta e que para alguns ela continuava oculta mesmo durante determinados cursos e pós-graduação. E quando essas pessoas iam para a prática, aprendiam a fazer Apoio Matricial com a própria equipe, descobrindo juntos, intuitivamente, do que se tratava ou então faziam este trabalho de maneira bastante distorcida e com pouco sucesso.

Foi o que observei quando acompanhei o processo de construção das equipes do NASF em Marília/SP. Lá, muitos profissionais ainda não sabiam trabalhar a partir do Apoio Matricial (era uma novidade!) e, para agravar, a gestão local também não se preocupava em privilegiar este tipo de conhecimento ou de experiência nos processos seletivos para os cargos destas equipes e tampouco previa alguma formação ou capacitação inicial.

A dificuldade que eu vi e vivi para efetivar a proposta do NASF e do Apoio Matricial me desapontou, mas também me desafiou. Embora eu soubesse que ela dependia de outros fatores, para além da formação, tais como mudanças estruturais, valorização da

cogestão e construção de redes de atenção à saúde, entre outras, insistia em acreditar que a partir da formação poderíamos estimular os coletivos a lutar por estas outras transformações e também produzir um efeito cascata, ao formarmos multiplicadores destas ideias.

Não estou aqui pretendendo endossar o coro daqueles que defendem o “mito da formação” e acreditam que, se investirmos maciçamente na formação, poderemos resolver todos os problemas do Apoio Matricial e que todos aqueles profissionais que conhecerem a proposta de forma mais aprofundada serão os melhores para o trabalho. Sei que não são verdades absolutas. Para qualificarmos e fortalecermos o Apoio Matricial precisamos de investimento em formação, mas também de recursos para mudanças estruturais e de modelo de gestão e de atenção à saúde.

Da mesma forma, precisamos, sim, de profissionais com formação voltada para o SUS e para o Apoio Matricial, mas apenas isto não basta. É importante que estes trabalhadores sejam críticos e estejam engajados à proposta; que eles tenham desenvolvido a habilidade de articular a teoria com a prática e possam incorporar a formação à sua práxis e para isso são necessárias estratégias que estimulem o desenvolvimento de tal habilidade.

O que vejo se desenhar, portanto, é um complexo emaranhado de potencialidades e de desafios para a efetivação da proposta do Apoio Matricial. Contudo, apesar de reconhecer toda esta complexidade, o que me motiva e o que estou dizendo é que, na minha vida, a formação foi importante e acredito que seja merecedora de visibilidade e de reconhecimento enquanto uma das estratégias para fortalecer o Apoio. Por isso, é no intuito de discutir estes processos de formação e gerar subsídios para que eles possam de fato preparar os profissionais para desenvolverem o trabalho em saúde que estou aqui. Avante!

## Capítulo 1 – Apoio Matricial e Equipe de Referência: algumas palavras

Na tese de livre-docência, intitulada “*Um Método para Análise e Cogestão de Coletivos – A Constituição do Sujeito, a Produção de Valor de Uso e a Democracia nas Instituições: O Método da Roda*”, Campos (2000) realizou uma crítica à racionalidade gerencial hegemônica e indicou um método que busca favorecer a democratização da gestão nas organizações, através da formação de coletivos organizados voltados para a produção de bens ou serviços, e do incentivo à participação dos sujeitos na gestão da organização e de seus processos de trabalho. Para tanto, o método parte de uma articulação de saberes e práticas dos campos da saúde coletiva, da clínica, da política, da administração e planejamento, da psicanálise, da análise institucional e da pedagogia (CAMPOS, 2000).

O termo Paideia é de origem grega. Designa um dos três componentes essenciais da democracia ateniense, a saber: Cidadania, direitos das pessoas; Ágora, espaço para compartilhar poder; e Paideia, educação integral.

O Método Paideia (ou da Roda) realiza uma adaptação dessa tríade. Busca-se o Efeito Paideia: que é o trabalho realizado para ampliar a capacidade da pessoa para lidar com informações, interpretá-las, compreender a si mesmo, aos outros e ao contexto. Em consequência, pretende contribuir para o desenvolvimento da capacidade de tomar decisões, lidar com conflitos, estabelecer compromissos e contratos; ampliando, enfim, a possibilidade de ação dessa pessoa sobre todas essas relações.

A concepção Paideia aplica-se à política, gestão, pedagogia, saúde coletiva e clínica. Suas estratégias metodológicas buscam compreender e interferir em afetos, no conhecimento e em relações de poder. A política trata de modos para operar com o poder; a pedagogia, com o conhecimento; as terapias da subjetividade, com o afeto. Esses campos disciplinares, contudo, separam essas três dimensões, quando na realidade elas atuam de forma conjugada e simultânea.

A concepção Paideia preconiza a reforma das organizações de saúde com base na cogestão, ou seja, o estabelecimento deliberado de relações dialógicas, com compartilhamento de conhecimentos e de poder.

O Apoio é uma aplicação metodológica da concepção Paideia e sugere uma maneira de operacionalizar a cogestão e relações horizontais nos serviços de saúde. Ele pressupõe relações dialógicas entre os distintos atores envolvidos na produção da saúde.

Segundo Campos, Cunha & Figueiredo (2013), a práxis Paideia tem sido utilizada em três planos:

- I) Na gestão, sob a forma de Apoio Institucional, visando à cogestão de organizações e à democratização das relações nas instituições e sistemas sociais;
- II) Enquanto Apoio Matricial, que é empregado como dispositivo para cogestão das relações interprofissionais nas equipes de saúde, aliados aos arranjos de Equipes de Referência e Rede de Cuidado, e;
- III) Nas práticas em saúde, ou seja, para a Clínica Compartilhada, mediante construção de projetos coletivos ou grupais de educação em saúde, comunitários nos quais as decisões são tomadas de forma compartilhada entre usuários e profissionais.

Além desses eixos de aplicação, o Apoio Paideia também tem sido utilizado como estratégia metodológica para Pesquisas do tipo Intervenção (CASTRO, 2011; CESAR, 2011); e também como recurso pedagógico para a formação em saúde (CUNHA, 2009; FIGUEIREDO, 2012; FURLAN, 2012).

O Apoio Matricial e a Equipe de Referência, que compõem o mote desse capítulo, pertencem, portanto, ao Método Paideia/Práxis Paideia. É importante destacar que eles podem assumir dupla funcionalidade. Podem ser considerados como metodologia, ou seja, diretrizes que dizem sobre como fazer o trabalho em saúde (função apoio) e, por ser uma metodologia, seu emprego independe do cargo. Logo, qualquer trabalhador pode utilizá-la. Igualmente, o Apoio Matricial e a Equipe de Referência podem ser entendidos como arranjos organizacionais, ou lugares estruturais. Nesta roupagem, é como se a metodologia (função apoio) fosse condensada e representada com cargos específicos, nos quais se trabalha necessariamente a partir do referencial do Apoio e, por extensão, com a Práxis Paideia.

O Apoio Matricial e a Equipe de Referência foram pensados originalmente como dispositivos para desfazer a lógica de encaminhamentos que fragmenta o cuidado, consolidar a responsabilização clínica e valorizar o cuidado interdisciplinar. Eles devem

procurar promover a ativação dos espaços de comunicação, para o compartilhamento de saberes e para a organização dos fluxos na rede de atenção à saúde, rompendo com a burocratização presente no sistema de referência e contrarreferência (CAMPOS & DOMITTI, 2007; CUNHA & CAMPOS, 2011).

Por isso, independente se estão empregados como metodologia ou como arranjos organizacionais, propõem um modo de trabalhar a partir da conciliação de três diretrizes: levar a lógica do apoio e da cogestão para as relações interprofissionais; lidar com processos sociais, sanitários e pedagógicos utilizando o referencial da interdisciplinaridade e; construir equipes multiprofissionais com corresponsabilização na produção de saúde (CAMPOS, CUNHA & FIGUEIREDO, 2013).

No Apoio Matricial, os profissionais das áreas especializadas que não participam integralmente do cotidiano das Equipes de Referências oferecem retaguarda especializada e suporte técnico-pedagógico às Equipes de Referência. Desta forma, pretende-se assegurar, de modo dinâmico e interativo, a troca de conhecimentos que contribua para ampliar as possibilidades de composição de projetos terapêuticos, de realizar clínica ampliada e favorecer a integração dialógica entre distintas especialidades, o que permite que a equipe explore a diversidade dos campos e núcleos de competência de todos (CAMPOS & DOMITTI, 2007; CUNHA & CAMPOS, 2011; CAMPOS, CUNHA & FIGUEIREDO, 2013).

As equipes de Apoio Matricial obedecem a uma composição multiprofissional, em que se preconiza que seja variável conforme as necessidades das equipes que irão apoiar e podem operar tanto na atenção básica, como em hospitais ou em centros de especialidades.

A proposta de trabalho para as equipes de Apoio Matricial é que cada uma delas se relacione com mais de uma Equipe de Referência, por meio de dois tipos de contato principais: encontros periódicos e regulares nos quais é possível discutir casos, construir projetos terapêuticos e refletir sobre temas da clínica, da saúde coletiva ou da gestão. E, além desses encontros, os profissionais de referência podem acionar o Apoio Matricial por meios diretos de comunicação personalizados, contato pessoal, eletrônico ou telefônico, para casos imprevistos e emergenciais, para ocasiões de urgência em que se faz necessária a avaliação de risco e para os quais não seria recomendável aguardar a reunião regular (CAMPOS & DOMITTI, 2007; DOMITTI, 2006).

Na relação com as Equipes de Referência, a ampliação de cenários dos especialistas significa um cardápio de atividades que vão desde um atendimento conjunto entre profissionais de serviços diferentes, à participação em discussões e construção dos projetos terapêuticos, discussão de temas prevalentes, elaboração de estratégias para lidar com a demanda reprimida, análise dos encaminhamentos e, além disso, as equipes de Apoio Matricial podem realizar grupos, visitas domiciliares ou ações conjuntas, oferecer atendimentos especializados ou ofertar conhecimentos e orientações de seu núcleo de saber que possam ajudar na compreensão do caso (DOMITTI, 2006; CUNHA & CAMPOS, 2011).

No guia prático de matriciamento em Saúde Mental (CHIAVERINI, 2011) estão descritas as principais ferramentas para o Apoio Matricial, que se alinham às que já foram apresentadas e que, embora tenham sido apresentadas para as equipes e profissionais de Saúde Mental, estão em consonância com o apresentado no Caderno de Atenção Básica que dispõe sobre o NASF (BRASIL, 2009) e pode ser estendido para as demais especialidades, em sua maioria: elaboração do projeto terapêutico singular, a interconsulta, consulta conjunta, visita domiciliar conjunta, contato à distância por telefone e outras tecnologia (que, a exemplo dos verbetes Telemedicina e Telessaúde do glossário temático “gestão do trabalho e educação em saúde” publicado em 2009 pelo Ministério da Saúde, poderíamos chamar de Teleapoio), realização de grupos, educação permanente, intervenções terapêuticas (atendimentos especializados) e abordagem familiar. Entretanto, não incluem importantes instrumentos, como a realização de ações no território, que estão previstas do Caderno do NASF e os projetos intersetoriais.

A Equipe de Referência, por sua vez, é reconhecida por Cunha & Campos (2011) por constituir a menor unidade de poder em uma organização e por assumir a responsabilidade pela coordenação e condução de um caso individual, familiar ou comunitário. Usualmente, apresenta uma composição interdisciplinar e surge como uma aposta para articular a lógica interdisciplinar com o poder organizacional compartilhado. Sua organização do processo de trabalho deve se dar em função de garantir a responsabilização pelas pessoas e casos, a adscrição de clientela, o vínculo longitudinal e a efetivação de espaços coletivos de discussão, que por sua vez pressupõe a cogestão e a

democratização das relações institucionais (CAMPOS & DOMITTI, 2007; OLIVEIRA, 2010).

Conforme Campos (1999), dependendo da disponibilidade, cada Equipe de Referência na Atenção Básica poderia ser montada com médicos generalistas, enfermeiras, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários e, dependendo da disponibilidade, cada equipe poderia contar com médicos especialistas, assistentes sociais, psicólogos ou, em caso de haver um número menor de profissionais do que de equipes necessárias para o atendimento da população de uma região, organizar-se-ia o Apoio Matricial desses especialistas a um determinado número de Equipes de Referência. A proposta do Apoio Matricial permitiria que se ampliassem as possibilidades e composição interdisciplinar, sem diluir a responsabilidade sobre os casos e sem criar percursos intermináveis de encaminhamento, já que haveria proximidade e interação entre os especialistas e as Equipes de Referência e estas permaneceriam responsáveis pela elaboração e aplicação dos projetos terapêuticos e das outras ações no território.

Os arranjos do Apoio Matricial e Equipe de Referência, na maneira como foram pensados, favoreceriam a realização da clínica ampliada e da integração dialógica entre distintas especialidades e profissões.

Neste sentido, Figueiredo (2012) aponta que o trabalho na lógica matricial contribui para o aumento da capacidade resolutiva das equipes, qualificando-as para uma atenção ampliada, além de permitir acumular saberes para poder distinguir entre os casos que podem ser acompanhados pela Equipe de Referência, daquelas que necessitam de atenção especializada ou de outras instâncias como assistência social ou educação, diminuindo encaminhamentos e medicalização excessivos, além de minimizar o consumo desenfreado de tratamentos, procedimentos e exames que podem causar danos e iatrogenias.

Da mesma forma, a autora acredita que a construção de uma rede matricial junto às Equipes de Referência poderia disparar uma série de mudanças na atenção à saúde, orientadas para a corresponsabilização, a ampliação da clínica e a interdisciplinaridade.

No entanto, alguns importantes desafios se desenham no horizonte dessas propostas. Domitti (2006) chama atenção para alguns importantes obstáculos, embora não os veja como impedimentos categóricos para o Apoio Matricial, mas como oportunidades para estimular os profissionais a enfrentar estes problemas e a encontrar soluções criativas.

Ela cita o **obstáculo estrutural** que se relaciona com a maneira como os serviços de saúde frequentemente se estruturam, que dificulta a interdisciplinaridade e tendem à lógica da fragmentação do cuidado, com poucos espaços de diálogo; o **obstáculo decorrente do excesso de demanda e da carência de recursos**, em virtude das evidências de que o volume de serviços oferecidos pelo Sistema Único de Saúde ainda é insuficiente; o **obstáculo político e de comunicação**, que decorre da tradição dos serviços de saúde em concentrar o poder e não construir sistematicamente espaços de deliberações compartilhadas; o **obstáculo subjetivo e cultural** que sinaliza aos profissionais que, para se trabalhar com o Apoio, é preciso disposição subjetiva para lidar com as incertezas, com as críticas e com a partilha do poder; o **obstáculo ético**, que envolve as questões da privacidade e do sigilo dos casos que passarão a ser compartilhados e o **obstáculo epistemológico**, que é fruto da constatação de que a maioria dos profissionais da saúde trabalha com um referencial restrito sobre o processo saúde-doença e permanecem adeptos da racionalidade biomédica.

Dimenstein (2009), ao analisar o Apoio Matricial no Rio Grande do Norte, observou que não há clareza acerca da proposta entre os trabalhadores das unidades de Saúde da Família e que prevalecem incertezas e expectativas equivocadas por parte de alguns desses profissionais de Equipes de Referência. Ela afirma que uma proposta como esta, que envolve muitos atores em sua elaboração e execução deve ser discutida por todos os envolvidos e construída em parceria; e acrescenta que o Apoio Matricial não pode ser uma decisão tomada no nível da gestão, de forma centralizada e isolada, ou suas chances de sucesso serão praticamente nulas.

Por se tratar de um arranjo que demanda mudanças no cotidiano de trabalho, podem surgir muitas resistências, tanto nas equipes de Atenção Básica quanto nos serviços especializados, sendo que muitas vezes o Apoio Matricial pode, na opinião dos trabalhadores, acarretar sobrecarga de trabalho, principalmente se a implementação do Apoio acontece dissociada de um planejamento e da gestão dos processos de trabalho (DIMENSTEIN, 2009; BALLARIN, BLANES & FERIGATO, 2012).

Além disso, Cunha e Campos (2011) explicam que, no Brasil, as funções de coordenação de casos e de rede e o papel de filtro não são muito praticadas pela Atenção Básica. Igualmente, verifica-se no SUS, que os serviços especializados são pouco

permeáveis ao contato direto com profissionais da Atenção Básica e, ao mesmo tempo, há pouca disposição dos serviços da Atenção Básica em buscar contatos externos. Estes dois aspectos dificultam a construção do Apoio Matricial.

Oliveira (2010) lembra que o sucesso do Apoio Matricial depende de condições como: número suficiente e qualificação dos trabalhadores, cultura organizacional dos gestores e dos trabalhadores, rede de serviços disponível, organização do trabalho, e formação permanente para os envolvidos, já que a função de apoiador sugere a incorporação de referenciais e ferramentas do Apoio Paideia.

As diretrizes para a formação dos trabalhadores que desenvolvem ações de Apoio Matricial estão em processo constante de construção (CUNHA, 2009; OLIVEIRA, 2010; FIGUEIREDO, 2012; FURLAN, 2012). Partindo do que já se tem produzido sobre este tema, nota-se a relevância de que os profissionais que pretendem trabalhar na lógica do apoio possuam conhecimentos característicos de seu núcleo de saber, mas que também desenvolvessem habilidades referentes ao campo da Atenção Básica e da Saúde Coletiva, como a de trabalhar com grupos, desenvolver projetos terapêuticos singulares, elaborar e executar ações no território a partir da análise das necessidades e discutir casos na perspectiva interdisciplinar, considerando a abordagem familiar. E, ainda, que pudessem se aproximar das ferramentas e referenciais do Método Paideia, o que implica no exercício de estar aberto para relações dialógicas e para lidar com os conflitos, em compartilhar o poder e colaborar para construir espaços coletivos de discussão e de deliberação, além de aprender a analisar criticamente os processos de gestão e o modelo de atenção à saúde para poder fazer as ofertas pertinentes.

Neste sentido, a proposta de trabalho do Apoio Matricial e das Equipes de Referência parece demandar conhecimentos e saberes pouco próximos historicamente do repertório acumulado pelos profissionais da saúde durante sua graduação, o que confirma as constatações de Ballarin, Blanes e Ferigato (2012) de que esse trabalho pode suscitar angústias devido à falta de experiência e à formação deficiente para esta atuação profissional. E, dada a complexidade que envolve o papel do Apoiador, é preciso considerar que além da formação voltada para o SUS durante a graduação, seriam necessários espaços de reflexão e de aprendizagem no trabalho, como estratégias para promover a saúde destes trabalhadores.



## **Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF): uma proposta para o Apoio Matricial na Atenção Básica**

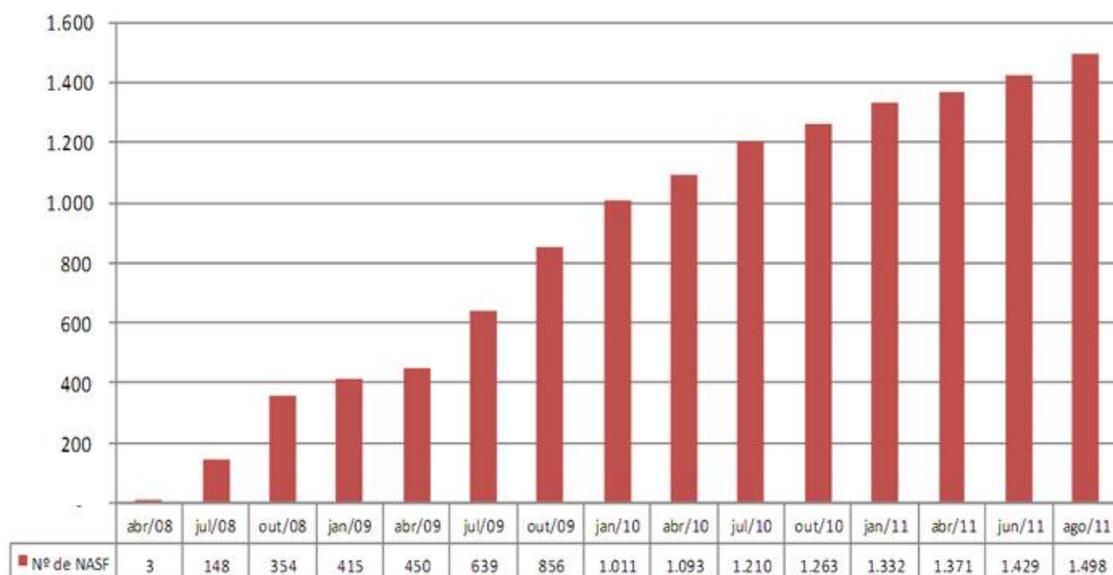
A partir de 2003, algumas políticas e programas do Ministério da Saúde, tais como o HumanizaSUS, a Saúde Mental e a Saúde da Família vêm incorporando o Apoio Matricial como uma das diretrizes para a gestão do trabalho, utilizando especialmente o Apoio em sua dimensão de função-apoio, ou seja, enquanto metodologia de trabalho. Entretanto, a dimensão do Apoio enquanto estrutura ou arranjo só foi realmente utilizada na definição de uma portaria do Departamento de Atenção Básica no Ministério com a proposta dos NASF - Portaria n. 154, de 24 de Janeiro de 2008 - que prevê recurso financeiro destinado especificamente para a contratação de profissionais de apoio para as equipes de Saúde da Família (CAMPOS, CUNHA & FIGUEIREDO, 2013).

Trata-se de equipes interdisciplinares que têm como função principal apoiar as equipes de Saúde da Família, para que estas aumentem sua resolutividade. As diretrizes do Ministério (2009) indicam que o NASF não constitui porta de entrada para os usuários e que o apoio será formado por um conjunto de profissionais que não têm necessariamente relação direta e cotidiana com os usuários, mas cujas tarefas serão de prestar apoio às Equipes de Referência (Equipes de Saúde da Família). Ou seja, embora os profissionais do NASF possam realizar atendimentos individuais, essas atividades não são prioritárias (BRASIL, 2009; CUNHA & CAMPOS, 2011).

Gonçalves (2012) mostra que houve um aumento exponencial no número das equipes de NASF em todo o território nacional, desde a sua regulação, durante o período de Abril de 2008 a Agosto de 2011, o que se evidencia no gráfico apresentado no sítio do Ministério da Saúde: <http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php#historico>

**Figura 1** – Evolução do número de Núcleos de Apoio à Saúde da Família implantados no Brasil (2008 – 08/ 2011).

Figura 2



FONTE: SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica  
SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde

Acessado em 01/07/2013, no sítio <http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php#historico>

Abaixo, seguem os dados referentes ao número de equipes de NASF implantadas no período de 2008 a 2013 em todo o território nacional, demonstrando que elas continuam aumentando, passando de 1.564 equipes em 2011 para 2.181 em 2013:

**Tabela 1** - Número de equipes NASF implantadas no período de 2008 a 2013 (BRASIL, 2013).

Ano	NASF 1	NASF 2	Total
2008	369	26	395
2009	866	86	952
2010	1159	127	1.286
2011	1408	156	1.564
2012	1536	393	1.929
2013	1686	495	2.181

Fonte: Fonte: DAB/SAS/MS setembro de 2013.

Atualmente, com a regulamentação da Portaria no. 2.488 de 21 de Outubro de 2011 (BRASIL, 2011), houve uma ampliação dos contextos de atuação das equipes de NASF que passaram a se configurar como equipes multiprofissionais que atuam de forma integrada com as equipes de Saúde da Família (ESF) e também com as equipes de atenção básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais) e com o Programa Academia da Saúde.

Além disso, com a publicação da Portaria 3.124 de 28 de Dezembro de 2012 (BRASIL, 2012), o Ministério da Saúde criou uma terceira modalidade de conformação de equipe: o NASF 3, abrindo a possibilidade de que qualquer município do Brasil faça implantação de equipes NASF, desde que tenha ao menos uma equipe de Saúde da Família.

No entanto, Campos, Cunha & Figueiredo (2013) acreditam que ainda não está claro na política se todas as relações entre a Atenção Básica e outros serviços de especialidades devem ser pautadas pela proposta do Apoio Matricial, uma vez que só prevê a contratação de poucos tipos de especialistas: assistentes sociais, educador físico, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico acupunturista, médico ginecologista, médico homeopata, médico pediatra, médico psiquiatra, nutricionista, psicólogo e terapeuta ocupacional, que logicamente não esgotam as possibilidades de relação e tampouco as necessidades das equipes da Atenção Básica.

Além disso, alguns problemas estruturais, como a oferta insuficiente de serviços especializados têm induzido um uso equivocado dos NASF, de forma que não é incomum que sejam solicitados para desempenhar funções de substituição, com práticas ambulatoriais, o que conflita com a diretriz do ministério que não prioriza atendimento individual aos usuários e resulta no sentimento de frustração para todos os envolvidos (CUNHA & CAMPOS, 2011).

Desta forma, se os NASF continuarem a ser implementados de forma descuidada e não associada a mudanças estruturais, corre-se não apenas o risco de insucesso, mas também de enfraquecer e de descaracterizar a proposta do Apoio Matricial, dado que ainda são o principal investimento do Ministério da Saúde na área e a representam nacionalmente.



## **Cuidado compartilhado no contexto internacional**

Embora assumam diferentes nomenclaturas, tais como cuidado compartilhado (*shared care*) e cuidado colaborativo (*collaborative care*), a proposta de estabelecer relações de troca de conhecimento entre os diferentes profissionais no intuito de qualificar o cuidado, principalmente entre as equipes de Atenção Básica e especialistas, vem sendo investigado no cenário internacional, incluindo Reino Unido, Irlanda, Austrália, Canadá e Espanha. Nesses países, a proposta se refere, sobretudo, ao cuidado a doenças crônicas, mais especificamente no tratamento da diabetes e na saúde mental.

No Canadá, em 1994 foi criado um importante programa de cuidado colaborativo que incluía especialistas de saúde mental e de nutrição em Ontário. Este programa foi expandido no “médio-Canadá” a partir de 1996 (VINGILIS *et al.*, 2007). E, em 1997, foi criado um *College*, com funções de comitê de regulamentação, com o objetivo de facilitar a colaboração entre psiquiatras e médicos da Atenção Básica em todo o território canadense (KATES & CRAVEN, 2002).

Vingilis *et al.* (2007) salientam que os profissionais envolvidos no cuidado colaborativo referem a percepção de desenvolvimento recíproco de habilidades, com aprendizagem compartilhada e que esta proposta de trabalho tem se mostrado bem sucedida na melhoria do acesso, da comunicação e colaboração entre os médicos, e das condições de trabalho, por proporcionar aos médicos de família ferramentas para lidar com problemas de maior complexidade.

Em Portugal, ainda não há um programa sistematizado de cuidado compartilhado, mas a prática dos profissionais da psicologia e da nutrição na Atenção Básica já começa a ser pautada pela relação dialógica e colaborativa com as equipes multidisciplinares, em especial nas Unidades de Cuidados na Comunidade, nas quais contribuem no planejamento e realização de ações no território. Nas Unidades de Saúde da Família, apesar de prevalecerem os atendimentos individuais por especialidade, os profissionais têm se organizado para realizar discussão de casos interdisciplinares. De toda sorte, é possível vislumbrar, ainda que em estágio embrionário, iniciativas de cuidado compartilhado (PISCO, 2011; TRINDADE & TEIXEIRA, 2000).

Na Espanha, García-Talavera Espín *et al.* (2012) indicam que há o exemplo de Múrcia, onde foi criada, em 2007, uma unidade interdisciplinar de diabetes, coordenada pela endocrinologia e composta por enfermeiras educadoras em diabetes, nutricionistas, cirurgião, enfermeiras especializadas em pé diabético, oftalmologista, médico socorrista e de reabilitação, além de 10 médicos generalistas e 10 enfermeiras de Atenção Básica, que, por sua vez, coordenavam o restante das equipes de saúde dos Centros de Saúde de sua região e os serviços especializados do Hospital Reina Sofia de Murcia que cuidam de pacientes diabéticos. Segundo os autores, este trabalho interativo entre as Unidades de Diabetes e os serviços de Atenção Básica tem contribuído para reduzir o número de emergências e de internações, além de melhorar a comunicação interdisciplinar.

No Reino Unido, Barbara Starfield explica que a crescente complexidade dos desafios na prática médica tem exigido a construção de novos modelos de organização do trabalho, haja vista que a Atenção Básica, isoladamente, não dará conta de atender os desafios impostos pelas doenças crônicas e pelas comorbidades. Defende as diferentes interfaces possíveis a partir da relação entre a Atenção Básica e as Especialidades, pois os pacientes têm expressado maior satisfação com o atendimento e o cuidado compartilhado, o qual tem produzido redução do número de exames e procedimentos. Ademais, a autora atribui a maior resolutividade da Atenção Básica no Reino Unido à possibilidade de comunicação entre médicos generalistas e outros especialistas (STARFIELD, 2003).

Na Irlanda, embora se esteja discutindo o assunto no que tange ao cuidado das doenças crônicas, os autores apontam que, frente aos resultados diversos encontrados na revisão de literatura, não se pode afirmar com garantia que o cuidado compartilhado ofereça benefícios significativos, exceto para a melhoria das prescrições de medicamentos. E, portanto, não há evidências suficientes para apoiar a expansão do cuidado compartilhado, enquanto não se realizem estudos complementares, com rigor metodológico (SMITH *et al.*, 2007).

Já na Austrália, o interesse pelas propostas de cuidado compartilhado no país parece ser mais recente. Kelly *et al.* (2011) apontam que em 2008 o Comitê de Eventos Sentinela em Saúde Mental do governo do New South Wales declarou que não há padrões suficientes para orientar as práticas de cuidado compartilhado em saúde mental e que, o Departamento

de Saúde, em 2010, encomendou uma revisão das evidências sobre os modelos de cuidado compartilhado em saúde mental.

Nesses contextos, o cuidado compartilhado/cuidado colaborativo é definido pela participação conjunta de profissionais de Atenção Básica e especialistas no planejamento dos projetos terapêuticos, mediados por arranjos organizacionais e, via de regra, também procura abranger alguns dos seguintes componentes: i) introdução do papel de coordenação dos casos pela Atenção Básica, com intervenções sistemáticas e estruturadas; ii) introdução de mecanismos para vinculação entre os profissionais e; iii) desenvolvimento de estratégias para coletar e compartilhar informação sobre o progresso dos pacientes (BOWER *et al.*, 2006; SMITH *et al.*, 2007).

Bower *et al.* (2006) comentam que as intervenções de cuidado compartilhado variam muito, em conteúdo e intensidade, ao passo que há ainda poucos estudos sobre o tema. Por isso, não estaria claro quais aspectos são imprescindíveis para a efetividade da proposta.

A variedade de arranjos e de formatos que o cuidado compartilhado assume pode ser entendida como uma característica de plasticidade, que é necessária para que possa se adaptar em diferentes cenários, segundo as singularidades de cada um deles. Por outro lado, é fato que muitas variáveis concorrem para que o cuidado compartilhado seja efetivado e a análise desses componentes poderia auxiliar para o fortalecimento da proposta.

Starfield (2003), por exemplo, chama atenção para a necessidade de se esclarecer o novo papel dos especialistas neste novo arranjo.

Segundo ela, na interface entre os profissionais da Atenção Básica e especialistas, o papel da Atenção Básica está melhor definido, na medida em que é responsável por oferecer um cuidado integral e longitudinal aos usuários, ser ordenadora da rede e caracterizar a principal porta de entrada do sistema de saúde. Por sua vez, a inserção dos especialistas se dá de diferentes formas: consultas breves; intervenções pontuais para as quais as equipes de Atenção Básica não têm os equipamentos ou os conhecimentos necessários; atuação no cuidado continuado por meio de conselhos às equipes de Atenção Básica sobre questões emergentes nos casos; ou podem se envolver quando a equipe de Atenção Básica lhes transfere totalmente o cuidado de certos pacientes (STARFIELD, 2003).

Entretanto, defende que o papel mais adequado dos especialistas, dentro desta proposta de relação interdisciplinar, seria a de consultores, mas sem excluir a possibilidade de visitas periódicas aos serviços de Atenção Básica para verem grupos de pacientes. Aliás, ela vê nessas visitas um espaço importante para a troca de conhecimentos e de aprendizado mútuo (STARFIELD, 2003).

Na meta-análise realizada por Foy *et al.* (2010) sobre o cuidado compartilhado, a comunicação interprofissional também emergiu como principal fator associado à efetividade deste modelo, independentemente do coeficiente de integração do sistema de saúde. Para eles, também seria importante a construção de coordenações organizacionais para as equipes que trabalham nessa lógica. Sua função seria a de lidar com os constrangimentos relacionados à falta de tempo na agenda e à dificuldade de realizar encontros para poder garantir as possibilidades de comunicação interativa entre os profissionais.

Da mesma forma, a avaliação realizada por Vingilis *et al.* (2007) sobre os processos de um programa de cuidado colaborativo no Canadá, aponta a comunicação, mediada por uma “política de portas abertas”, como ponto importante, além de uma do contato diário com outros profissionais e a construção conjunta de projetos terapêuticos.

Já Kelly *et al.* (2011), apresentam uma lista de elementos que podem contribuir para a efetivação do cuidado compartilhado e os chama de “ingredientes principais”. São eles: i) aproximação sistemática para o envolvimento dos serviços generalistas com os de especialidade, por meio da construção do objetivo comum de melhorar o cuidado; ii) elaboração de um modelo coerente com as necessidades da população alvo; iii) um acordo para a definição de um modelo clínico e de monitoramento dos pacientes que contemple a possibilidade de encontros para a revisão dos casos, quando necessário; iv) atenção para as questões referentes à seleção e contratação de pessoal, associadas à garantia de espaços de supervisão clínica para apoiar o desenvolvimento de habilidades e manutenção do modelo assistencial; v) fortalecimento das instâncias de gestão da clínica.

Kates e Craven (2002) lembram que os gestores têm começado a aceitar os princípios do cuidado compartilhado, mas que, se pretendemos avançar, é preciso fazer mais. Primeiramente, seria preciso investir maciçamente na formação dos profissionais da saúde que trabalharão segundo a lógica desse cuidado, o que inclui mudanças nos

currículos de graduação e de residência. Em segundo lugar, seria preciso assegurar que os novos projetos de cuidado compartilhado se baseassem, o máximo possível, em evidências. E, por fim, recomendam a construção de um quadro único de indicadores para avaliação dos projetos, o estabelecimento de um jargão compartilhado e a construção de uma agenda de pesquisas sobre o assunto.

A necessidade de pesquisas avaliativas sobre o cuidado compartilhado é tema recorrente no cenário internacional, que se mostra muito preocupado com a construção de evidências científicas que possam orientar os trabalhos. Vingilis *et al.* (2007), afirmam que apesar de não terem dúvidas sobre a efetividade do cuidado compartilhado, é preciso saber mais sobre esses programas.

Para Bower *et al.* (2006), o aprofundamento que demanda sobre o cuidado compartilhado pode ser obtido a partir de estudos qualitativos sobre a natureza da relação interprofissional e da relação médico-paciente no cuidado colaborativo e sobre a influência do contexto e das variáveis organizacionais nesses processos. Eles completam que seria interessante que esses estudos qualitativos estivessem aliados a estudos quantitativos, para que fosse possível a comparação entre os diferentes métodos.

A utilização dos métodos mistos também foi defendida por Vingilis *et al.* (2007), que combinaram a análise quantitativa das informações de um banco de dados com a realização de grupos focais com os profissionais, como estratégia para empreender uma avaliação sobre o cuidado compartilhado.

Além disso, seria interessante que se pudesse empregar efetivamente um modelo de avaliação participativa, no qual os atores envolvidos na prática do cuidado compartilhado pudessem ser estimulados a se envolver em algumas ou em todas as etapas da avaliação, indo muito além do fornecimento de informações. Esses grupos de interesse poderiam se inserir na construção de indicadores apropriados e debater sobre qual seria o melhor método e periodicidade da coleta dos dados. Da mesma forma, esses grupos e as equipes poderiam utilizar os espaços de discussão propostos no processo de avaliação participativa para refletirem sobre seu trabalho, e se tornariam um importante meio formativo (FURTADO, 2012).

A despeito da validade das recomendações empreendidas por esses estudos sobre o cuidado compartilhado para a qualificação do trabalho interprofissional, é importante situar

que a proposta brasileira de Apoio Matricial conseguiu agregar as recomendações desses programas dos outros países apresentados, acrescentando ainda, novas perspectivas e estratégias ausentes na descrição dos estudos internacionais. A metodologia de Apoio Matricial recomenda: a) personalização das relações interprofissionais, recuperando a antiga tradição da troca de plantões, quando uma equipe transmite informações à outra sobre os casos, a viva voz. Buscam-se formas de contato pessoal e não somente o fluxo burocrático de casos por meio de pedidos de interconsulta ou de fichas de referência e contra-referência; b) o processo de Apoio começa com o estabelecimento de contrato sob o modo como se organizará essa relação interprofissional, considerando-se as diretrizes do Apoio, mas sempre com liberdade para adequá-las ao contexto. Elemento importante desse contrato é o estabelecimento de critérios de risco que ordenem o compartilhamento; c) definição clara de responsabilidade pelo caso: o caso poderá ser compartilhado mediante cuidado conjunto, ou simultâneo - a coordenação do projeto terapêutico poderá variar conforme o caso e a fase do próprio caso; d) utilização de formas de cogestão e do método da roda (Apoio) durante prática interprofissional, a saber: o apoio estabelece-se entre profissionais com núcleos de saberes diferentes, objetivando ampliação do manejo, e as diferenças deverão ser explicitadas como ofertas, isto é, como visões distintas, mas que estarão sempre sujeitas a crítica e reconstrução pelo debate do coletivo; e) o Apoio Matricial é também uma forma de educação permanente e de reconstrução de si mesmo, uma vez que cria espaços coletivos de reflexão sobre práticas e certezas cristalizadas.

O Apoio é uma Práxis. Práxis e não somente uma tecnologia ou uma ferramenta. É um método dialético, uma constelação de conceitos que podem ser combinados de várias maneiras conforme o objetivo e especificidade do caso.

O Apoio Matricial foi construído mediante a influência combinada de um referencial epistemológico e político e de uma heurística centrada no estudo de casos. Baseou-se em apostas teóricas e políticas oriundas da tradição dos Sistemas Públicos e Universais de Saúde e do SUS em particular. Especificamente, baseou-se na concepção ampliada sobre a produção de saúde e na aposta da constituição de instituições e de práticas em saúde de caráter democrático (CAMPOS, CUNHA & FIGUEIREDO, 2013). Constituiu-se, também, como uma aplicação metodológica do Método Paideia, formulado

por Campos (2000), o que lhe confere marcas bastante singulares frente aos projetos de cuidado compartilhado.

Uma característica distintiva do Apoio Matricial é seu compromisso com a construção de instituições e de relações de trabalho democráticas, o que significa que tem também como objetivo colaborar para a distribuição do poder entre os diferentes atores envolvidos. Em outras palavras, traz para a cena um elemento que tende a ser marginalizado nas discussões clínicas: a política (CAMPOS, 2000; CAMPOS, CUNHA & FIGUEIREDO, 2013).

Assumir explicitamente a empreitada de lidar com a política na gestão e nas práticas de saúde está relacionado com o entendimento de que, de fato, política, gestão, clínica e promoção à saúde são elementos indissociáveis no concreto. A consideração interdependente destas dimensões ressalta novo papel para trabalhadores e também usuários dos serviços.

Neste sentido, o Apoio Matricial também se diferencia por pressupor a cogestão e a construção compartilhada do cuidado, o que implicada em organizações que facilitem relações comunicativas e dialógicas entre os profissionais de saúde e, sobretudo, entre estes e os usuários, para que participem ativamente da elaboração dos seus projetos terapêuticos.

A metodologia de Apoio Matricial utiliza a concepção de teoria e método da Escola de Frankfurt que escapa à rigidez da ciência moderna, uma vez que pensa teoria e método de maneira dialética. Não há um método ideal para toda e qualquer situação. O método deve ser construído tendo em vista sua relação com a área temática de aplicação, isto é, com o objeto, com a pergunta ou com a hipótese de trabalho. No caso, o mapa de núcleos conceituais que compõem o Apoio Matricial foi pensado tendo em vista o tema do trabalho interprofissional em equipe e em redes de saúde. Ao contrário do entendimento tradicional no marxismo, a dialética aqui é entendida como um processo em que as interações e sínteses entre os elementos produzem tanto efeitos sinérgicos quanto contraditórios, nos quais são criados novos contratos sociais e novas contradições (CAMPOS, CUNHA & FIGUEIREDO, 2013).

E é justamente a partir desta postura de reconhecimento do conflito e da contradição imbricados com os movimentos de composição e de negociação que a metodologia Paideia

busca integrar a sociedade e os indivíduos - atores que intervêm e sofrem as consequências de viver em sociedade e de se relacionar uns com os outros (CAMPOS, 2000).

Assim, demanda trabalhar a partir do reconhecimento do conflito e da mútua transformação inerentes ao processo dialético que orienta as relações pessoais e institucionais, perceber a política enquanto um elemento presente na clínica e nas relações interprofissionais e, principalmente, marcar o lugar do usuário como um sujeito que participa ativamente da coconstrução do cuidado e dos serviços de saúde.

O Apoio Matricial pode ser melhor aproveitado se também estiver baseado numa lógica de territorialização, em que cada grupo de especialistas referencia uma determinada área , possibilitando construção de vínculos entre profissionais, apesar de participações episódicas. Essa lógica corresponde à proposta contida no Relatório Dawson (1920) e tem sido utilizada no Reino Unido (OPAS, 1964; STARFIELD, 2003).

Pelo que foi exposto é possível assumir que situar a proposta do Apoio Matricial no referencial teórico Paideia significa que ela incorpora as inovações que se têm produzido no cenário internacional e, ao mesmo tempo lhe confere características indiscutivelmente necessárias para a consolidação do SUS. Por isso, faz-se necessário lembrar sempre que o Apoio Matricial tem sua origem no Método Paideia e que isso significa muito.

## **Apoio Matricial e Apoio Institucional: uma discussão a partir dos conceitos de campo e núcleo**

Esta discussão faz sentido tendo em vista que a partir da disseminação prática do Apoio Matricial e do Apoio institucional, principalmente em sua dimensão de arranjo estrutural, ou seja, como cargos específicos, trouxe para cena duas personagens mais do que atuais: o Apoiador Institucional e o Apoiador Matricial. O termo “Apoiador” tornou-se vocábulo recorrente nos serviços de saúde, mas de forma indiscriminada, a ponto de parecer que todos são apoiadores, o que enfraquece a proposta e não faz jus à concepção Paideia que a originou.

Em especial, essa temática ganhou destaque a partir de 2003, quando o Ministério da Saúde iniciou um processo de formulação e implantação do Apoio Institucional aos estados e municípios. No primeiro momento, centrou-se em duas perspectivas: no apoio à gestão descentralizada do SUS – coordenado pelo Departamento de Apoio à Descentralização (DAD) da Secretaria Executiva – e no apoio à mudança dos modelos de gestão e atenção dos sistemas e serviços de saúde – coordenada pela Política Nacional de Humanização (Humaniza/SUS). Outro importante movimento aconteceu a partir de 2011, quando o Ministério da Saúde implementou o Apoio Institucional, buscando a articulação das diversas secretarias e departamentos, chamado *Apoio Institucional Integrado*, coordenado pelo Núcleo Gestor do Apoio Integrado (composto por todas as Secretarias do Ministério e coordenado pela Secretaria Executiva). Em seguida, algumas Secretarias de Estado da Saúde também criaram núcleos de apoiadores institucionais para realizar a relação com as secretarias e serviços municipais, destacando-se a Superintendência de Atenção Básica do Rio de Janeiro, a Diretoria de Atenção Básica da Bahia e Fundação Estatal de Saúde da Família da Bahia (BRASIL, 2004a; BRASIL, 2004b; BRASIL, 2011)

Além disso, essa discussão foi suscitada em diversos momentos durante o curso de especialização “Apoio em Saúde” que foi oferecido pelo Departamento de Atenção Básica (DAB) em parceria com a Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) e que teve como público alvo profissionais que trabalham com o Apoio Institucional. O curso, realizado entre Agosto de 2012 e Setembro de 2013, reuniu profissionais dos três entes federativos: município, estado e ministério da saúde, oriundos dos diversos estados brasileiros. Durante o percurso, ficou evidente a confusão entre o que era Apoio Matricial e

Apoio Institucional e uma discussão que os diferenciasse, ainda que apenas para efeitos pedagógicos, foi solicitada como forma de organizar as práticas destes profissionais e para restituir de sentido o ser “Apoiador”.

Compartilhar a discussão feita naquele espaço e em alguns outros parece interessante para contribuir para a construção da identidade dos profissionais do Apoio Matricial e do Apoio Institucional, sem negar as sobreposições e complementaridade que ambos apresentam e, principalmente, sem prejudicar a aposta na ampliação da clínica. Até porque, como já foi explicado, tanto o Apoio Matricial, como o Apoio Institucional e a Clínica Ampliada (práticas de saúde) compõem, igualmente, os três planos de aplicação da Práxis Paideia.

Nesse sentido, o resgate dos conceitos de campo e núcleo mostra-se fundamental estratégia para empreender uma análise do trabalho em Apoio Matricial e do Apoio Institucional que atenda a essas especificidades.

Entre 1994 e 1997, durante um projeto sobre a formação e especialização médica no Brasil, financiado pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) e Associação Médica Brasileira (AMB) e desenvolvido por Gastão Wagner de Sousa Campos, foram construídos os conceitos de campo e núcleo. Eles nascem do reconhecimento do aumento da produção teórica acerca da interdisciplinaridade e da existência de um paradoxo no campo do conhecimento: de um lado o isolamento paranoico das profissões, de outro, a fusão esquizofrênica entre os saberes que muitas vezes culminam na desresponsabilização pelo cuidado em saúde (CAMPOS, 2000).

Nesse sentido, Campos (2007) explica que os conceitos núcleo e campo conformam uma crítica não apenas ao corporativismo e fechamento disciplinar, mas também à tendência pós-moderna de diluir a tal ponto os saberes, que inviabiliza a construção de identidade profissional para os sujeitos e, portanto, dificulta a constituição de currículos e do papel de cada profissão no cotidiano. Ou seja, configuram uma iniciativa para se tentar lidar com o dilema entre a burocratização corporativa e a diluição interdisciplinar das profissões e especialidades.

O núcleo representaria a face mais estruturada do conhecimento e dos papéis que circunscreveriam as disciplinas e ajudaria a construir a identidade e a especificidade das profissões. É constituído pelo conjunto de conhecimentos e atribuições (tarefas) específicos

e característicos de cada profissão e, portanto, colabora para a materialização do compromisso desta com a produção de valores de uso. Propõe-se denominar de núcleo as diferenças entre papéis e conhecimento das diversas profissões (CAMPOS, 2007; CAMPOS, 2000; CUNHA & CAMPOS, 2011).

Por sua vez, o campo indica um conjunto eventual de conhecimentos e tarefas do qual uma profissão ou especialidade deverá se apropriar para lograr eficácia e eficiência em determinados contextos. Tais características conferem-lhe uma conceituação situacional e uma configuração mutante. O campo representa a possibilidade da identidade cristalizada, construída pelo núcleo, poder se abrir ao mundo da interdisciplinaridade e da interprofissionalidade (CAMPOS, 2000; CUNHA & CAMPOS, 2011).

Entretanto, vale frisar que apesar da diferenciação didática que se estabelece, não é de polaridade ou de antagonismo a relação entre esses dois conceitos. O núcleo indica uma aglutinação e uma determinada concentração de saberes e de práticas, mas de forma alguma indica um rompimento radical com a dinâmica do campo. Muito pelo contrário, na concepção do autor (CAMPOS, 2000), tanto o núcleo quanto o campo seriam mutantes e interinfluenciáveis, não havendo limites rígidos entre um e outro.

E, ainda que esses conceitos tenham sido criados para explicar a formação na área médica, sua aplicação se estende para muito além, tendo sido utilizados para explicar as práticas de saúde coletiva e também para caracterizar as ações de Apoio Matricial (CUNHA & CAMPOS, 2011; CAMPOS, 2012).

Da mesma forma como os conceitos de campo e núcleo contribuem para a compreensão das ações de saúde coletiva e também para o trabalho do Apoio Matricial, eles se apresentam como um referencial crítico para explicar a relação entre o Apoio Matricial e o Apoio Institucional quando assumem o caráter de cargo de trabalho ou arranjo organizacional.

O Apoio Institucional caracteriza-se por uma metodologia que busca reformular os tradicionais mecanismos de gestão mediante a realização de cogestão. Pressupõe postura interativa, tanto analítica quanto operacional, que complementaria e transformaria o modo de se desempenhar as funções gerenciais como a de coordenação, planejamento e direção – Apoio para viabilizar o governo e a gestão no modelo de cogestão (CAMPOS, CUNHA & FIGUEIREDO, 2013).

Já o Apoio Matricial, como apresentado anteriormente, realiza-se no cotidiano das práticas profissionais e de maneira compartilhada com os usuários. Refere-se ao apoio no contexto da clínica ampliada e da promoção, e parte de um lugar de suposto saber e, ao mesmo tempo, de poder profissional. Pretende modificar as relações de trabalho, tendo como eixos norteadores a cogestão e apoio nas relações interprofissionais; a interdisciplinaridade com o compartilhamento de saberes e o trabalho em equipe com responsabilização pela população (CAMPOS, CUNHA & FIGUEIREDO, 2013).

Neste sentido, utilizando os conceitos de campo e núcleo da maneira habitual, identifica-se que o Apoio Matricial compõe-se de profissionais de diferentes núcleos de saber, dialogando e trocando conhecimentos entre si para construir o campo adequado a um dado projeto terapêutico singular, na medida em que cada profissão busca o apoio em outras áreas para cumprir suas tarefas. Entretanto, também se pode entrever outra possibilidade de abordagem do objeto relacional do Apoio Matricial, que possibilitaria diferenciá-lo, sem, contudo, distanciá-lo do Apoio Institucional.

Poder-se-ia dizer que o núcleo do Apoio Matricial refere-se à clínica e o do Apoio Institucional, à gestão. Isso não retira a clínica e saúde coletiva da responsabilidade do Apoio Institucional, e vice-versa, tampouco elimina a política e a gestão do Apoio Matricial. Um psicólogo que trabalha com o Apoio Matricial tem como núcleo a psicologia e as relações subjetivas, contribuindo para ampliar a abordagem, particularmente, na dimensão psicossocial, de equipes com outra formação. Para que esse psicólogo consiga esse objetivo, não há como desconhecer a discussão sobre modelo de atenção, gestão e política em saúde; ainda quando esses temas não façam parte de seu campo de tarefas diretamente, já que não trabalha como as várias funções de gestão. Se este psicólogo estivesse em um cargo de Apoio Institucional, também continuaria com o núcleo da psicologia, mas assumiria também o núcleo da gestão e da política.

Deste modo, é indispensável que o Apoio Matricial contribua de maneira incisiva na clínica e, o Apoio Institucional, na gestão. Obviamente, o escopo desses profissionais não deve se limitar ao núcleo do Apoio a que está associado, mas não pode se eximir deste que seria seu papel por excelência.

No que se refere ao campo das funções de Apoio, esteja o profissional em cargo de gestão ou em equipes de cuidado, pode-se dizer que é composto por questões centrais da

saúde coletiva, como o trabalho em equipe, o modelo de gestão, o modelo de atenção à saúde, as relações de grupo, planejamento, ordenação da rede assistencial, entre outros (CAMPOS, 2000).

A confusão muitas vezes acontece quando o Apoiador Institucional discute e intervém em temas referentes à clínica e, em contrapartida, o Apoiador Matricial também contribui para operar mudanças de gestão no sentido de torná-la mais democrática. Tudo isto deve ser entendido como legítimo e necessário, pois se tratam de práxis dentro do campo do saber, o que não compromete ou desmancha os respectivos núcleos que asseguram especificidade ao Apoio Matricial e Institucional. Eles permanecem íntegros em seu papel organizativo da identidade profissional.

A utilização dos conceitos de campo e núcleo no contexto do Apoio Institucional e do Apoio Matricial contribui, portanto, não apenas para a diferenciação entre essas duas categorias, mas, principalmente, instrumentaliza a construção da identidade e do papel dos trabalhadores que desempenham essas funções e permitem ampliar o conhecimento sobre o Apoio.

Os conceitos de campo e de núcleo partem do paradoxo do conhecimento, da dificuldade de se operar, na prática entre transdisciplina e disciplina, entre saber singular sobre um caso e saber integral, entre encarregar-se da gestão (tarefas de alguns) e participar da gestão (direito de todos). Assim, podemos dizer que as funções de Apoio Institucional e Matricial são diferentes e complementares, e podem contribuir para a construção de novas relações de trabalho e para a consolidação do SUS.

Outra contribuição dos conceitos de campo de núcleo neste caso retorna ao motivo inicial pelo qual foi criado, qual seja, o paradoxo do conhecimento, pois oferece outra maneira de se considerar a questão dos saberes no Apoio Matricial e, neste sentido, também produz elementos para se pensar na formação para o desenvolvimento dessas ações.

Pois, partindo dessa premissa, seria relevante que os processos formativos dos trabalhadores da saúde passassem a incluir discussões referentes ao campo e ao núcleo; associando os temas referentes à especialidade profissional (psicologia, enfermagem, medicina, fisioterapia etc.) àqueles que remetem à assistência na perspectiva da Clínica Ampliada, às relações interprofissionais. Da mesma forma, as discussões deveriam perpassar os temas não apenas dos modelos de atenção, mas também do modelo de gestão,

trabalho em equipe, relações de grupo e de articulação de rede. Desse modo, a formação poderia colaborar mais efetivamente para preparar os trabalhadores que irão atuar nas equipes de referência, nos arranjos do Apoio Matricial e Apoio Institucional e na saúde como um todo.

Isso não significa, contudo, que é necessária uma formação específica para a Saúde Coletiva, que correria o risco de transformar em núcleo algo que se situa na perspectiva do campo, dada a interdisciplinaridade que lhe é inerente. Absolutamente, o que se está sugerindo é que os temas da Saúde Coletiva possam ser inseridos de forma orgânica ao conteúdo programático dos processos formativos na área da saúde.

## **Capítulo 2 – Contextualização histórica da rede de serviços de saúde e o Apoio Matricial em Campinas**

Campinas constitui cenário privilegiado para as discussões relacionadas aos temas do Apoio e da Saúde Coletiva, haja vista a complexidade de seu sistema de saúde, que atualmente conta com uma extensa rede de serviços, instâncias de gestão e de controle social e, principalmente, sua história de investimento no Método Paideia.

Destaca-se pelo seu pioneirismo na implantação do SUS, sobretudo na constituição da Atenção Básica, iniciada na década de 70, mediante os projetos de saúde comunitária, iniciados sob o governo de Sebastião de Moraes. Na ocasião, foram construídos centros de saúde e se ampliou a capacidade de atendimento da rede por meio da contratação do corpo de técnicos. Em 1978, a cidade já contava com 16 Postos Comunitários de Saúde, além de serviços de Atenção secundária e terciária (CAMPINAS, 2001; DOMITTI, 2006).

Em 1985, a Prefeitura de Campinas instituiu nova estrutura administrativa para a Secretaria Municipal da Saúde e, em 1987, assinou convênio com o SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde). Em 1989, sob o comando de uma frente de esquerda, a saúde ficou a cargo de dirigentes do movimento sanitário e, coincidindo com o período de criação do SUS, houve grande crescimento do sistema municipal de saúde, contando com a municipalização dos serviços da Secretaria do Estado e do Instituto Nacional de Assistência Médica (INAMPS) do Ministério da Previdência. Desde essa época, é marcante a participação social em Campinas, com fóruns para a gestão participativa, além da existência do Conselho Municipal e da criação dos Conselhos Locais de Saúde (NASCIMENTO, CORREA & NOZAWA, 2007).

Apesar dos avanços nos anos anteriores, entre 1992 e 2000, a Atenção Básica deixou de ser prioridade da gestão municipal, que passou a destinar os recursos a Pronto Atendimento e Pronto Socorros, comprometendo seriamente a rede que havia sido construída até então. Se, em 1989, era estimulada a modificação dos processos de trabalho para alterar o paradigma clínico e sanitário chamando atenção para os aspectos subjetivos, em 1999, grande parte da demanda não era atendida pela rede básica, pois o acesso a esta era extremamente burocratizado e prevalecia no município atendimentos baseados na lógica

tradicional biologicista, regida pela díade queixa-conduta (CAMPINAS, 2001; NASCIMENTO, CORREA & NOZAWA, 2007).

Na saúde mental, na década de noventa, Campinas possuía dois Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e o município passou a ser reconhecido pela sua luta em prol da desospitalização do tratamento de doentes graves e crônicos e da mudança do modelo de atenção em saúde mental. A construção de uma rede que incluísse serviços como os CAPS, Residências Terapêuticas, Centros de Convivência, entre outros, intensificou-se a partir do convênio de cogestão firmado entre a secretaria municipal de saúde e o Serviço Cândido Ferreira (DOMITTI, 2006).

Foi na saúde mental que se iniciou a utilização do termo matriciamento no período anterior à gestão de 2000, na qual o Apoio Matricial tornou-se o nome oficial para essa prática e passou a ser diretriz municipal para a organização dos serviços de saúde de toda a rede e não apenas na saúde mental, quando a Secretaria de Saúde de Campinas adotou o Programa Paideia. Ainda hoje, entretanto, muitos profissionais lançam mão do termo matriciamento ao se referirem às ações de Apoio Matricial que desenvolvem e isto ficou bastante claro durante o grupo focal realizado para esta pesquisa de mestrado.

Ballarin, Blandes e Ferigatto (2012) explicam que o matriciamento é o nome que o Apoio Matricial assumiu ao ser incorporado pelos serviços de saúde mental, acontece atualmente da seguinte forma: cada equipe de CAPS em Campinas se divide em três ou quatro Equipes de Referência, ou miniequipes. Cada miniequipe é referência e faz matriciamento a uma região específica, de modo a abranger todos os centros de saúde que compõem o território a que o CAPS pertence. Paralelamente, há CAPS que operam de outra maneira: alguns deles estabelecem e definem, em equipe, os profissionais que possuem afinidade com o Apoio Matricial, para desenvolver esse trabalho. A partir disso, os profissionais definidos se responsabilizam pelo matriciamento de todos os centros de saúde referenciados pelo CAPS. As autoras pontuam que existe ainda uma terceira maneira, ainda que pouco utilizada, de organizar o Apoio Matricial a partir dos CAPS: o apoiador matricial é designado pela maior propriedade ou vinculação com o tema ou caso que o CS pretende discutir.

Em 2000, além de institucionalizar o Apoio, o Programa Paideia retomou as discussões sobre a necessidade de modificar o modelo de atenção e inverter a lógica de

atendimentos biologizantes baseados na queixa-conduta e desconectados da Atenção Básica.

O Paideia surge para promover a saúde da família de Campinas. É o Programa Saúde da Família com sotaque campineiro que, de maneira inovadora, adapta o PSF para uma metrópole e amplia a equipe para respeitar as características epidemiológicas e a complexidade da rede que já havia sido formada (CAMPINAS 2003).

O termo Paideia do programa também remetia ao conceito grego que significa desenvolvimento integral do ser humano, considerando tanto as necessidades da coletividade quanto dos indivíduos. Trata-se de uma educação para a vida; de um trabalho dos cidadãos sobre eles mesmos para que se tornem capazes de gerir a própria vida e de participar da Ágora, que são coletivos reunidos para decidir sobre seu destino e sobre sua organização social. Assim, o Projeto de Saúde Paideia buscava reunir saúde e cidadania, ainda que combinados em distintas proporções e com variados arranjos (CAMPINAS, 2001).

Pretendia reconstruir o trabalho em saúde, ampliando a clínica de modo a tomar não apenas a doença, mas o sujeito enfermo; ampliando as práticas de promoção à saúde; articulando as equipes interdisciplinares e ampliando os espaços em que se realizam atendimentos. Assim, o trabalho das equipes do Paideia estava baseado no vínculo e no desenvolvimento de Projetos Terapêuticos Singulares. Igualmente, o programa pretendia reformar e ampliar a rede de Atenção Básica.

As principais diretrizes do Programa Paideia eram: i-clínica ampliada e ampliação das ações de saúde coletiva no nível local; ii-promoção e prevenção na comunidade, com vistas a prevenir doenças e promover a saúde e a autonomia das pessoas; iii-cadastro de saúde da população e vinculação de famílias a Equipes Locais de Referência; iv-acolhimento e humanização; v- atendimento clínico de qualidade; vi-sistema de cogestão e participação da comunidade; vii-capacitação (CAMPINAS, 2001; CAMPINAS, 2003).

Nesse período, os centros de saúde foram reorganizados em Equipes de Referência (equipes de saúde da família) e Equipes de Apoio Matricial, encarregadas de cooperar com as primeiras em áreas específicas. Também foram criados Núcleos de Saúde Coletiva e as equipes dos distritos, além da reorganização da Secretaria Municipal de Saúde para passar a trabalhar a partir da lógica do Apoio, somando-se ao esforço das equipes locais e de

segmentos de usuários para promover mudança de modelo e dos processos de trabalho (CAMPINAS, 2001).

Foram pensados dois modelos básicos de Equipes Locais de Referência para os Centros de Saúde: i) equipe clássica: composta por médico de família, enfermeiro, dentista, auxiliar de consultório dentário, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários da saúde, cobrindo 700 famílias ou 3.500 pessoas; ii) equipe ampliada: composta por médico generalista, enfermeiro, em período integral, pediatra e gineco-obstetra, em meio período, dentista, auxiliar de consultório dentário, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários da saúde, cobrindo 1.400 famílias ou 7.000 pessoas. Para efeitos de cálculo, cada equipe de saúde da família da modalidade ampliada corresponderia a duas das clássicas. E, para cada quatro ou cinco Equipes de Referência deveria haver uma equipe de Apoio Matricial da equipe local de Saúde Mental, do Núcleo de Saúde Coletiva e de profissionais da Reabilitação Física (CAMPINAS, 2001).

No período entre 2001 e 2004, Campinas ficou conhecida como um dos municípios que mais investia em saúde no Brasil e passou a contar com 135 equipes de saúde da família. Os centros de saúde passaram a desenvolver atividades com grupos de pacientes, levando em conta não só a doença. Os Núcleos de Saúde Coletiva passaram a investir em problemas relacionados às pessoas, grupos, instituições e ao meio ambiente. Além disso, vinculado a um programa de valorização, os trabalhadores da saúde passaram a ser capacitados para atuar de maneira mais acolhedora e humanizada. (CAMPINAS, 2003).

A capacitação foi desenvolvida pela Secretaria Municipal de Saúde em parceria com a Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), professores da Pontifícia Universidade Católica (PUC), de organizações não governamentais e profissionais da própria secretaria. Tomava como foco as Equipes de Referência e as de Apoio, sendo parte comum para toda a equipe e outra conforme o núcleo profissional. Apresentava como conteúdo básico temas de política de saúde e o SUS, clínica ampliada e promoção à saúde, gestão participativa e o trabalho em equipe, o trabalho com famílias e questões de saúde/doença, tais como dependência química, violência, hipertensão e diabetes. O modelo pedagógico adotado baseava-se no construtivismo, com momentos de concentração e de dispersão, possibilitando discussão de casos e de elementos teóricos (CAMPINAS, 2001; CAMPINAS 2003).

Segundo estimativa da Secretaria Municipal da Saúde (Campinas, 2003), até meados de 2002, aproximadamente 2.630 trabalhadores haviam participado de algum curso de capacitação, demonstrando a importância que a gestão em questão atribuía à necessidade de conciliar mudanças estruturais com investimentos de formação dos profissionais.

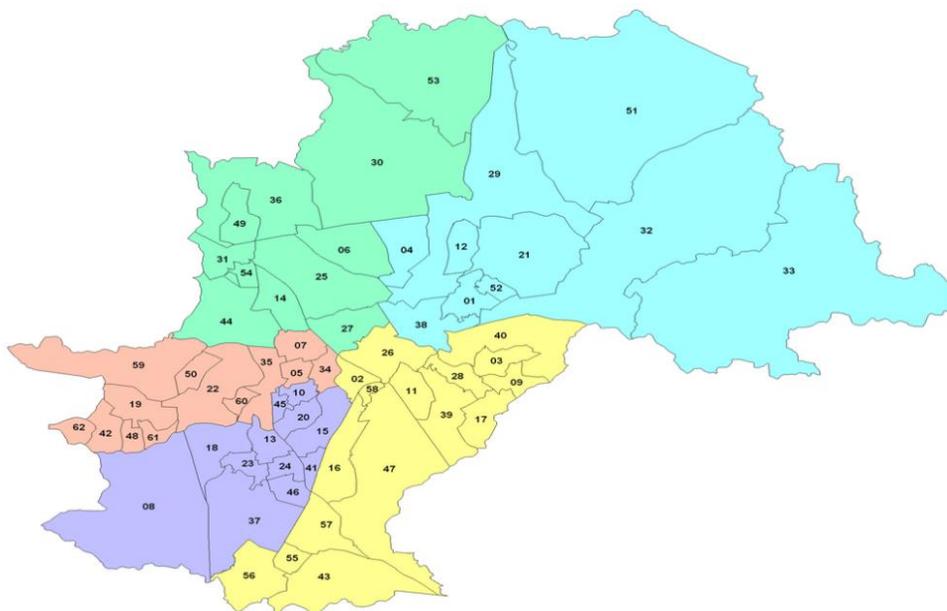
No entanto, esse processo parece ter sido interrompido, pois no levantamento bibliográfico realizado nos arquivos da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, o único processo formativo voltado para a capacitação de trabalhadores para atuarem na lógica do Apoio que consta nos registros oficiais é este desenvolvido entre 2001 e 2004. Este dado é reforçado pelo discurso dos trabalhadores que participaram da pesquisa de campo durante o grupo focal.

Após esta capacitação que ocorreu durante o Programa Paideia (2001-2004), houve apenas algumas iniciativas pontuais de formação voltadas para a difusão da Práxis Paideia. Atualmente, essas ações de formação para o Apoio, na Secretaria Municipal de Saúde, são desenvolvidas mediante o investimento das Universidades, especialmente do Departamento de Saúde Coletiva da UNICAMP, sob o formato de pesquisas-intervenção (CASTRO, 2011; CESAR, 2011; FURLAN, 2012; FIGUEIREDO, 2012).

Em termos estruturais, atualmente, o Município de Campinas conta com 62 Centros de Saúde, distribuídos entre os cinco distritos de saúde, sendo 11 no distrito Norte, 16 no distrito Sul, 10 no distrito Leste, 12 no distrito sudoeste e 13 no distrito Noroeste, como é possível observar no mapa e na imagem abaixo que contém as informações disponíveis no sítio *online* da Prefeitura, com dados de 2009 e acessado em 10 de Julho de 2013:

<http://2009.campinas.sp.gov.br/saude/unidades.htm>

**Figura 3:** Mapa dos distritos de saúde e distribuição dos Centros de Saúde por distrito.



Abaixo segue listagem com os nomes pelos quais as unidades são mais comumente designadas:

Norte	Sul	Leste	Sudoeste	Noroeste
6 - Santa Mônica	2 - Vila Rica	1 - Conceição	8 - União dos Bairros	5 - Perseu
14 - Boa Vista	3 - Orosimbo Maia	4 - Costa e Silva	10 - Santa Lúcia	7 - Integração
25 - Eulina	9 - Esmeraldina	12 - São Quirino	13 - Aeroporto	19 - Valença
27 - Aurélia	11 - Figueira	21 - 31 de março	15 - Campos Elíseos (Tancredão)	22 - Florence
30 - Barão Geraldo	16 - São José	29 - Taquaral	18 - Vista Alegre	34 - Pedro Aquino (Baão)
31 - Anchieta	17 - São Vicente	32 - Sosas	20 - Capivari	35 - Ipaussurama
36 - São Marcos	26 - Faria Lima	33 - Joaquim Egídio	23 - Dic I	42 - Floresta
44 - Sta. Bárbara	28 - Santa Odila	38 - Centro	24 - Dic III	48 - Itajai
49 - Cássio Raposo do Amaral	39 - Villa Ipê	51 - Carlos Gomes	37 - São Cristóvão	50 - Rossin
53 - Village	40 - Paranapanema	52 - Boa Esperança	41 - Itatinga	59 - Santa Rosa
54 - Rosália	43 - São Domingos		45 - V. União / CAIC	60 - Satélite Iris
	47 - Carvalho de Moura		46 - Santo Antônio	61 - Lisa
	55 - Campo Belo			62 - Campina Grande

Além dos Centros de Saúde, Campinas conta com Centros de Referência em reabilitação, em saúde do trabalhador, em odontologia, em DST/AIDS e em zoonoses; com três serviços de assistência e internação domiciliar; com sete CAPS III, dois CAPS AD (álcool e drogas), dois CAPS i (infantil) e centros de convivência e de oficinas; também há em sua rede serviços hospitalares, duas policlínicas, laboratórios e serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU).

Entretanto, é interessante notar que na rede de serviços de saúde de Campinas há apenas um NASF e que o Apoio Matricial se dá a partir de outros arranjos espalhados por toda a rede de atenção à saúde. Embora a experiência do município com o Apoio Matricial tenha inspirado o surgimento da proposta ministerial do NASF, o município não organiza sua rede de saúde por meio do NASF e optou por não investir nesse arranjo, em parte para conservar o que havia sido construído anteriormente.

A única equipe de NASF em atividade atualmente no município pertence ao distrito sudoeste e desenvolve suas atividades de apoio juntos às equipes de referência que compõem o Centro de Saúde DIC-III. É formada por dois fisioterapeutas, uma assistente social, uma psicóloga, uma farmacêutica e uma médica psiquiatra. Diferencia-se principalmente dos demais arranjos de Apoio Matricial do município por possuírem agenda totalmente voltada para as ações de Apoio, enquanto os demais trabalhadores precisam conciliá-las com as outras atribuições que estão previstas para seus cargos nos respectivos serviços e também por apoiarem um único Centro de Saúde, pois muitos dos demais apoiadores desenvolvem suas ações junto a um número maior de Equipes de Referência.

Importante destacar também que essas iniciativas de Apoio Matricial a partir dos outros serviços da rede mantêm-se, em grande parte, devido ao engajamento dos profissionais, pois nas gestões pós 2004, verificou-se o declínio de investimentos, por parte da gestão, na Atenção Básica e o desmantelamento dos arranjos propostos pela Práxis Paideia, em especial o Apoio Matricial e o Apoio Institucional.

Entre 2005 e 2010, que representam parte das duas gestões municipais subsequentes, pode-se dizer que se estabeleceu um hiato no que se refere à saúde, pois se caracterizou pela retirada de investimentos na Atenção Básica, sem proposição de estratégias ou diretrizes diferentes ou mesmo opostas às que foram implantadas durante o Programa Paideia.

Já a partir de 2010, a gestão municipal, na área da saúde, manteve a ausência de investimentos na Atenção Básica e passou a assumir um posicionamento de oposição e enfrentamento às propostas de Apoio, de Cogestão e da Clínica Compartilhada que haviam sido construídas. Muitos dos dispositivos criados passaram a ser desconstruídos e foram implementadas medidas que buscavam impedir que os profissionais se dedicassem a essas

atividades, como, por exemplo, a cobrança constante por produtividade e a falta de autonomia concedida aos trabalhadores para organizarem suas agendas.

Essa condição, principalmente a partir de 2012, foi agravada pela crise no convênio de cogestão com o Serviço Cândido Ferreira, contratante de grande parte da rede de saúde mental e que desde o início dos conflitos deixou de apoiar as ações de Apoio Matricial.

Mesmo com as diversas mudanças que têm ocorrido na gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, o referencial Paideia e o Apoio Matricial se mantêm, em alguma medida, incorporados no discurso e nas práticas de profissionais e gestores, o que reforça a motivação para empreender estudos que possam contribuir para revitalizar essas equipes.

### Capítulo 3 – Formação em saúde e formação para o Apoio Matricial.



Neste capítulo buscamos contextualizar brevemente a formação em saúde, incluindo a graduação, a pós-graduação com cursos esporádicos e os processos de formação em serviço, passando brevemente por temas como a educação continuada e a educação permanente. E, dentro dos processos de formação em serviço, destacamos o referencial do Método Paideia como possibilidade pedagógica relevante.

A escolha desse trajeto se deu por compreendermos que esses são os que geralmente contribuem para a formação dos profissionais da saúde, incluindo os que desenvolvem atividades de Apoio Matricial.

#### Formação e graduação

A formação na área da saúde, especialmente na graduação, é reconhecida por seu formato centrado em conteúdos, sua pedagogia de transmissão de conhecimentos e sua desconexão entre os núcleos temáticos. Prevalece a lógica do modelo biomédico caracterizado pela perspectiva biologicista da doença, com negação da determinação social da saúde, pela formação laboratorial e hospitalocêntrica, e pelo estímulo à disciplinaridade, numa perspectiva reducionista (ALMEIDA FILHO, 2010).

Do ponto de vista pedagógico, é considerado massificador, passivo, individualista, e tendente à superespecialização. No que tange à prática de saúde, esse modelo tem produzido uma educação elitizada na qual o ensino está subordinado à pesquisa, além de

fomentar a medicalização e a privatização da atenção à saúde, criando corporativismo excessivo que prejudica o trabalho em equipe. Do ponto de vista da organização dos serviços, tem contribuído para a crise dos recursos humanos e, politicamente, mostra-se incompatível com o contexto democrático e com as necessidades de atenção à saúde de nossa população (CARVALHO & CECCIM, 2012; PASSAMAI *et al.*, 2012).

Embora o modelo biomédico seja frequentemente associado ao relatório Flexner, Almeida Filho (2010) argumenta que as características nocivas que a obra assumiu no Brasil não correspondem com rigor aos pensamentos do autor, mas admite que de fato a formação em saúde no país foi organizada com base na leitura deste documento – uma leitura dentre tantas possíveis.

No modelo criado a partir do relatório predominam as metodologias pedagógicas da transmissão e condicionamento, que partem da premissa de que o aluno seria uma tábula rasa e o professor, por sua vez, seria o detentor de conhecimentos e habilidades, estimulando a passividade e acentuando a competitividade entre os alunos (SOUZA, 2001; NUTO *et al.*, 2006).

Os principais problemas decorrentes dessas metodologias, segundo Souza (2001) e Nuto *et al.* (2006), referem-se à relação autoritária que se estabelece entre professor-aluno e que se reflete posteriormente na relação com os pacientes e à separação entre corpo-mente, limitando a prática discursiva à discussão da doença e associando a prática clínica à aplicação de um saber-poder sobre um corpo doente.

Segundo Carvalho & Ceccim (2012), a relação entre caráter social e base científica varia conforme os interesses político-institucionais e político-ideológicos que estão em vigor. Mas, pode-se dizer que na atual formatação, não há uma orientação integradora entre ensino e trabalho que esteja voltada para uma formação teórico-conceitual e metodológica que potencialize para a integralidade e para o desenvolvimento do sistema de saúde, produzindo um cenário em que, na visão dos gestores, os profissionais que procuram o SUS como espaço de trabalho não têm formação adequada e, na percepção dos docentes das universidades, as Unidades Básicas de Saúde não configuram cenários adequados para a aprendizagem, por não apresentarem “condições ideais”.

Ainda que desde a redação do Relatório Dawson (1964) já se tenha pensado como proposta para educação dos profissionais na área da saúde uma crescente e estreita relação

com o sistema de saúde como um todo, especialmente com a atenção primária e não apenas com os hospitais, as mudanças nesse sentido têm sido lentas e passíveis de sérias críticas (CARVALHO & CECCIM, 2012).

De acordo com Braid, Machado e Aranha (2012), foi somente a partir de 1996 que o tema da interdisciplinaridade nos cursos de graduação na área da saúde começou a ser discutido no âmbito federal pelo Ministério da Educação e foi introduzido por meio da Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB – 9394/1996) e que originou os Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN) para o Ensino Básico e as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Ensino Superior, aprovadas entre 2001 e 2004 e que estimularam as mudanças curriculares.

Frente às Diretrizes Curriculares Nacionais, os cursos de graduação em saúde (com exceção dos que se referiam à Psicologia, Serviço Social, Educação Física e medicina Veterinária neste momento) iniciaram transformações com o intuito de aumentar a integração entre as disciplinas e os departamentos e garantir que a formação profissional em saúde passasse a contemplar o sistema de saúde vigente no país, o trabalho em equipe e a atenção integral à saúde, adotando a formação para o SUS como orientação geral do currículo. (CARVALHO & CECCIM, 2012; BRAID, MACHADO & ARANHA, 2012).

Nesse ensejo, foram desenvolvidos programas no âmbito federal, tais como o AprenderSUS e o Ver-SUS que se referiam a vivências e estágio na realidade do SUS. E, em 2005, surgiu o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-saúde), para a medicina, enfermagem e odontologia. Além de não contemplarem todas as carreiras da saúde, Carvalho e Ceccim (2012) explicam que o caráter pontual dos programas e sua baixa capacidade de modificar os currículos e as práticas deram margem a muitas críticas. Em 2010, também se iniciou o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), com o objetivo de aprimorar a iniciativa do Pró-saúde e continuar investindo na proposta de integração ensino-serviço.

Embora estes programas representem as iniciativas formais do Estado para incentivar a integração ensino-serviço, Vasconcelos (2013) lembra que na Universidade brasileira há um movimento antigo de busca de novas formas de ensino que vem experimentando e difundindo um significativo saber voltado para a reorientação do aprendizado.

Contudo, a despeito das iniciativas, permanecem como obstáculos à integração ensino-serviço as lacunas na formação docente e a frágil parceria entre a academia e os serviços de saúde, na qual as universidades deveriam assumir o compromisso de formar para a prática no SUS em consonância com as necessidades deste e os serviços deveriam se preparar para aceitar incorporar os estudantes em suas rotinas, compartilhando projetos (CARVALHO & CECCIM, 2012; BRAID, MACHADO & ARANHA, 2012).

Para Gonzalez *et al.* (2012), criou-se na educação em saúde uma falsa ideia de que necessitamos de mais agir e menos pensar, quando na verdade, formar deve significar ir além do instruir, treinar e supervisionar, para dar direção, conduzir, estar junto do estudante para ajudá-lo a abrir o caminho, dando possibilidade de descobrir, criar e construir para que ele seja capaz de aprender a lidar com o outro, seja paciente ou equipe.

Oury (1991) lembra que formar não trata somente de estabelecer um saber distante do fazer e tampouco de uma prática vazia de reflexão, mas de uma aprendizagem no sentido nobre do termo, na qual deveriam ser apresentadas ferramentas conceituais que permitissem extrair do campo do cotidiano, onde tudo tende a estar misturado, o que está mais pujante.

Portanto, a formação, de acordo com Oury (1991), estaria a serviço de tornar os profissionais sensíveis para conseguirem estar atentos à qualidade dos contextos, à polifonia dos discursos e às manifestações paradoxais, para poderem acolher o que se apresenta como importante. Oposta ao condicionamento, deveria poder se integrar ao desenvolvimento da personalidade e incluir a dimensão ética inerente ao estar com o outro. Seria, pois, processual, não indeterminada, mas interminável e ligada ao aprender a aprender que se refere ao aprender a conhecer, a fazer, a viver junto e a aprender a ser.

Neste mesmo sentido, Vasconcelos (2013) destaca a relevância de se investir em projetos de extensão, na difusão das iniciativas de educação popular, que se baseia nas formulações de Paulo Freire, e em propostas de ensino que compreendam a dimensão afetiva dos envolvidos. No Brasil, de acordo com o autor, já se tem construído experiências pautadas por essas premissas.

É importante lembrar também que dado o seu caráter processual inerente à formação em saúde, esta pode se iniciar na graduação, mas é preciso que continue, mediante cursos

esporádicos e principalmente por meio de propostas de formação em serviço, conectadas à realidade dos trabalhadores.

## **Educação Permanente e Educação Continuada**

Guardadas as discussões sobre os termos “Educação Permanente” e “Educação Continuada” como sendo sinônimos ou distintos, é interessante contextualizá-los, ainda que brevemente, devido a sua ampla utilização para designar a formação dos profissionais inseridos nos serviços de saúde, seja sob a forma de cursos esporádicos ou de formação em serviço.

Massaroli & Saupe (2008), explicam que a educação continuada surgiu com o intuito de atualizar os profissionais da saúde, como um processo contínuo que se inicia após a formação básica, ou seja, após a graduação e tem como objetivo atualizar e melhorar a capacidade de uma pessoa ou grupo frente à evolução técnico-científica. Consiste, via de regra, em cursos esporádicos. Já a educação permanente está ligada à proposta de formação em serviço e de aprendizagem significativa com vistas a transformar o processo de trabalho, partindo da reflexão sobre a realidade para formular estratégias que ajudem a solucionar problemas.

Na tabela a seguir é possível visualizar sinteticamente alguns dos pontos em que a educação continuada e a educação permanente se diferenciam.

**Tabela 2** - Diferenças entre educação continuada e educação permanente

<b>Aspectos</b>	<b>Educação Continuada (EC)</b>	<b>Educação Permanente (EP)</b>
<b>Público-Alvo</b>	Uniprofissional	Multiprofissional
<b>Inserção no trabalho</b>	Especialidade isolada	Prática em equipe
<b>Enfoque</b>	Temas de especialidades	Problemas de Saúde
<b>Objetivo principal</b>	Atualização técnico-científica	Transformação das práticas técnicas e sociais

<b>Periodicidade</b>	Esporádica	Contínua
<b>Metodologia</b>	Pedagogia de transmissão	Pedagogia centrada na resolução dos problemas
<b>Resultados esperados</b>	Apropriação	Mudança

Fonte: Principais diferenças entre Educação Continuada e Permanente segundo aspectos chave, adaptado de MANCIA *et al.* (2004).

A educação continuada tem sido criticada por se caracterizar muitas vezes como um processo de aquisição sequencial e acumulativa de informações no qual prevalecem o formato disciplinar e a fragmentação do saber e levam a uma simples reprodução do discurso dominante, sem reflexões mais aprofundadas (BRASIL, 2009; PEDUZZI *et al.* 2009). Constituem-se de iniciativas pontuais, tais como cursos de extensão, especialização, treinamento e capacitação temática com enfoque restrito aos temas inerentes a cada categoria profissional isoladamente, numa perspectiva clínica reducionista e pautada na pedagogia de transmissão. Por diversas vezes, é construída de forma não articulada à gestão, à realidade institucional e ao controle social. E, dependendo da forma como são compostos, esses cursos são vistos como programas compensatórios que buscariam suprir uma formação precária pré-serviço.

A educação permanente, por sua vez, caracteriza-se por representar uma importante mudança na concepção e nas práticas de capacitação dos trabalhadores dos serviços de saúde. Supõe inverter a lógica do processo de educação continuada ao incorporar o ensino e o aprendizado às práticas sociais e laborais, no contexto real em que ocorrem; ao modificar as estratégias educativas, utilizando metodologias ativas de ensino-aprendizagem; ao abordar a equipe como um todo, evitando a fragmentação disciplinar e; ao ampliar os espaços educativos fora da sala de aula para dentro das organizações (BRASIL, 2009).

Ceccim (2005) considera que as práticas de educação permanente devem configurar dispositivos para análise das experiências locais, dependendo para isso de que sejam construídos espaços coletivos para a reflexão e avaliação sobre os sentidos dos atos produzidos no cotidiano. Ainda segundo o autor, elas podem ser potencializadas a partir da consideração do quadrilátero da formação, que prevê análise de quatro aspectos

fundamentais: da educação dos profissionais da saúde, das práticas da atenção à saúde, da gestão setorial e da organização social.

Isto equivale a dizer que a construção do conhecimento está ligada ao contexto das práticas, buscando uma formação crítica e conectada com a realidade, ocorrendo a partir de movimentos de continuidade-rupturas, na medida em que se ancora em estruturas cognitivas já existentes, mas se abre para tensões frente ao novo. Assim, pretende desencadear ressignificações e permitir o estabelecimento de diferentes tipos de relações entre os fatos e os objetos (MITRE *et al.*, 2008).

Vale-se sobremaneira da problematização como principal estratégia de ensino-aprendizagem, pautando-se no eixo ação-reflexão-ação e no método do arco proposto por Charles Maguerez, que organiza cinco pontos mediante os quais a aprendizagem se processaria: o primeiro ponto refere-se à observação da realidade; o segundo, à construção de pontos-chave ou identificação dos principais problemas; o terceiro à teorização; o quarto à formulação de hipóteses de solução e o quinto à aplicação das soluções idealizadas na realidade – intervenções práticas (MITRE *et al.*, 2008; CYRINO & TORALLES-PEREIRA, 2004).

Para Franco (2007), o investimento na educação permanente ajudaria a desfazer a descrença no potencial transformativo oriundo dos processos formativos, pois favoreceria a percepção de gestores e trabalhadores de que os investimentos em programas educacionais podem sim converter-se em mudanças nas práticas de cuidado e nos processos de trabalho. Isto porque, nesta estratégia, o trabalho passa a ocupar posição nuclear na ação pedagógica, as equipes tornam-se protagonistas dos saberes e práticas, devido aos processos de cognição e subjetivação disparados pelo dispositivo educacional.

De fato, a proposta de educação permanente ganha destaque ao se tornar Política Pública ministerial para o processo formativo de trabalhadores do SUS, com a publicação das Portarias 198/GM/2004 e 1996/GM/2007. Em decorrência dessas publicações, foram criados vários Polos de Educação Permanente em diferentes regiões do Brasil, buscando organizar e implementar essas ações em todo o território nacional. Entretanto, Figueiredo (2012), lembra que essas ações não foram avaliadas e houve pouca articulação entre os diferentes Polos, o que motivou a disseminação de outras estratégias, mais descentralizadas, para a propagação da Educação Permanente.



## **Formação para Apoio Matricial a partir do Método Paideia como referencial pedagógico: uma aposta**

Como apresentado, os profissionais da saúde devem possuir conhecimento científico e tecnológico, mas também conhecimento de natureza humanística, relacional e social inerentes ao processo de cuidar e de estar com o outro. Deveriam poder colaborar na construção e desenvolvimento de projetos terapêuticos singulares e participar dos processos de gestão local dos serviços de saúde, podendo auxiliar na análise crítica de políticas e programas de saúde (OURY, 1991; FIGUEIREDO, 2012, CARVALHO & CECCIM, 2012).

Entretanto, se pensarmos a proposta de trabalho para Apoio Matricial, discutida anteriormente, poderíamos dizer que eles também precisam desenvolver as habilidades dos aspectos supracitados. Da mesma forma, seria importante que os profissionais ligados a essas equipes pudessem incorporar os aspectos específicos ao seu núcleo de saber e que desenvolvessem habilidades referentes ao campo, como o trabalho com grupos, a elaboração de ações no território a partir da análise das necessidades e discussão de casos na perspectiva interdisciplinar, considerando a abordagem familiar. Claro que essas recomendações se estendem a todos os trabalhadores da saúde, especialmente àqueles que estão inseridos na Atenção Básica. Apenas estamos reforçando que os trabalhadores do Apoio Matricial devem estar igualmente incluídos.

E, ainda, seria interessante que pudessem se aproximar das ferramentas e referenciais do Método Paideia, que deu origem a esta modalidade de Apoio, o que implica no estabelecimento de relações dialógicas, no manejo dos conflitos, em compartilhar o poder, colaborar para construir espaços coletivos e aprender a combinar demandas e ofertas, construindo contratos.

Dada complexidade das habilidades que se espera destes profissionais, ganha especial relevância a recomendação de Onocko Campos e Gama (2010) de que seja garantida, já durante a graduação, a formação voltada para a saúde coletiva e para a atuação na Atenção Básica, para todos os cursos na área da saúde, o que inclui também aquelas especialidades que não integram as Equipes de Referência, mas que podem estar ligadas ao Apoio Matricial.

Seria importante que no processo de aprendizagem os alunos tivessem contato com o conhecimento prévio e estruturado, mas, sobretudo, que fossem estimulados a refletir sobre a técnica e ter em mente que precisarão imprimir nela a singularidade do contexto, ou seja, empreender a *práxis* (CAMPOS, 2010). Esta, segundo Campos (2011), seria a racionalidade mais apropriada para o campo da saúde, por incluir a autonomia dos agentes na mediação entre conhecimento e prática, tornando plausível a interação com o objeto de trabalho singular e complexo da saúde, as pessoas.

Cunha & Dantas (2010) acreditam que a formação em saúde deve estar atrelada à prática, numa constante dialética entre reflexão e ação e que precisa considerar aspectos subjetivos e os afetos produzidos no ambiente de trabalho. Assim, também seria interessante garantir momentos não apenas de cursos esporádicos, mas também de formação em serviço, o que qualificaria as práticas dos profissionais em relação ao cuidado dos usuários e também àquelas relacionadas ao acolhimento e à formação dos estudantes que têm o serviço de saúde como cenário de aprendizagem.

Por isso, a partir de uma releitura dos grupos desenvolvidos por Michael Balint no sistema nacional de saúde da Inglaterra, Dantas & Cunha (2010) propõem os “grupos Balint-Paideia” como estratégia para a formação dos profissionais da saúde. A proposta Balint-Paideia mantém a ideia de promover processos formativos a partir de grupos de discussão de casos reunindo trabalhadores da saúde, tal como formulado por Balint. Nesses espaços, além da abordagem de casos reais, também se trabalha com elementos como a grupalidade e questões subjetivas, tais como a análise da transferência presente na relação médico-paciente.

Contudo, sinergicamente, incorpora outros elementos à proposta original de Balint. Por isso, nos grupos Balint-Paideia, os casos não são apenas clínicos, mas também gerenciais e inclui além de médico, enfermeiros e, eventualmente, outros integrantes da equipe durante as discussões de caso. Além disso, nos grupos Balint-Paideia, o facilitador do grupo (coordenador) apresenta uma postura mais ativa do que a recomendada por Balint e se permite empreender ofertas ao grupo (DANTAS & CUNHA, 2010; CAMPOS, CUNHA & FIGUEIREDO, 2013).

Essa proposição remete à possibilidade de se utilizar esses recursos também para o desenvolvimento das habilidades para o Apoio Matricial. No entanto, o estudo

empreendido por Domitti (2006) mostrou que esses profissionais na verdade “aprendem a fazer o Apoio Matricial, fazendo”, o que por um lado denota criatividade para inventar formas e modos de operar, mas, por outro, pode levar à insegurança do agir solitário e às dúvidas sobre como proceder que não têm espaço para serem discutidas.

Certamente é preciso contar com outras possibilidades além deste “aprender fazendo”, mas é preciso cuidado para não repetir os erros de iniciativas como a que foi estudada por Gonçalves (2012) na qual foi realizado um curso de aperfeiçoamento para profissionais do Apoio Matricial e de Equipes de Referência na atenção básica, com ênfase nos temas da saúde mental. O curso se mostrou pouco efetivo para alterar as práticas, ao ponto de o autor considerar que a educação não é capaz de mudar o comportamento dos trabalhadores. É verdade que a educação deve estar associada a mudanças na organização do trabalho, contudo, um curso nos moldes como o que foi avaliado estaria fadado ao fracasso de qualquer maneira, pois atribuía uma ênfase excessiva no diagnóstico de transtornos mentais comuns na Atenção Básica, o que não necessariamente correspondia à demanda dos profissionais e restringia muito o repertório das ações, desconsiderando os princípios da reforma psiquiátrica e da atenção psicossocial que prevêm outras ações, muito além do diagnóstico e medicalização.

Em contrapartida, Figueiredo (2012) utilizou o método Paideia como referencial pedagógico para processos de formação em saúde, em curso de especialização voltado para profissionais das Equipes de Referência da Atenção Básica de Campinas, tais como médicos e enfermeiros, no intuito de colaborar para a construção de práticas ampliadas e compartilhadas em saúde e parece ter conseguido bons resultados, pois a avaliação do curso mostrou que foram desenvolvidas competências técnicas, éticas e relacionais para atuar nas múltiplas dimensões constitutivas dos sujeitos e coletivos. Além disso, o curso possibilitou a efetivação de mudanças significativas nas práticas clínicas e de cogestão, bem como na “gestão de si mesmos”, na medida em que os profissionais puderam desenvolver sua capacidade reflexiva, analítica e interventiva para lidar com a complexidade e singularidade dos casos e também para compor as equipes a partir da interdisciplinaridade.

Campos, Cunha & Figueiredo (2013) explicam que o Método Paideia para formação em saúde tem sido utilizado em diferentes instâncias de ensino, na graduação e cursos de especialização. Incorpora muitos dos elementos propostos para os grupos Balint-

Paideia, que foram descritos anteriormente nesta seção, e trabalha combinando discussão de casos, práticas de intervenção e ofertas teóricas, estimulando além da aquisição de novos conceitos e paradigmas, a realização de intervenções concretas, ligadas às relações de poder, à gestão e à política, integrados à clínica.

De certa forma, o Método Paideia, assim como a educação permanente, compartilha do referencial da problematização, ao buscar operar simultaneamente com processos de cognição e subjetivação. Entretanto, diferencia-se ao propor realização de mudanças e de intervenções durante todo o processo de aprendizagem e por articular reflexão teórica à ação, ao passo que a problematização prevê somente a teorização sobre a prática.

E se distingue também por incluir ofertas estruturadas, não ficando refém do surgimento espontâneo dos temas, como na educação permanente. É importante lembrar que o método parte da escuta da demanda dos grupos e, ao apresentar as ofertas, coloca-as permeáveis a análises e críticas (CAMPOS, CUNHA & FIGUEIREDO, 2013).

Os cursos que ocorrem neste referencial devem ser construídos de forma compartilhada, em cogestão entre professores, alunos e demais atores envolvidos e, trazendo para a cena as questões de coprodução, conflitos, luta e acomodações, procura instrumentalizar os alunos a lidar com as diferenças e a construir contratos, articulando na medida do possível o campo da produção de valor de uso ao campo da produção de sujeitos, individuais e coletivos. Da mesma forma, procura ampliar a capacidade de análise e de intervenção desses sujeitos.

Esse modo de operar está de acordo com o que defende Vasconcelos (2013) ao tratar da educação popular, que é como o autor chama as propostas pedagógicas de Paulo Freire. Pois a Formação Paideia, assim como na educação popular, considera o conhecimento e a experiência prévia dos alunos durante a formação, estimula a transformação da realidade e se preocupa em não reproduzir a passividade. Este último ponto merece destaque, uma vez que não basta que o conteúdo discutido seja revolucionário se o processo de discussão se mantém vertical e reforça a submissão.

Pode-se dizer também que a Formação Paideia assenta suas bases pedagógicas em elementos oriundos da dialética, da psicanálise, da análise institucional e da práxis, da pedagogia libertadora e do construtivismo, sendo relevante a construção de espaços protegidos, nos quais os alunos possam reconhecer e refletir sobre suas próprias ideias e

aceitar a expressão de pontos de vista diferentes dos seus, avaliando sua utilidade (CAMPOS, CUNHA & FIGUEIREDO, 2013; FIGUEIREDO, 2012).

Neste referencial, o professor assume a função de Apoiador na medida em que deve oferecer suporte, mas também exerce pressão suficiente para provocar deslocamentos. Deve se relacionar de forma interativa, como alguém que realiza junto com os alunos, com as redes de saber e de fazer, a cogestão do processo de formação (CAMPOS, CUNHA & FIGUEIREDO, 2013; FIGUEIREDO, 2012).

Considerando os pressupostos de Vygotsky, poder-se-ia dizer que o professor deveria estar responsável por propiciar os elementos necessários para a aprendizagem e intervir na zona de desenvolvimento proximal, partindo do real para se aproximar do desenvolvimento potencial. Além disso, Jófoli (2002) explica que tanto Paulo Freire como Vygotsky rejeitam a ideia de não-diretividade no ensino, o que reforça a proposta pedagógica do Método Paideia para a postura do professor como apoiador e de sua possibilidade de também ofertar temas para o grupo.

Entretanto, Figueiredo (2012) adverte que os efeitos do processo formativo no referencial Paideia devem ser reafirmados no cotidiano de trabalho, mediante o exercício contínuo de se empreender análises críticas da realidade nos espaços coletivos, interrogando constantemente a práxis dos serviços de saúde.

Nesse sentido, pode-se dizer que seria preciso que os cursos de formação baseados no método Paideia ultrapassassem a condição de cursos esporádicos e que fossem incorporados enquanto estratégia de formação em serviço. Esta utilização, além de formar os profissionais para modificarem sua prática clínica e de participação na gestão mediante a utilização do Apoio, seria importante para incluir também a disseminação do Apoio enquanto estratégia pedagógica, para que pudesse ser assimilado aos processos educativos das equipes, nos seus diferentes espaços coletivos.

Pelo que foi exposto, fica claro que concomitantemente à implantação das equipes de Apoio Matricial, é fundamental investir em formação, pois a criação de arranjos ajuda, mas não garante o deslocamento da lógica biologicista e fragmentada para a clínica ampliada, tampouco assegura a democratização das instituições ou a diminuição da fragmentação do trabalho. Arranjos não mudam pessoas; para que isso aconteça, é preciso

que ocorra produção de subjetividade, o que pode ser alcançado por meio de investimentos na formação dos profissionais (CAMPOS, 1999; OLIVEIRA 2010).

A formação desejada pode ser construída conciliando a graduação, cursos esporádicos e a formação em serviço. E, nestes contextos, o Método Paideia como referencial pedagógico tem obtido bons resultados, podendo mostrar-se interessante também para a formação dos profissionais que desenvolvem Apoio Matricial.

Assim, considerando as características do trabalho do Apoio Matricial, a complexidade das habilidades que seriam desejáveis para ele e também a diversidade das estratégias de formação em saúde, seria preciso analisar o contexto de trabalho e o histórico de formação dos profissionais para poder ajudar a construir uma proposta que seja realmente efetiva para qualificar as práticas do Apoio Matricial dentro da proposta da Práxis Paideia e que de fato aproxime a teoria e a prática.

Para tanto, é imprescindível que os profissionais, enquanto principais interessados, possam protagonizar essa construção, entendendo que é a partir da compreensão deles sobre seu trabalho e suas necessidades de formação que poderemos construir de forma compartilhada esta proposta, respeitando o referencial de cogestão que fundamenta e orienta toda esta empreita.

O histórico de pioneirismo de Campinas no SUS e na aposta no Apoio e seus arranjos diferenciados de Apoio Matricial torna relevante conhecer como essas práticas têm se dado, bem como as estratégias de formação que têm contribuído ou que poderiam contribuir para que esse arranjo se fortaleça e se qualifique no município.

Sobre este tema no município, o que podemos afirmar a partir do levantamento realizado durante a pesquisa é que o órgão responsável por organizar as iniciativas de formação para os trabalhadores da saúde em Campinas é o CETS (Centro de Educação dos Trabalhadores da Saúde) e que atualmente tem promovido cursos esporádicos. Contudo, nas gestões anteriores já ofereceu oficinas sobre Educação Permanente e, no período de 2001 a 2004, durante o Programa Paideia, participou da realização da capacitação das equipes de Atenção Básica sobre Apoio.

No mais, atualmente, as iniciativas da Secretaria Municipal de Saúde para a formação de trabalhadores de saúde dentro da proposta do Método Paideia são oriundas de pesquisas-intervenção propostas pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).

## Capítulo 4 – A pesquisa: seus elementos constitutivos

### OBJETO

A presente pesquisa tem como objeto o trabalho em Apoio Matricial na Atenção Básica e os processos formativos que prepararam estas equipes, até o momento, para desenvolver essas ações. Também constitui um de nossos focos a percepção dos trabalhadores sobre sua formação e o modelo que eles acreditam que seria adequado para qualificar seu trabalho.

Partimos do entendimento do Apoio Matricial como arranjo organizacional e como metodologia de trabalho no qual os profissionais cujas especialidades não integram a Equipe de Referência asseguram, a esta, retaguarda especializada em duas dimensões: suporte assistencial e técnico-pedagógico (CUNHA & CAMPOS, 2011; CUNHA & CAMPOS, 2010; CAMPOS & DOMITTI, 2007). Apostamos no potencial do Apoio Matricial como forma para democratizar as relações de trabalho e de qualificar o atendimento em saúde e, por isso, investimos na proposta.

E, por considerarmos que o trabalho do Apoio Matricial, por pertencer à Práxis Paideia, demanda habilidades que são pouco desenvolvidas nos moldes tradicionais de ensino, valorizamos a questão da formação para essas práticas e compreendemos que muitos processos educativos podem e devem convergir para alcançar bons resultados.

Dentre esses processos, destacam-se a graduação, que pode contribuir para o desenvolvimento da capacidade crítica e de saberes em saúde coletiva partindo da realidade dos serviços, a pós-graduação, seja *lato sensu* ou *stricto sensu*, as propostas de cursos esporádicos e as ações de formação em serviço que acontecem dentro do cotidiano dos serviços.

Nessas três modalidades, entendemos que há modelos mais ou menos dialógicos e que o referencial do Método Paideia tem sido utilizado na construção de propostas pedagógicas mais democráticas e que respeitam a racionalidade da *práxis* tal qual proposta por Campos (2010), o que seria interessante para a formação dos profissionais que desenvolvem Apoio Matricial.

Ao incluir a dimensão do entendimento dos próprios profissionais do Apoio Matricial sobre a necessidade de formação e sobre qual seria o modelo mais adequado, a

nossa pesquisa reconhece a importância de incluí-los como protagonistas como uma forma de garantir que a formação esteja intimamente relacionada com a prática.

## **Objetivos**

### **Objetivo geral**

Empreender a caracterização do trabalho do Apoio Matricial na Atenção Básica de Campinas/SP em diferentes aspectos: composição das equipes, formação, organização do trabalho e, a partir disso, buscar conhecer a percepção dos profissionais sobre a relação entre formação e prática para o trabalho em saúde.

### **Objetivos específicos**

- I. Conhecer a organização do trabalho no Apoio Matricial, no que tange aos processos de trabalho, às oportunidades de formação e espaços de reflexão sobre a prática;
- II. Analisar a formação dos trabalhadores que realizam Apoio Matricial em Campinas/SP;
- III. Compreender a percepção dos trabalhadores sobre a relação entre formação e a prática de Apoio Matricial no contexto dos serviços de saúde.

## **Metodologia**

Este estudo consiste em pesquisa de campo exploratória pautada pela metodologia de métodos mistos, utilizando a estratégia explanatória sequencial, conforme proposta de Creswell (2007 e 2009). Esta estratégia emprega o método quantitativo inicialmente, para poder identificar questões a serem analisadas de modo mais aprofundado com o método qualitativo e para subsidiar a identificação de participantes-chave para a composição da amostra para a investigação qualitativa.

A opção pelos métodos mistos se justifica pelo fato de Vingilis *et al.* (2007) também os terem empregado em uma avaliação descritiva e de processo sobre um programa de

cuidado colaborativo no Canadá, revelando a adequação da referida metodologia para proceder estudos sobre o assunto. Da mesma forma, Bower *et al.*(2006) também recomendam a integração entre diferentes métodos nos estudos sobre o cuidado colaborativo, que se aproxima da temática do Apoio Matricial.

Mas, principalmente, a escolha se deu pelo reconhecimento de que o campo da saúde constitui uma realidade complexa que demanda conhecimentos distintos integrados (Minayo,1999). E, sendo assim, prescindir de qualquer um dos dois métodos pode implicar em deixar de lado dados relevantes que não podem ser contidos em números ou em contemplar apenas os significados subjetivos e omitir a realidade estruturada. Nesse sentido, pode-se considerar que métodos quantitativo e qualitativo formam aspectos do conhecimento que são interdependentes e interagem entre si.

Os métodos qualitativos são capazes de incorporar o significado e a intencionalidade inerentes aos fenômenos, considerando as diferentes perspectivas dos atores envolvidos; são apropriados para aprofundar a história, captar a dinâmica relacional e compreender as representações e os símbolos, além de acolher as informações oriundas de sinais evasivos que não podem ser entendidas por meios formais. Por sua vez, os métodos quantitativos visam dimensionar e quantificar aspectos da realidade, podendo ser muito úteis para a análise de estruturas e em estudos exploratórios nos quais se pretende alcançar grande número de sujeitos. A quantidade pode ser compreendida como indicador e parte da qualidade dos fenômenos, processos e dos sujeitos sociais, marcados por estruturas, relações e subjetividade (MINAYO, 1999; MINAYO *et al.*; 2005).

Para Creswell (2007 e 2009), com o desenvolvimento e com a percepção da legitimidade da pesquisa qualitativa e quantitativa nas ciências humanas e sociais, a pesquisa de métodos mistos, que emprega coleta de dados associada às duas formas de dados, está se expandindo e constitui um avanço para as pesquisas na área da saúde, cujos objetos são complexos.

Esses procedimentos se desenvolveram em resposta à necessidade de reunir dados quantitativos e qualitativos em um único estudo como estratégia para ampliar os conhecimentos sobre o objeto da pesquisa na medida em que se passa de um método para o outro (CRESWELL, 2007).

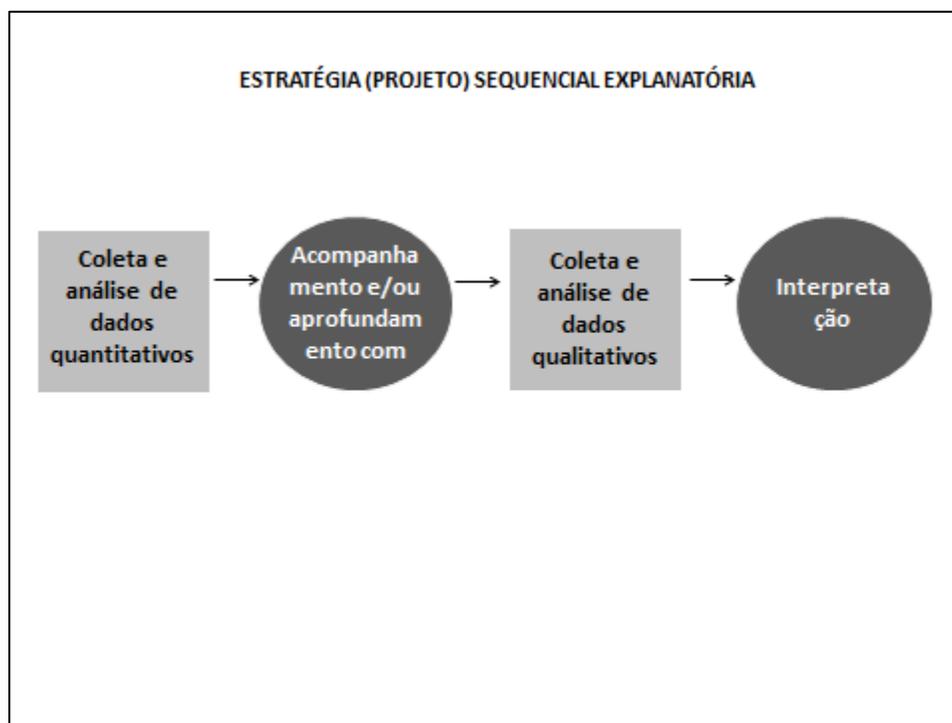
Flick (2009) concorda que a adição dos métodos surge da necessidade de se complementar os eventuais pontos cegos que cada método apresenta individualmente. Contudo, assim como Turato (2005) e Guba e Lincoln (2011), o autor considera que é preciso ter em mente que os referenciais que fundamentam cada método foram desenvolvidos separadamente e estabelecem importantes distanciamentos. Porém Flick (2009) acredita que seja possível construir um ponto de convergência no tema da pesquisa, desde que os métodos mistos sejam usados com atenção para que não se restrinjam a abordagens superficiais. Tomados esses cuidados, o autor acredita que pode atribuir qualidade à pesquisa.

No intuito de adensar a proposta dos métodos mistos, Creswell (2007 e 2009) e Creswell & Plano Clark (2013) indicam seis tipos de estratégias (projetos) de métodos mistos e sugerem que seja explicitado no estudo qual será a estratégia (projeto) a ser empregada.

Em nossa pesquisa, considerando a importância de se empregar o método quantitativo para a construção abrangente do cenário da formação e da organização do trabalho no Apoio Matricial, tendo em vista que esse método é mais apropriado para estudos que pretendem abranger elevado número de pessoas e, posteriormente o método qualitativo para aprofundar questões sobre a formação e também sobre a organização do trabalho, podemos dizer que se constitui um estudo por métodos mistos utilizando a estratégia sequencial explanatória.

Nessa modalidade de métodos mistos, o projeto ocorre em duas fases interativas distintas, conforme representado na Figura 2 abaixo. Inicia-se com a coleta e a análise de dados quantitativos. Esta primeira fase é seguida pela subsequente coleta e análise de dados qualitativos, destinada a acompanhar e/ou aprofundar os resultados da primeira, a fase quantitativa. De forma geral, os dados quantitativos ajudam a identificar quais as questões que merecem ser aprofundadas e que participantes convidar para a etapa qualitativa. Em seguida, o pesquisador interpreta como os resultados qualitativos ajudam a explicar os resultados quantitativos iniciais (CRESWELL & PLANO CLARK, 2013).

**Figura 4** - Representação gráfica da estratégia sequencial explanatória.



Fonte: Creswell JW, Plano Clark VL. Pesquisa de Métodos Mistos. 2ª. Edição. Porto Alegre: Penso, 2013, p. 73.

Seguindo a estratégia proposta, utilizamos nesta pesquisa o método quantitativo mediante aplicação de questionários para descrever o campo de maneira mais geral, a partir disso foram identificadas questões relevantes e participantes da amostra para compor o grupo focal, que representa a parte qualitativa do estudo. O método qualitativo foi utilizado para alcançar informações de um diferente nível de compreensão, incluindo o discurso dos profissionais e o sentido que eles atribuem a questões da formação, da organização do trabalho e da possibilidade de articulação entre sua formação e sua prática.

## **Sujeitos investigados e Instrumentos utilizados**

Para o presente estudo, pensamos em aplicar o questionário a todos os profissionais do Apoio Matricial à Atenção Básica de Campinas, para levantar aspectos da formação, da composição das equipes e da organização do trabalho.

Conhecendo o histórico da construção do Apoio Matricial em Campinas, sabíamos que ele ocorre a partir de outros serviços da rede e não apenas do NASF e que se destaca a atuação dos profissionais da saúde mental, que estão ligados principalmente aos CAPS e aos Centros de Saúde, conforme descrito no estudo de Domitti (2006), e que também alguns centros de referência investem em ações de Apoio Matricial. Entretanto, não foram encontrados dados oficiais sobre a quantidade de Apoiadores e tampouco sobre os serviços onde estão alocados os profissionais que desenvolvem Apoio Matricial. Por isso, foi preciso levantar esses dados antes de iniciar a aplicação dos questionários, mediante contato com as direções dos distritos e com os gestores locais.

Guba e Lincoln (2011) denominam esta estratégia de composição da amostra como técnica da nomeação, na qual os respondentes considerados atores chave indicam outros que podem trazer colaborações.

Nesse levantamento, consideramos como sujeitos da pesquisa os profissionais que compõem o SUS Campinas e desenvolvem Apoio Matricial para as equipes de Atenção Básica. Foram utilizados como critérios de inclusão: que o profissional empregasse instrumentos de matriciamento em seu processo de trabalho; que fosse indicado pelo gestor local como Apoiador Matricial e que se reconhecesse como tal (autodeclaração). Foram utilizados como critérios de exclusão: o não pertencimento às características anteriores, a indisponibilidade para responder o questionário por motivo de férias ou afastamento e a recusa em participar da pesquisa.

Procedendo desta forma, emergiu como nosso universo de pesquisa, o total de 277 profissionais que desenvolvem Apoio Matricial, distribuídos entre 81 serviços, de diferentes pontos da rede assistencial de Campinas/SP. A distribuição das frequências, por distrito, dos serviços e Apoiadores indicados, bem como o número de Apoiadores indicados em cada distrito podem ser observadas na tabela abaixo.

**Tabela 3** - Distribuição de serviços e frequência de Apoiadores indicados nos Distritos de Campinas, 2013.

<b>Distrito</b>	<b>Serviços</b>	<b>Apoiadores indicados</b>
Sul	25	59
Sudoeste	18	63
Norte	12	41
Noroeste	9	36
Leste	17	78
<b>Total</b>	<b>81</b>	<b>277</b>

## Questionário

O questionário utilizado nesta pesquisa (Apêndice A) faz parte do projeto maior: “Estudo da estratégia de Apoio Paideia: investigação sobre Apoio Institucional e Apoio Matricial (Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF) no SUS” e foi desenvolvido no Coletivo de Estudos e Apoio Paideia, reunindo contribuições de pesquisadores estudiosos do Apoio Matricial e com experiência na utilização no Método Paideia.

Minayo *et al.* (2005) consideram o questionário uma ferramenta útil para a objetivação da realidade, podendo ser composto por questões abertas, fechadas ou mistas e pode ser auto preenchido ou ter seu preenchimento feito por entrevista. As questões fechadas são aquelas de múltipla escolha, nas quais são apresentadas várias opções, devendo ser escolhida uma ou mais dentre elas. Nas questões abertas os respondentes ficam livres para usar as próprias palavras, sem se limitarem pelas alternativas. Já as questões mistas constituem uma combinação dos dois tipos de questão apresentados, pois após as alternativas apresentadas segue-se uma última com o tópico: *Outra opção? Qual?* .

O instrumento formulado pelo Coletivo de Estudos é composto pelos três tipos de questão apresentados: abertas, fechadas e mistas. Além dos itens de identificação do respondente, o questionário aborda temas referentes à formação em Saúde Coletiva, tanto na graduação como na pós-graduação, analisa também a experiência profissional prévia ao Apoio Matricial; estuda o tipo de Apoio Matricial desenvolvido, a forma de seleção para exercício dessa função, as características do cargo ocupado e do trabalho desenvolvido durante a prática de Apoio Matricial; investiga as oportunidades de formação em Apoio Matricial oferecidas pela gestão municipal e também a importância que os profissionais atribuem à formação recebida em Saúde Coletiva. Algumas questões mistas contêm subitens que se destinam ao detalhamento da resposta desejada. As questões abertas se referem especificamente aos resultados obtidos com as práticas do Apoio Matricial, às principais dificuldades para sua execução e abrem espaço para que o respondente sugira medidas que favoreçam o desenvolvimento das ações de Apoio Matricial.

Desse diversificado leque de questões, foram selecionadas apenas aquelas que, tendo em vista o objetivo proposto no presente estudo, estão relacionadas mais fortemente às questões da formação e à organização do trabalho em Apoio Matricial. As questões

utilizadas estão apresentadas na tabela abaixo, distribuídas segundo os objetivos da pesquisa aos quais se relacionam.

**Tabela 4** - Apresentação das questões utilizadas no instrumento desenvolvido pelo Coletivo de Estudos e Apoio Paideia.

<b>Núcleos dos objetivos</b>	<b>Número das questões no instrumento</b>	<b>Tema das questões</b>
<b>Organização do trabalho</b>	13,14,19, 22 e 24	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Há quanto tempo desenvolve Apoio Matricial;</li> <li>• Horas dedicadas ao Apoio Matricial;</li> <li>• Número de Equipes de Referência apoiadas;</li> <li>• Formas das Equipes de Referência acionarem o Apoio Matricial;</li> <li>• Ferramentas que utiliza nas atividades de Apoio Matricial;</li> </ul>
<b>Composição da equipe</b>	Identificação e 21	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Área em que desenvolve Apoio Matricial;</li> <li>• Serviço a partir do qual oferece Apoio Matricial;</li> <li>• Quantidade de componentes da equipe de Apoio Matricial;</li> </ul>
<b>Formação</b>	2, 3a, 3b, 7,8,10, 16, 17 a e b, 18 a e b, 25 e 26	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Saúde Coletiva na graduação;</li> <li>• Pós-graduação;</li> <li>• Formação e experiência em Apoio Matricial e Saúde Coletiva que eram exigidas para o cargo;</li> <li>• Experiência prévia com o Apoio Matricial;</li> <li>• Acesso a documentos oficiais sobre o Apoio Matricial e avaliação destes;</li> <li>• Oportunidade de capacitação para o Apoio Matricial oferecida pela Secretaria Municipal;</li> <li>• Espaços de supervisão ou apoio para o Apoio Matricial;</li> </ul>

- Avaliação da importância dos processos formativos para a prática como apoiador;

Para poder acessar os serviços e os profissionais do Apoio Matricial e convidá-los a participar preenchendo o questionário, foi formada uma equipe de 03 pesquisadoras do Coletivo de Estudos e Apoio Paideia que se interessam pela temática. Antecedendo a entrada no campo, essa equipe se preparou por meio de reuniões sucessivas para sintonizar os entendimentos e tentou uniformizar a abordagem que seria utilizada no momento da aplicação.

A forma escolhida para a aplicação foi a de autopreenchimento, na presença de uma das entrevistadoras, na medida do possível, para auxiliar os respondentes no esclarecimento de dúvidas eventuais. Os participantes puderam responder ao instrumento tanto individualmente como em reuniões de equipe, nas quais a aplicação era grupal. Conforme explicam Minayo *et al.* (2005), nesta modalidade, o questionário pode ser aplicado com ou sem a presença do entrevistador e utilizar o autopreenchimento tem como vantagens o fato de poder atingir um grande número de pessoas e de o respondente poder preencher o questionário com privacidade.

A adequação do questionário foi avaliada em um pré-teste, no qual o instrumento foi aplicado a cinco profissionais do Apoio Matricial de Campinas (os cinco primeiros). Após este momento, a composição do questionário foi avaliada quanto à linguagem, facilidade de compreensão do objetivo das perguntas e sua capacidade para atender aos objetivos propostos pela pesquisa. As falhas e ambiguidades encontradas foram devidamente corrigidas e os cinco profissionais que participaram do pré-teste foram convidados posteriormente a complementar suas respostas. A aplicação ocorreu entre os meses de Abril de 2013 a Agosto de 2013.

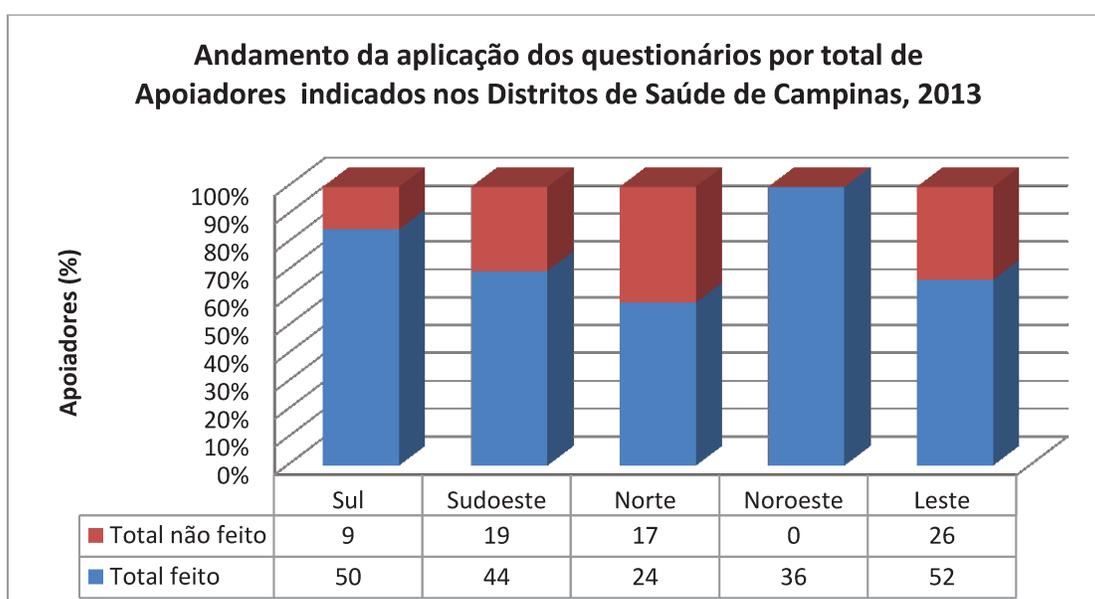
A fim de diminuir os vieses de seleção, buscamos respeitar a distribuição por distrito, garantindo que fossem entrevistados profissionais dos cinco distritos e também houve a preocupação de abranger diferentes serviços.

Dos 277 Apoiadores que se adequavam aos critérios de seleção descritos acima, 206 responderam o questionário, o que corresponde a 74% do total e compõe a amostra. Os 71 faltantes (26%) correspondem a trabalhadores cujos serviços de saúde não conseguiram

disponibilizar horários para a aplicação. São eles, 02 CAPS, 12 Centros de Saúde e 02 serviços hospitalares em que há especialistas que desenvolvem Apoio Matricial. Estes últimos representam o maior ônus para a pesquisa, por se tratar de arranjos pouco comuns e que poderiam apresentar respostas diferenciadas.

O andamento da aplicação dos questionários, por distrito, pode ser visualizado na figura a seguir:

**Figura 5** – Distribuição do andamento da aplicação dos questionários.



## **Grupo focal**

Na segunda etapa da pesquisa, que corresponde à utilização do método qualitativo para o aprofundamento de algumas das questões identificadas com a aplicação do questionário, elegemos como técnica o grupo focal.

O grupo focal, de acordo com Tanaka e Melo (2004), Bocchi, Jiliani e Spiri (2008) e Gondim (2003), constitui uma importante técnica de coleta de dados qualitativa cujo resultado visa ao levantamento e organização da discussão levada a efeito por um grupo de pessoas. Nessa técnica, o mais importante é a interação que se instaura entre os participantes, possibilitando a diversificação e aprofundamento dos conteúdos relacionados ao tema de interesse por meio do compartilhamento das experiências das pessoas, suas opiniões, desejos e inquietações. Apesar de ter sido inspirada em técnicas de entrevista não diretiva e em técnicas grupais, diferencia-se de uma entrevista em grupo, pois se baseia na interação e no estímulo aos participantes para que falem uns com os outros.

Minayo (2010) considera que o grupo focal possibilita a obtenção de informações aprofundando a interação entre os participantes, seja para gerar consenso ou para explicitar as divergências, mas, sobretudo, o valor desta técnica fundamenta-se na sua capacidade de formar opiniões e atitudes por meio da interação dos participantes.

Para a composição do grupo focal, Tanaka e Melo (2004) recomendam que haja homogeneidade, mas que se preservem algumas características heterogêneas do grupo, buscando estabelecer um balanço entre uniformidade e diversidade que permita aos participantes sentirem-se confortáveis e livres para participar da discussão. Acima de tudo, utiliza-se a técnica de amostragem intencional para poder responder aos objetivos da pesquisa, buscando aprofundamento e abrangência da compreensão do tema proposto (MINAYO, 1999; TURATO, 2003).

Procuramos incluir profissionais que desenvolvem ações de Apoio Matricial a partir de diferentes serviços de saúde, uma vez que a aplicação dos questionários demonstrou haver multiplicidade de arranjos de Apoio Matricial e diversidade sobre o modo de fazer, dependendo do serviço de origem.

Para a seleção da amostra foram consideradas as respostas obtidas com a aplicação do questionário, de acordo com os critérios de inclusão. O primeiro critério referia-se às ações em Apoio Matricial e estava condicionado ao assinalamento de cinco ou mais

ferramentas das oito que estavam listadas na questão de número 24 do questionário. O segundo critério baseou-se na proporção de apoiadores por serviço de origem, buscando agregar os arranjos mais recorrentes de Apoio Matricial, representados serviços com maior número de apoiadores, com aqueles que se destacaram durante a aplicação do questionário por serem inusitados em Campinas.

Os serviços com maior número de Apoiadores encontrados foram os Centros de Saúde (CS), com 75 apoiadores (36%) e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), com 51 apoiadores (25%), de acordo com a análise dos questionários. E, como arranjos inusitados, foram identificadas as atividades de Apoio originadas a partir dos Centros de Referência e a partir de especialistas ligados a Policlínicas. Optamos por convidar também o NASF que, embora seja um arranjo recorrente no Brasil, possui apenas uma equipe em Campinas e achamos que deveria ser incluído no estudo por esta peculiaridade.

Assim, foram convidados a participar vinte e cinco profissionais do Apoio Matricial, mediante análise dos dados dos questionários, sendo 8 trabalhadores dos Centros de Saúde, 4 dos CAPS, 5 do Centro de Referência em Reabilitação, 6 pessoas do NASF e 2 especialistas ligados à Policlínica. A distribuição dos convidados para participarem do grupo focal pode ser visualizada na tabela abaixo.

**Tabela 5** - Distribuição dos convidados para o grupo focal por serviço de origem; Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, 2013.

Serviço de origem	No. Profissionais Convidados	No. Profissionais Compareceram
Centro de Referência	5	4
Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)	5	3
Centros de Saúde	8	1
Especialidades	2	1
NASF	6	4
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>13</b>

Portanto, no nosso estudo, a característica homogênea residia no fato de todos desenvolverem práticas de Apoio Matricial. Já a heterogeneidade, referia-se aos diferentes serviços de saúde a que esses Apoiadores estavam atrelados.

Para a realização dos grupos focais, é importante a presença de um moderador e de um observador (Bocchi, Jiliani e Spiri, 2008). O moderador deve ter experiência com manejo de grupo, saber cultivar empatia e apresentar aptidão para escutar e conduzir as discussões. O observador deve estar atento ao debate, auxiliar o moderador na condução do grupo, tomar nota das principais impressões verbais e não verbais, além de colaborar para o bom funcionamento das audiogravações.

Tanaka e Melo (2004) utilizam o termo facilitador para designar a pessoa que fará as devidas apresentações e explicações sobre o motivo da construção do grupo focal, com os objetivos da pesquisa. Ele também deve cuidar do cumprimento dos aspectos éticos. Sobretudo, é o facilitador que organiza as discussões do grupo para que possam abordar os temas da pesquisa e, para tanto, pode utilizar-se de um roteiro preparado pelo pesquisador tendo em vista os objetivos do estudo.

Minayo (2010), por sua vez, fala em moderador e relator do grupo focal, sendo que o primeiro teria o papel de: introduzir a discussão e mantê-la acesa; enfatizar para o grupo que não há respostas certas ou erradas; observar os participantes para encorajar que todos tomem a palavra; buscar as oportunidades para aprofundamentos; construir relações com os participantes para aprofundar individualmente respostas e comentários relevantes e; monitorar o ritmo do grupo para poder finalizar o debate no tempo previsto.

Conforme explicam Miranda et al. (2008), a literatura prevê que os grupos focais sejam coordenados por alguém que não esteja envolvido com o tema a ser investigado, como forma de evitar influenciar as discussões. Em contrapartida, há autores apontando que a condução dos grupos focais feita pelo próprio pesquisador favorece a concentração em questões centrais para a pesquisa e ainda permite que o pesquisador contribua com outras sínteses e avaliações sobre a pertinência das explicações (GONDIM, 2003; MIRANDA, FIGUEIREDO & FERRER, 2008).

Por isso, em nosso estudo, optamos pela participação da pesquisadora enquanto facilitadora/moderadora e que o observador/relator fosse um dos pesquisadores do Coletivo de Estudos e Apoio Paideia que trabalhasse com o tema do Apoio Matricial.

A realização do grupo focal foi permeada por um roteiro (Apêndice B) e teve como objetivo conhecer como o trabalho está organizado no âmbito dos processos de formação e de reflexão no mesmo, bem como a percepção dos profissionais sobre a possibilidade de articulação entre os conhecimentos teóricos e a prática desenvolvida.

Conforme recomendado por Onocko Campos & Furtado (2008), o grupo focal aconteceu em dois momentos distintos, com aproximadamente 01h30min de duração para cada um deles, sendo que o segundo se baseia na proposta de grupo hermenêutico, que prevê a restituição ao grupo da narrativa produzida a partir das discussões realizadas no primeiro encontro, estimulando assim os “efeitos de narratividade”, mediante os quais são aprofundadas discussões e produzidas mudanças em relação à situação inicial, instaurando a função política que o grupo focal pode assumir.

O primeiro grupo foi realizado em 22 de Agosto de 2013 e teve como objetivo empreender as discussões sobre o tema da pesquisa, de acordo com o roteiro apresentado pelo facilitador. O segundo ocorreu em 26 de Setembro de 2013. Para este segundo encontro, foram convidados os mesmos profissionais que participaram do primeiro, entretanto, apenas cinco deles puderam participar, sendo quatro do centro de referência e um do NASF, o que pode ter limitado os efeitos de narratividade pretendidos.

## **Procedimentos éticos**

Foram cumpridos os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares que dispõem sobre as normas para realização de pesquisa com seres humanos, sendo que o presente projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP (parecer 196.809) e ao Centro de Educação dos Trabalhadores da Saúde de Campinas, e a pesquisa de campo foi iniciada somente após a aprovação dos respectivos órgãos.

Os profissionais que responderam o questionário foram convidados formalmente a participar da pesquisa, após consentimento do gestor local. A aplicação do referido instrumento era antecedida da apresentação dos objetivos, da metodologia da pesquisa do Termo de Consentimento Livre e esclarecido, que devia ser devidamente assinado. Para o preenchimento dos questionários, os participantes indicaram, dentro do próprio ambiente de trabalho, um local em que se sentiam confortáveis.

Aqueles que participaram do grupo focal também foram formalmente convidados a participar do estudo, considerando a leitura e explicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice C).

Como o grupo focal foi realizado nas dependências da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, foi solicitado aos convidados que negociassem sua liberação junto ao gestor local do serviço para que pudessem se deslocar até a faculdade.

A eleição da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP enquanto local para a realização do grupo focal baseou-se no fato de ser um ponto conhecido por todos os profissionais e por entendermos que se trata de um ambiente capaz de favorecer o sigilo e a privacidade necessários para a realização das discussões

As discussões foram gravadas e transcritas para análise.

## **Análise dos dados**

Creswell e Plano Clark (2013) explicam que a análise dos dados na pesquisa de métodos mistos consiste em analisar separadamente os dados quantitativos usando métodos quantitativos e os dados qualitativos usando métodos qualitativos. Também requer que se

analisem os dois conjuntos de informação usando técnicas que “misturem” os dados: a análise dos métodos mistos. Da mesma forma, a interpretação dos métodos mistos envolve olhar para os resultados quantitativos e para os qualitativos para fazer uma avaliação de como as informações se complementam para tratar da questão do estudo. Seria um processo de construção de inferências e de metainferências, respectivamente.

Quando se emprega a estratégia (projeto) sequencial explanatória, como no nosso caso, Creswell e Plano Clark (2013) afirmam que os procedimentos de análise dos dados envolvem coletar dados quantitativos, analisá-los e utilizar os resultados para informar a coleta de dados qualitativos. Portanto, a análise dos dados ocorre em três fases: I – análise dos dados quantitativos iniciais; II – análise dos dados qualitativos coletados na sequência e; III – análise da questão de como os dados qualitativos ajudam a explicar os quantitativos (análise dos métodos mistos). Este esquema analítico está demonstrado de forma mais detalhada na tabela a seguir:

Tabela 6 – Passos e decisões para análise dos métodos mistos.

<b>Tipo de projeto de métodos mistos</b>	<b>Tipo de análise de dados dos métodos mistos</b>	<b>Passos da análise de dados no projeto</b>	<b>Decisões de análise dos dados</b>
Projeto sequencial explanatório	Análise dos dados conectados para explicar os resultados	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Coletar os dados quantitativos;</li> <li>2. Analisar os dados quantitativos quantitativamente, usando as abordagens adequadas;</li> <li>3. Planejar os elementos qualitativos baseados nos resultados quantitativos;</li> <li>4. Coletar os dados qualitativos;</li> <li>5. Analisar os dados qualitativos qualitativamente usando as abordagens adequadas;</li> <li>6. Interpretar como os resultados conectados respondem às questões da pesquisa.</li> </ol>	Decidir quais participantes acompanhar e quais resultados precisam ser explicados

Fonte: Creswell JW, Plano Clark VL. Pesquisa de Métodos Mistos. 2ª. Edição. Porto Alegre: Penso, 2013, p. 194.

Em nossa pesquisa, a análise dos dados quantitativos obtidos com os questionários iniciou-se com a tabulação das respostas, seguida da análise descritiva dos dados, realizada a partir do estudo das frequências absolutas e relativas das respostas decompostas em categorias. Foi utilizado o programa Microsoft Excel, pacote Office 2000. Os dados reunidos foram sumarizados em tabelas e originaram gráficos com as distribuições.

O material produzido por meio do grupo focal foi analisado com o auxílio da construção de narrativas, tal como proposto por Onocko Campos & Furtado (2008) a partir

do estudo das obras de Ricoeur, para quem as narrativas são consideradas construções de histórias sobre o agir humano, isto é, a composição de um enredo que dá sentido e coerência aos acontecimentos.

Para Onocko Campos & Furtado (2008), a narrativa é um recurso interpretativo potente para processar o material produzido em pesquisas, na medida em que é capaz de realizar a mediação entre: ação e linguagem, estrutura e acontecimento, indivíduo e sociedade. A narrativa se processa a partir de dois movimentos, o de esmiuçar os fenômenos e o de combinar os fragmentos em circulação no discurso do grupo, mediante a elaboração de um enredo que se preocupa menos com a cronologia do que com a articulação das relações de poder, políticas e identitárias, do contexto, percebidas tanto diacrônica quanto sincronicamente, o que denota a complexa relação das narrativas com os discursos sociais ao compor um texto. Sendo assim, as narrativas emergem como resultado da inter-relação das forças sociais e caracterizam equacionamentos possíveis do fluxo histórico e social que atravessa o grupo.

Neste sentido, pode-se dizer que a construção das narrativas baseia-se na hermenêutica, que como explica Minayo (2010) em uma revisão sobre o assunto, funda-se na arte de compreender textos. Na proposta hermenêutica, a compreensão se refere tanto ao comum quanto ao específico; constrói-se em círculos que se expandem, sendo essencial o constante retorno do todo às partes e vice-versa; valoriza o que o “outro” coloca como verdade e; implica a possibilidade de interpretar, de estabelecer relações e extrair conclusões em todas as direções.

Foram construídas duas narrativas, sendo a primeira referente às transcrições das discussões do primeiro grupo focal, e a segunda às transcrições do encontro do grupo hermenêutico, citado anteriormente. As duas narrativas foram submetidas a grades de interpretação que originaram os núcleos argumentativos, como proposto por Onocko Campos & Furtado (2008).

Após este movimento analítico do material produzido por cada um dos instrumentos e de sua contextualização, foi realizada a integração dos métodos, representados pelos instrumentos. Os resultados obtidos pelo questionário e pelo grupo focal foram analisados a partir das perspectivas de sua similaridade, de suas divergências e, principalmente pela sua

complementaridade, conforme sugere Creswell (2007 e 2009), já que oferecem informações de diferentes níveis de análise.

Para empreender a conexão dos dados na estratégia sequencial explanatória, Creswell e Plano Clark (2013) recomendam também que se mostre como os dados quantitativos basearam a amostra qualitativa e a identificação de perguntas qualitativas e que se elabore uma análise no final do estudo para mostrar a vinculação entre os temas qualitativos e os resultados quantitativos para o propósito de explicação do tema pesquisado, que foi o que pretendemos fazer no Capítulo 06 da dissertação. A proposta de análise dos dados está sintetizada na tabela a seguir.

**Tabela 7** – Proposta de análise dos dados.

<b>Momento</b>	<b>Instrumento</b>	<b>Análise</b>
<b>1 - Quantitativo</b>	Questionário	Análise descritiva com construção de tabelas e gráficos
<b>2- Qualitativo</b>	Grupo focal	Construção de 2 narrativas, com formulação dos núcleos argumentativos
<b>3- Integração dos momentos 1 e 2, pelas semelhanças, divergências e complementariedades</b>		



## **Capítulo 5 – Apresentação comentada dos resultados quantitativos e qualitativos**

Neste capítulo serão apresentados os principais pontos encontrados mediante a análise dos dados originados por meio da aplicação dos questionários e da realização do grupo focal, representando o método quantitativo e o qualitativo, respectivamente.

Os dados quantitativos estão organizados a partir dos três eixos centrais que orientam a presente pesquisa: composição das equipes de Apoio Matricial, organização do trabalho e a formação desses profissionais, levando em conta tanto os cursos formais como as oportunidades de reflexão no cotidiano de trabalho.

A apresentação dos dados qualitativos está baseada nos temas para discussão que estavam previstos no roteiro, que se assenta em grande medida na temática da formação para o Apoio Matricial. Durante o grupo focal também foram abordadas questões levantadas com o questionário para as quais foi considerado interessante um aprofundamento junto aos participantes.

Igualmente, estão incluídos aspectos referentes ao processo de entrada e de “estada” em campo, que em nosso entender, também são considerados como resultados da pesquisa.

### **A entrada em campo**

Minayo (2010) e Quivy & Campenhoudt (1992) consideram de suma importância cuidar da entrada em campo, chamando atenção para as pesquisas exploratórias que antecedem e durante as quais se deve construir a articulação necessária para garantir a permanência do pesquisador no território que será estudado.

Em nossa pesquisa isso se mostrou verdadeiramente útil e consistiu principalmente no movimento de contato com os diretores dos cinco distritos de saúde de Campinas e na apresentação da pesquisa para os gestores locais a fim de realizarmos o levantamento dos profissionais que desenvolvem Apoio Matricial no município. Não fosse pelas apresentações, a entrada no campo teria ficado prejudicada ou até mesmo inviável.

Foram necessários quase dois meses para realizarmos a apresentação da pesquisa nos cinco distritos de saúde que, via de regra, acontecia na reunião de coordenadores dos

serviços ou na reunião de Apoiadores Institucionais. A primeira apresentação ocorreu em Março de 2013 e a última em Abril de 2013.

A forma como eram organizadas as agendas para as apresentações revelavam diferenças de gestão local dos distritos, no que se referia à flexibilidade para inserir novos assuntos na pauta e à centralização das decisões. Igualmente, foi possível observar alguns elementos concernentes à relação entre a gestão e o Apoio Matricial. Em alguns distritos, as ações de Apoio Matricial estavam mais claras para os gestores e se mostraram mais sistematizadas e reconhecidas pelos mesmos, o que proporcionou relativa facilidade em mapear os serviços que as desenvolviam, ao passo que em outros, esta tarefa foi imediatamente repassada aos coordenadores de serviços, sem abertura para debater o assunto. Nestes últimos, a proposta do Apoio Matricial parecia mais fragilizada, dada a pouca valorização demonstrada pelos gestores.

As apresentações que ocorreram nas reuniões de Apoiadores Institucionais foram pouco produtivas para a identificação dos profissionais que realizam Apoio Matricial, o que nos levou a pensar que havia pouca proximidade entre os dois tipos de Apoio e a suspeitar que prevalecia uma lógica de trabalho fragmentada e, portanto, pouco condizente com a proposta de democratização das relações institucionais que deveria orientar tanto o Apoio Matricial como o Apoio Institucional. Quando a apresentação ocorria na reunião dos coordenadores dos serviços, esta identificação era mais fácil.

Se por um lado a apresentação nos distritos não colaborou em alguns casos para a identificação imediata dos profissionais que poderiam participar da pesquisa, já que fomos redirecionados a falar com os coordenadores de cada serviço individualmente em outra ocasião, por outro, serviu como autorização para acessar esses gestores locais.

Contudo, estar autorizado a acessar não representou, em muitos casos, conseguir contatar os gestores, principalmente por vias institucionais, tais como o e-mail ou o telefone da Unidade. Fez-se necessário conseguir com os coordenadores dos distritos o contato particular dos gestores.

Uma vez que conseguíamos falar com os gestores, eles demonstravam conhecer o trabalho do Apoio Matricial, mas com alguma dificuldade para negociar com esses trabalhadores uma data para a apresentação da pesquisa e aplicação do questionário.

Alguns dos profissionais indicados eram bastante receptivos à proposta do estudo e sentiam orgulho por terem seu trabalho no Apoio Matricial reconhecido, porém, o contato com outros era difícil, particularmente, porque não se identificavam com as indicações ou tinham dúvidas sobre a classificação de suas atividades enquanto Apoio Matricial. Nestes casos, era destacado que não se tratava de uma pesquisa avaliativa que pretendia emitir juízo de valor sobre o trabalho desenvolvido e que interessava incluímos as diferentes experiências, contanto que se tratasse da relação de especialistas com as Equipes de Referência da Atenção Básica. Especialmente, era explicado que caso não se reconhecesse na indicação, era facultada sua recusa em participar da pesquisa, sem nenhum prejuízo.

Para serviços como o Centro de Especialidades Odontológicas, Centros de Convivência, Vigilância Sanitária, Laboratório Municipal de Análises Clínicas e Centro de Testagem e Aconselhamento essas conversas sobre o que caracterizava o Apoio Matricial foram relevantes, pois a utilização dessa estratégia para a organização do trabalho ainda é incipiente. E, nesses serviços, muitos dos profissionais acabaram não se reconhecendo mesmo como Apoiadores e por essa razão não participaram da pesquisa.

O fato de se reconhecer Apoiador, em grande medida, coincidia com a disponibilidade em participar da pesquisa e, se pensarmos na rede de Campinas como um todo, poder-se-ia pensar em uma gradiente que se seguia dos centros de atenção psicossocial (CAPS), para os Centros de Saúde (CS), especialidades, policlínicas e hospitais, na qual os primeiros representariam os que mais se identificam como Apoiadores e, os últimos, menos.

Esta possibilidade de agrupamento reflete, por sua vez, a história do Apoio Matricial em Campinas, pois a proposta iniciou-se, ainda de forma embrionária, na Saúde Mental, enquanto matriciamento e depois se estendeu para os outros serviços da rede, durante o Programa Paideia e enfrentou resistência dos especialistas, principalmente dos que atuavam nos hospitais. Até hoje, pelo que pudemos observar na entrada de campo, as especialidades, as policlínicas e os hospitais apresentam um arranjo de Apoio Matricial fragilizado. E, nos Centros de Saúde, quem desenvolve ações de Apoio Matricial pertence à área da Saúde Mental também.

Entretanto, mesmo na Saúde Mental em que o Apoio apresenta-se mais fortalecido, pudemos perceber um sentimento de desânimo entre os trabalhadores, uma descrença a

respeito do futuro do Apoio em Campinas frente ao desmantelamento dos espaços de cogestão associado à falta de investimentos na Atenção Básica como um todo. Esse sentimento agravou-se com a crise que se instalou entre a Prefeitura e o Serviço Cândido Ferreira, que atingiu os profissionais da Saúde Mental e provocou paralisações e certamente contribuiu para a desmotivação dos trabalhadores. Importa mencionar que esse contexto se fez muito presente em nossa pesquisa, em todos os momentos, desde a entrada no campo até o término da coleta dos dados.

Nessa conjuntura, o processo de entrada em campo nos distritos de saúde precisou compreender as seguintes etapas: 1- prévia: apresentação do projeto para o coordenador do distrito; 2- apresentação para mapeamento: apresentação do projeto para todos os coordenadores dos serviços do referido distrito ou para Apoiadores Institucionais; 3- mapeamento e agenda: novo contato com os coordenadores do serviço para finalizar o mapeamento dos apoiadores matriciais e agendar uma data para aplicação dos questionários; 4 – contato com os profissionais indicados: apresentação da pesquisa e do instrumento, convite formal para a participação e explicitação dos termos éticos para a livre participação; 5- aplicação dos questionários aos profissionais indicados pelos coordenadores e que aceitavam participar.

Quando os profissionais concordavam em participar, a aplicação dos questionários acontecia tanto individualmente como em grupo, nos espaços de reunião de equipe, o que nos permitiu conhecer um pouco da dinâmica de cada serviço. Em alguns dos Centros de Saúde, foi possível perceber que opera a lógica ambulatorial, que dificulta a reunião de coletivos e o diálogo entre os diferentes profissionais, além de comprometer o atendimento integral dos usuários.

Nos CAPS, embora os coordenadores considerassem importante poder apresentar a pesquisa no espaço de reunião de equipe, havia certa dificuldade em conseguir disponibilidade para encaixar este tema na pauta e muitos deles relatavam que a frequência das reuniões (uma vez por semana) era insuficiente frente à quantidade de assuntos que gostariam de discutir, o que inviabilizava a aplicação na presença de alguma das pesquisadoras. Nesses casos, o questionário era deixado com o gestor local, com instruções sobre o preenchimento. No entanto, o retorno de questionários preenchidos era muito

pequeno, mas foi a opção mais viável tendo em vista a concorrida agenda da reunião de equipe.

Outra forma bastante utilizada para a aplicação dos questionários era em grupo, quando, na reunião de equipe, todos os profissionais que desenvolviam Apoio Matricial preenchiam simultaneamente o questionário. Essa estratégia foi utilizada tanto em Centros de Saúde como em CAPS e, nesses momentos, podíamos verificar que os profissionais tinham oportunidade para trocarem opiniões sobre o trabalho e para refletirem sobre aspectos de sua prática de matriciamento.

Percebe-se, assim, que estar em campo foi uma experiência muito rica e intrigante, que despertou um olhar curioso sobre as questões que atravessam o Apoio Matricial, mas que nem sempre estavam contempladas no instrumento escolhido, a exemplo da organização dos serviços. Para uma “estrangeira”, como eu, que desconhecia a rede de atenção à saúde do SUS Campinas, foi uma vivência ímpar e fundamental para me ajudar a mergulhar na parte qualitativa da pesquisa.

E, se tudo isso foi possível, em parte foi graças ao cuidado que tivemos com a “entrada”. As apresentações e contato com os coordenadores dos serviços foram empreendimentos morosos, mas fundamentais no sentido de legitimar nossa presença nesses diferentes serviços.

## **Dados quantitativos**

### **Composição das equipes de Apoio Matricial**

A análise dos dados originados pelo questionário aplicado a 207 trabalhadores revelou que o Apoio Matricial da cidade de Campinas/SP é realizado, frequentemente, em duplas, já que 54 trabalhadores (26%) referiram desenvolver suas ações em equipes de duas pessoas. Outro modo comum é o de realizar Apoio Matricial sozinho, pois 45 (22%) apresentaram esta resposta. Essas duas categorias, juntas, totalizam 48% do total (Tabela 8).

**Tabela 8** – Distribuição da quantidade de profissionais em cada equipe de Apoio Matricial na Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, 2013.

Composição Equipes	Profissionais	%
Sozinho	45	22%
2 pessoas	54	26%
3 pessoas	27	13%
4 pessoas	22	11%
5 pessoas	10	5%
6 ou mais pessoas	36	17%
Variável	11	5%
Não respondeu	1	0%
<b>Total</b>	<b>206</b>	<b>100%</b>

No questionário era perguntado: “Qual é a composição da sua equipe de Apoio Matricial? (Cite as categorias profissionais e a quantidade de componentes de cada categoria profissional que vão com você realizar Apoio Matricial às Equipes Apoiadas)”, o que não permite esclarecer se de fato essa organização corresponde ao modo como eles fazem o Apoio ou se apenas à formalização das equipes, e que o trabalho do Apoio, na prática, dar-se-ia de modo mais isolado. Por isso, seria preciso investigar se há diálogo entre esses profissionais e momentos nos quais possam partilhar as ações desenvolvidas.

Também chama atenção o fato de 107 trabalhadores (52%) comporem equipes com mais de 03 profissionais e, nesses casos, seria igualmente interessante saber se existe integração entre os trabalhadores para desenvolverem o Apoio.

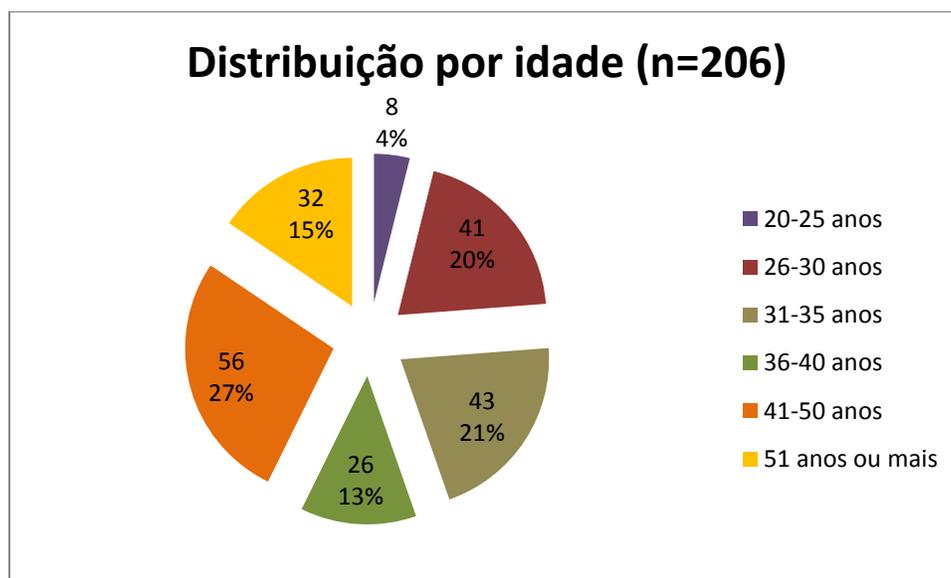
Durante o grupo focal, os participantes disseram que comparecem aos serviços geralmente em duplas, mas que não existem espaços para que compartilhem o trabalho entre si.

Assim, embora na proposta do Apoio Matricial o número de pessoas que o desenvolvem não seja fixo, havendo possibilidade para diferentes arranjos, a ausência de espaços para troca parece sinalizar certa fragmentação e estaria na contramão do Apoio (CAMPOS & DOMITTI, 2007).

Sobre as demais características das equipes, pode-se dizer que são compostas predominantemente por mulheres, dado que 175 trabalhadores (85%) eram do sexo feminino e que, no Apoio, profissionais cuja idade se encaixa na faixa etária entre 26 e 30

anos (41 pessoas, 20%) e na faixa entre 31 e 35 anos (43 pessoas, 21%), convivem com aqueles cuja idade está entre 41 e 50 anos (56 pessoas, 27%).

**Figura 6 -** Distribuição dos profissionais do Apoio Matricial por faixa etária, Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, 2013.



A convivência entre profissionais de diferentes faixas etárias que essa distribuição indica pode ser produtiva na medida em que oferece a oportunidade dos mais jovens aprenderem com os mais experientes sobre como organizar o trabalho do Apoio Matricial, permitindo que diferentes perspectivas interajam.

As áreas em que são desenvolvidas ações de Apoio Matricial também oferecem elementos importantes não apenas sobre a composição das equipes, mas também sobre a própria organização desse arranjo em Campinas.

Pode-se perceber, com base nas tabelas 9 e 10 que as ações de Apoio Matricial se concentram na área da Saúde Mental, pois 67% dos profissionais pertencem a essa área. E, pode-se dizer que o Apoio Matricial origina-se principalmente a partir dos Centros de Saúde (36%) e CAPS (25%).

**Tabela 9** – Distribuição dos profissionais pelas principais áreas em que é desenvolvido o Apoio Matricial na Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, 2013.

Áreas em que desenvolve Apoio Matricial	No. Profissionais	%
Saúde Mental	138	67%
Reabilitação	14	7%
Análise Laboratorial (Análises Clínicas)	4	2%
Gestão da clínica <sup>1</sup>	5	2%
Saúde da Mulher	3	1%
Assistência Farmacêutica	2	1%
Abordagem DST	2	1%
Saúde Bucal	5	2%
Saúde da Criança	2	1%
Doenças Crônicas	1	0%
Dermatologia	1	0%
Ortopedia	1	0%
Reumatologia e reabilitação	1	0%
Serviço Social	1	0%
Cardiologia	2	1%
Hematologia	1	0%
Nutrição	2	1%
Neurologia	1	0%
Otorrinolaringologia	1	0%
Saúde Mental e Práticas Integrativas	4	2%
Saúde Mental e Reabilitação	1	0%
Pneumopediatria	1	0%
Reabilitação oral	1	0%
Vigilância em saúde	1	0%
Saúde do Adulto	2	1%
Tabagismo e Dislipidemia	1	0%
Serviço de Assistência Domiciliar (SAD)	8	4%
<b>Total</b>	<b>206</b>	<b>100%</b>

<sup>1</sup> O termo “Gestão da Clínica” refere-se a uma modalidade de Apoio Matricial desenvolvido em Campinas a partir do Projeto de Gestão da Clínica em que profissionais generalistas e/ou especialistas oferecem retaguarda à Atenção Básica nos temas de organização da prática clínica.

**Tabela 10** - Distribuição dos profissionais que desenvolvem Apoio Matricial por tipo de serviço da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, 2013.

Tipo de serviço	No. de Profissionais	Total
Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)	51	25%
CAPS e CS	2	1%
CAPS infantil	17	8%
Centro de Convivência	8	4%
Centro de Referência e CS	1	0%
Centro de Referência em Reabilitação	12	6%
Centro de Especialidades Odontológicas	4	2%
Centros de Saúde (CS)	75	36%
Centro de Testagem (DST-AIDS)	2	1%
Especialidades	1	0%
Laboratório Municipal	4	2%
NASF	5	2%
NASF e CS	1	0%
Policlínicas	9	4%
Projeto Gestão da Clínica	2	1%
Serviço de Assistência Domiciliar	11	5%
Vigilância Sanitária	1	0%
<b>Total</b>	<b>206</b>	<b>100%</b>

A concentração de atividades de Apoio Matricial na área da Saúde Mental coincide com a história de Campinas, pois a proposta se originou nessa área com o nome de matriciamento no período de 1990, dentro do movimento da Reforma Psiquiátrica, buscando articulação com a Atenção Básica para o cuidado dos problemas menos graves, como explica Domitti (2006).

Enquanto diretriz municipal, sistematizada sob a proposta do Apoio Matricial, para a organização dos serviços de saúde de toda a rede e não apenas na saúde mental, foi ampliada a partir do ano 2000, quando a Secretaria de Saúde de Campinas adotou o Programa Paideia (CAMPINAS, 2001).

É importante pontuar que a prática do Apoio Matricial a partir da Saúde Mental inevitavelmente liga esse arranjo ao convênio estabelecido entre a Secretaria Municipal e o Serviço Cândido Ferreira, que é o contratante de grande parte dos profissionais da saúde Mental de Campinas.

Essa característica, somada ao atual momento de crise da gestão pública municipal, com reflexos no sistema local de saúde e na parceria com o Serviço de Saúde Cândido Ferreira na saúde mental, tem acarretado prejuízos no desenvolvimento das Atividades de Apoio Matricial, dada a instabilidade institucional a que estão expostos.

Se considerarmos que nos centros de saúde, que correspondem a 36% do total de serviços a partir dos quais se faz Apoio Matricial, geralmente é a equipe de saúde mental, composta por 2 a 4 profissionais, que faz a interlocução com as Equipes de Referência do próprio Centro de Saúde e com as Equipes de Referência de outros Centros de Saúde do distrito quando necessário, a crise toma uma proporção ainda maior.

O fato de os profissionais que desenvolvem Apoio Matricial pertencerem principalmente aos Centros de Saúde (36%) e aos Centros de Atenção Psicossocial (25%) reforça a importância da área da Saúde Mental no Apoio Matricial de Campinas, mas também pode ser entendido como resultado da dificuldade de inscrição da proposta em outras áreas e serviços.

Além disso, a multiplicidade de áreas e equipes de Apoio Matricial encontrada sugere que em Campinas ele se caracteriza mais como uma metodologia de trabalho do que como um arranjo propriamente dito (CAMPOS, CUNHA & FIGUEIREDO, 2013). Esse formato torna a proposta mais abrangente e com plasticidade para se moldar aos diferentes contextos, entretanto, pode ter contribuído para a instalação de problemas identitários, sobre ser ou não Apoiador.

Por outro lado, no que se refere aos serviços a partir dos quais é realizado Apoio Matricial, não se estranha que a maior parte não o execute a partir de NASF, pois além de só haver 1 equipe de NASF constituída, Campinas, mesmo antes de 2008, ano em que o Ministério da Saúde previu recursos para a contratação de profissionais para os Núcleos de Apoio à Saúde da Família, já investia no desenvolvimento do Apoio Matricial, enquanto matriciamento de saúde mental, e já contava com diferentes formatações, nas quais várias equipes, a partir de distintos serviços, já realizavam Apoio Matricial a equipes da Atenção Básica (BRASIL, 2008; DOMITTI, 2006).

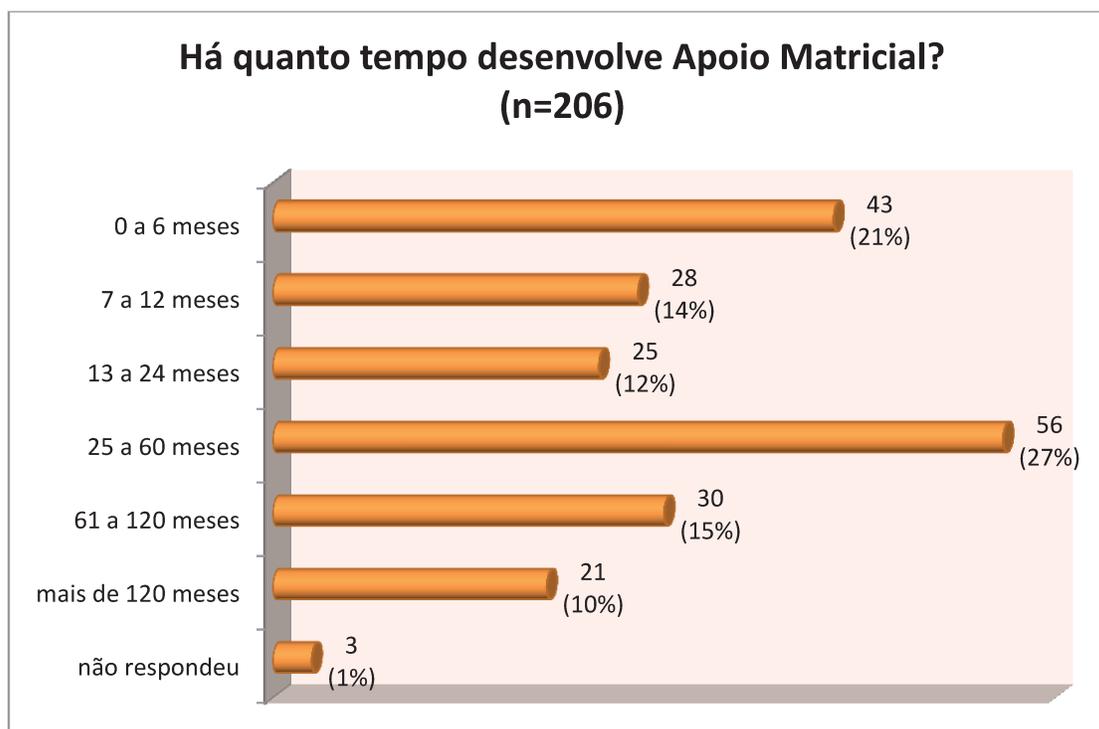
No mais, a multiplicidade de serviços a partir dos quais se originam ações de Apoio Matricial para além da saúde mental, ainda que com menor expressão, faz vislumbrar que esse é um arranjo possível para diversas áreas, ou melhor, para diferentes núcleos de saber.

Por essa razão, de fato a proposta dos NASF, ao limitar as profissões que poderiam compor as equipes, restringe a potência do arranjo frente às necessidades das Equipes de Referência, como já fora sinalizado por Campos, Cunha & Figueiredo (2013).

### Organização do trabalho

A prática do Apoio Matricial em Campinas antecede à publicação da portaria n. 154, de 24 de Janeiro de 2008, que oficializa a proposta dos NASF, pois se somarmos o total de profissionais que relataram desenvolver este tipo de ação há mais de 5 anos (61 meses em diante) obteremos que 51 trabalhadores (25%) já desenvolviam este tipo de atividade. E vale ressaltar que as 21 pessoas (10%) que relataram desenvolver Apoio Matricial há mais de dez anos (mais de 120 meses) provavelmente iniciaram na época da implantação do Programa Paideia em 2000.

**Figura 7** – Distribuição dos profissionais quanto ao tempo de desenvolvimento de ações de Apoio Matricial; Secretaria Municipal de Campinas, 2013.

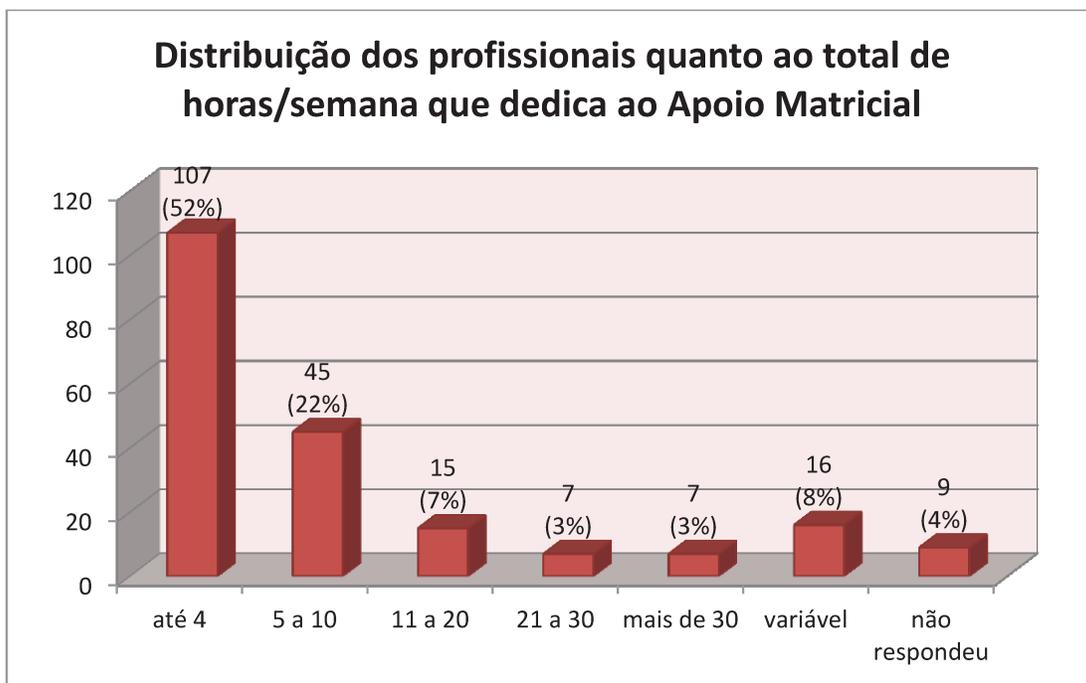


Entretanto, a maioria dos profissionais realiza Apoio Matricial há menos tempo, dado que 56 o desenvolvem num período que abrange apenas entre 2 e 5 anos e 43 deles, há menos de seis meses. Embora seja pouco provável que esteja relacionado aos incentivos financeiros do Ministério da Saúde, haja vista que Campinas conta com apenas uma equipe de NASF, é possível que essa concentração esteja associada à parcela das equipes que apresenta característica mais jovem e que, provavelmente, está há menos tempo nos serviços.

Seria importante saber se essas pessoas se sentem capacitadas para as ações e seguras para empreender o trabalho do Apoio Matricial e, se sim, como essas habilidades foram desenvolvidas. A análise dos dados obtidos mediante o grupo focal forneceu maiores esclarecimentos sobre esse ponto, como será discutido mais adiante.

A análise das horas dedicadas ao Apoio Matricial em relação ao total de horas para que se foi contratado, revela um dado importante. Os regimes de trabalho distribuem-se entre 12 e 36 horas semanais, sendo que a maioria dos profissionais realiza 36 horas semanais (98 pessoas, 48%) ou 30 horas semanais (76 pessoas, 37%). Entretanto, como descrito na Figura 7, do total de horas para as quais foram contratados, 107 profissionais (52%) dedicam até 4 horas ao Apoio Matricial e 45 (22%) reservam entre 5 e 10 horas por semana para ao Apoio, o que corresponde a menos de um terço da carga horária total.

**Figura 8** – Total de horas semanais que os profissionais dedicam ao Apoio Matricial; Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, 2013.



Este dado oferece indicativos sobre a concepção de Apoio Matricial que os profissionais possuem, pois a maioria só contabilizou como horas dedicadas ao Apoio aquelas gastas em reuniões de equipe e em ações educativas junto às equipes apoiadas, conforme verbalizado durante as entrevistas para aplicação do questionário ou anotado no próprio instrumento como nota de rodapé. De forma geral, ações de assistência direta aos usuários, como atendimentos individuais ou realização de grupos não foram computadas pelos profissionais como atividades de Apoio.

Contudo, é preciso investigar, de maneira mais aprofundada, essa informação, pois seria relevante entender se isso se deve à multiplicidade de arranjos existente, se ocorre porque os profissionais consideram que a proposta do Apoio Matricial não envolve a assistência direta, o que indicaria uma interpretação diferente da teoria sobre o assunto, ou se não a incluíram porque a realizam dentro da lógica ambulatorial, de forma pouco dialógica e com pouca corresponsabilização da equipe, o que de fato contradiz a proposta original do Apoio.

Da mesma forma, é preciso esclarecer se não ocorreu aqui um viés devido ao modo como a pergunta do questionário foi formulada, que pode ter induzido esse tipo de resposta. Esse item continha a seguinte redação: “Do total de horas para o qual você foi contratado,

*quantas horas semanais você dedica às atividades de Apoio Matricial?*”, que aparentemente contém em si uma distinção entre ser Apoiador e fazer Apoio em que já se parte da pressuposição de que nem todas as horas de trabalho são dedicadas ao Apoio, o que pode ter induzido confusões, até mesmo sobre o conceito de Apoio Matricial. Por essas razões, esta foi uma das questões levadas para o grupo focal, por imaginarmos que com o método qualitativo obteríamos maiores esclarecimentos sobre esse ponto.

Quando analisamos o número de Equipes de Referência que são apoiadas por cada equipe de Apoio Matricial, podemos perceber que a maioria desenvolve apoio para poucas Equipes de Referência, já que a tabela 11 mostra que 94 profissionais (46%) apoiam entre 1 e 3 equipes e 46 profissionais (22%), entre 4 e 8 equipes.

**Tabela 11** – Distribuição dos profissionais em função do número de Equipes de Referência que apoiam; Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, 2013.

No. Equipes de referência que Apoiam	No. Profissionais	(%)
1-3	94	46%
4-8	46	22%
9-18	9	4%
1 distrito	30	15%
mais de 1 distrito	12	6%
Indefinido	13	6%
Não respondeu	2	1%
<b>Total</b>	<b>206</b>	<b>100%</b>

Este dado pode representar uma chance de oferecer um trabalho singularizado e próximo das Equipes de Referência, o que, em tese, aumentaria a qualidade do apoio desenvolvido, pois poderia incluir as diferentes formas de interação entre especialistas e profissionais de referência como proposto por Campos & Domitti (2007).

Entretanto, se combinarmos essa informação com o número reduzido de horas que os profissionais declararam dedicar ao Apoio Matricial, como foi discutido anteriormente, não é possível afirmar que realmente esteja garantido que a prática de Apoio se dê de forma próxima e singularizada para cada Equipe de Referência.

Por sua vez, o fato de 30 profissionais (15%) afirmarem desenvolver Apoio para um distrito de saúde, que corresponde, em média, a 48 Equipes de Referência chama atenção para a questão da territorialização do Apoio. Pois, nesse modelo, existe menos possibilidade para que os Apoiaadores se vinculem com os casos e estabeleçam maior proximidade com as equipes.

Sobre as formas utilizadas para acionar o Apoio Matricial, podemos visualizar na tabela 12 que a maioria (78 profissionais, 39%) referiu que a agenda do apoio é construída mediante pactuação entre Apoio Matricial e Equipe de Referência e ainda inclui a possibilidade de solicitação de apoio eventual pelas equipes; 37 trabalhadores (18%) indicou também que a construção de agenda é pactuada entre Apoio Matricial e Equipe de

Referência, mas sem a possibilidade de solicitação de apoio eventual; 41 trabalhadores (20%) marcou que o Apoio é acionado somente mediante solicitação de Apoio eventual e 25 pessoas (12%) afirmaram que a construção da agenda é influenciada por diversas instâncias, envolvendo Equipe de Referência, equipe de Apoio e gestão.

**Tabela 12** – Distribuição dos profissionais a respeito das formas utilizadas para acionar o Apoio Matricial; Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, 2013.

Principais formas de acionar o Apoio	No. de Profissionais	(%)
Agenda definida pela gestão	4	2%
Agenda pactuada entre Apoio Matricial e Equipes de Referência	37	18%
Solicitação eventual de Apoio	41	20%
Agenda definida pela gestão e solicitação de apoio eventual	13	6%
Agenda pactuada entre Apoio Matricial e Equipes de Referência e solicitação eventual de Apoio	78	38%
Definida pela gestão e pactuada entre Apoio Matricial e Equipes de Referência	5	2%
Todas as anteriores	25	12%
Outros	2	1%
Não respondeu	1	0%
<b>Total</b>	<b>206</b>	<b>100%</b>

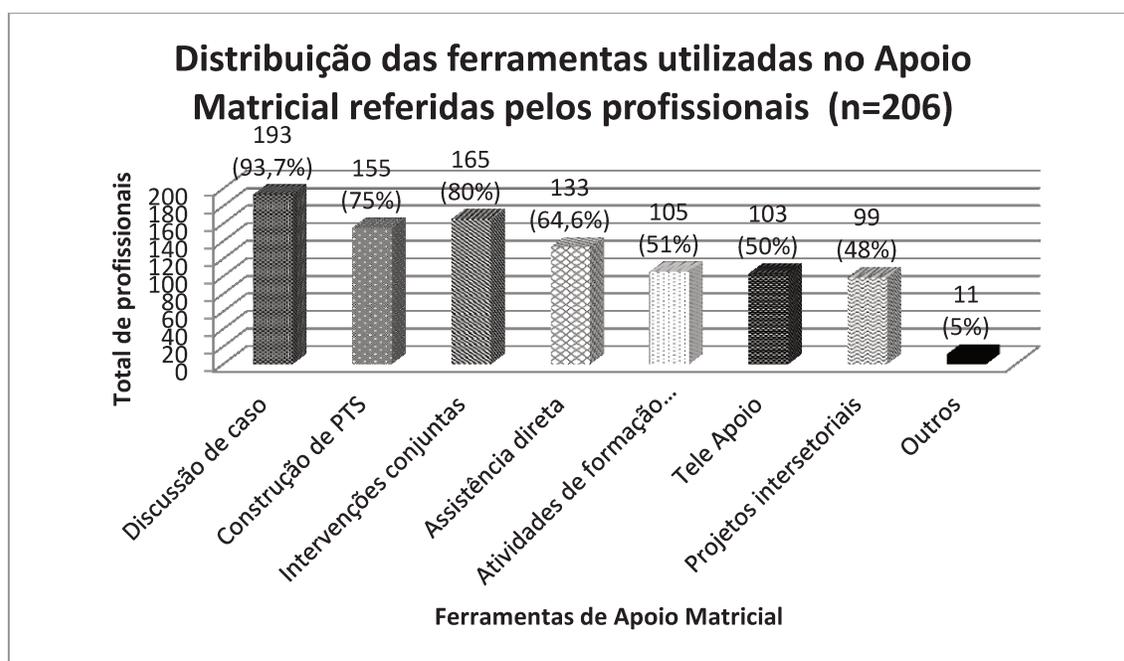
Os modos de acionar o apoio que foram destacados pelos profissionais ao responderem o questionário parecem estar vinculados a processos dialógicos de cogestão que incluem pactuações e participação de diferentes atores na construção da agenda, que fazem jus à proposta do Apoio Matricial de democratização das relações de trabalho, tal como Campos (2000) previa ao desenvolver a teoria sobre o Método da Roda. Além disso, demonstra que os arranjos de Apoio Matricial existentes em Campinas procuram combinar agendas programadas com a disponibilidade para solicitações eventuais nos casos de emergência, que não podem aguardar os encontros regulares, o que está em consonância com o recomendado por Campos & Domitti (2007).

Ademais, ao incluir diferentes atores na negociação das agendas e ao evitar que as decisões fiquem centradas na gestão, aumentam as chances de sucesso na implementação do Apoio Matricial, como é destacado por Dimenstein (2009).

Entretanto, é preciso que as equipes, ao realizar as negociações, tenham em mente as recomendações de Cunha & Campos (2010) quando afirmam que o contrato entre gestão, especialista apoiador e Equipe de Referência tem de ser cuidadoso e repactuado constantemente, tomando como base a construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias e de critérios para acionar o apoio.

A figura 9 indica que os profissionais de Apoio Matricial lançam mão de diversas ferramentas para o desenvolvimento de suas atividades, contemplando quase a totalidade dos instrumentos recomendados pelo guia prático de matriciamento em saúde mental (Chiverini, 2011), excetuando-se apenas pela construção do genograma e do ecomapa que não apareceram nas respostas. A discussão de casos (escolhida por 193 trabalhadores, 93,7%), a construção de Projetos Terapêuticos Singulares (marcado por 155 trabalhadores, 75%) e as Intervenções conjuntas com as equipes (indicado por 165 trabalhadores, 80%) emergem como ferramentas privilegiadas.

**Figura 9** – Distribuição das ferramentas, referidas pelos profissionais, utilizadas no Apoio Matricial; Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, 2013.



A análise dos dados contido na figura 9 sugere que o suporte técnico-assistencial proposto por Campos & Domitti (2006) e Cunha & Campos (2011) parece estar garantido, porém tem recebido maior ênfase que a dimensão pedagógica que essas equipes também podem explorar. Contudo, é preciso considerar que a dimensão pedagógica pode estar incluída na discussão de caso e que o modo como foi formulada a questão, separando as atividades de formação da discussão de caso, pode ter influenciado o resultado.

Também é curioso notar que a assistência direta aos usuários foi marcada com frequência considerável enquanto ferramenta de apoio, mas não foi considerada como tal no momento da computação dos profissionais sobre as horas que dedicam ao Apoio, o que reforça a necessidade de investigações de caráter qualitativo sobre essa questão. Até porque, como se tratava de uma questão fechada, de múltipla escolha, não podemos assegurar que todas essas ferramentas seriam elencadas pelos profissionais, caso fosse uma questão aberta. Daí a necessidade da complementação por métodos qualitativos.

De todo modo, a análise dos elementos da organização do trabalho do Apoio Matricial em Campinas, obtidos por método quantitativo, sugere que tem se configurado como uma prática dialógica e com potencial para desenvolver ações singularizadas. Além disso, busca contemplar as diferentes demandas das Equipes de Referência, mediante a utilização de múltiplas ferramentas e ao apresentar diferentes formas de pactuação para a agenda. Nesse sentido, as equipes de Apoio Matricial, apesar de estarem desenvolvendo esse trabalho há menos de 5 anos, parecem apresentar uma prática condizente com o que é proposto na teoria. Todavia, preocupa a reduzida carga horária dedicada ao Apoio, que pode estar relacionada a dificuldades de negociação com a gestão atual, a um entendimento limitado da proposta ou a atendimentos feitos na lógica ambulatorial e possivelmente prejudica o estabelecimento de contato próximo com as Equipes de Referência.

Nesse contexto, considerar os aspectos sobre a formação desses profissionais amplia a compreensão sobre a organização do trabalho, pois trazem à tona os modos como os profissionais têm aprendido a realizar o Apoio Matricial e revelam se há espaços reflexivos nos quais se possam pôr em análise as fragilidades, elementos importantes para a saúde do trabalhador.

## Formação

Uma importante forma de se identificar a aposta de um município no Apoio Matricial se dá mediante o estudo do processo seletivo proposto para a contratação dos profissionais. Além disso, esses dados podem indicar a preocupação em selecionar candidatos com acúmulo na área, ou então a necessidade de oferecer esse tipo de formação.

A análise do processo seletivo que foi realizado para contratação dos profissionais que atualmente compõem as equipes de Apoio Matricial em Campinas revelou que a gestão reconhece ser importante que o candidato apresente conhecimento teórico na área da Saúde Coletiva, mas que não há processos específicos de seleção para o Apoio Matricial.

Esta percepção baseia-se no fato de que 179 pessoas (87%) referem que o processo seletivo incluía questões sobre saúde pública/saúde coletiva, mas apenas 66 pessoas (32%) afirmaram que o processo incluía questões sobre Apoio Matricial, como pode ser verificado na tabela abaixo.

Também foi perguntado se era exigida alguma experiência prévia com o Apoio Matricial durante o processo seletivo. A isto, 83% dos profissionais responderam que não, que esta não era uma das exigências.

**Tabela 13** – Distribuição dos profissionais (n=206) sobre as questões e exigências do processo seletivo para ingresso na Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, 2013.

Itens da Seleção para o cargo	No. Profissionais SIM	% SIM	No. Profissionais NÃO	% NÃO	No. Profissionais Não sabe/não lembra	% Não sabe/não lembra
Incluía questões de Saúde Coletiva/Saúde Pública	179	87%	16	8%	11	5%
Incluía questões sobre Apoio Matricial	66	32%	123	60%	17	8%
Era informado de que faria Apoio Matricial	103	50%	89	43%	14	7%
Exigia experiência em Apoio Matricial	27	13%	171	83%	8	4%

Todavia, é possível que o reduzido número de trabalhadores que afirmaram ter sido perguntado sobre Apoio Matricial no processo seletivo deva-se ao fato de que esta terminologia passou a ser difundida somente a partir do Programa Paideia, na gestão entre 2000 e 2003, ao passo que muitos profissionais que participaram da pesquisa já haviam ingressado na Secretaria Municipal de Saúde, como foi apresentado na figura 5, no item sobre a organização do trabalho.

A ausência das questões teóricas e da exigência de experiência prévia em Apoio Matricial conflita com o fato dos contratantes terem mencionado a 103 dos profissionais (50%) que iriam desenvolver atividades de Apoio Matricial, número superior aos que responderam que o processo seletivo incluía questões ou exigência nessa área.

Pode ser, entretanto, que os dados apenas estejam revelando que a gestão confia pouco na capacidade do processo seletivo em identificar as pessoas com afinidade com Apoio Matricial ou então que acreditam não ser necessário nenhum conhecimento específico para se trabalhar com o Apoio.

Contudo, se a gestão local está empenhada na proposta da efetivação e do fortalecimento do Apoio Matricial, mas não exige conhecimentos teóricos ou experiência prática nessa área para os profissionais contratados para essas atividades, seria de se esperar que fosse oferecido pela Secretaria Municipal de Saúde algum tipo de formação ou capacitação nesse tema para os ingressantes, principalmente com o intuito de debater os conhecimentos prévios e a possível articulação entre a teoria e a prática, uma vez que 157 profissionais (76%) tiveram alguma aproximação com a saúde coletiva durante a graduação e 108 (53%) conhecem documentos oficiais (teoria) sobre o assunto, que consideram adequados, mas apenas 69 (33%) realmente tiveram alguma experiência prévia com o Apoio, como pode ser observado na tabela a seguir.

**Tabela 14** – Distribuição dos respondentes (n=206) sobre conhecimentos e experiências prévias em Apoio Matricial; Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, 2013.

Itens sobre conhecimentos/experiência com Apoio	No. Profissionais SIM	% SIM	No. Profissionais NÃO	% NÃO	No. Profissionais Não respondeu	% Não respondeu
---	-----------------------	-------	-----------------------	-------	---------------------------------	-----------------

<b>Graduação incluía Saúde Pública/Saúde Coletiva</b>	157	76%	44	21%	5	3%
<b>Conhece documento oficial sobre Apoio Matricial</b>	108	53%	97%	47%	0%	0%
<b>Possuía experiência anterior em Apoio Matricial</b>	69	33,5%	136	66%	1	0,5%

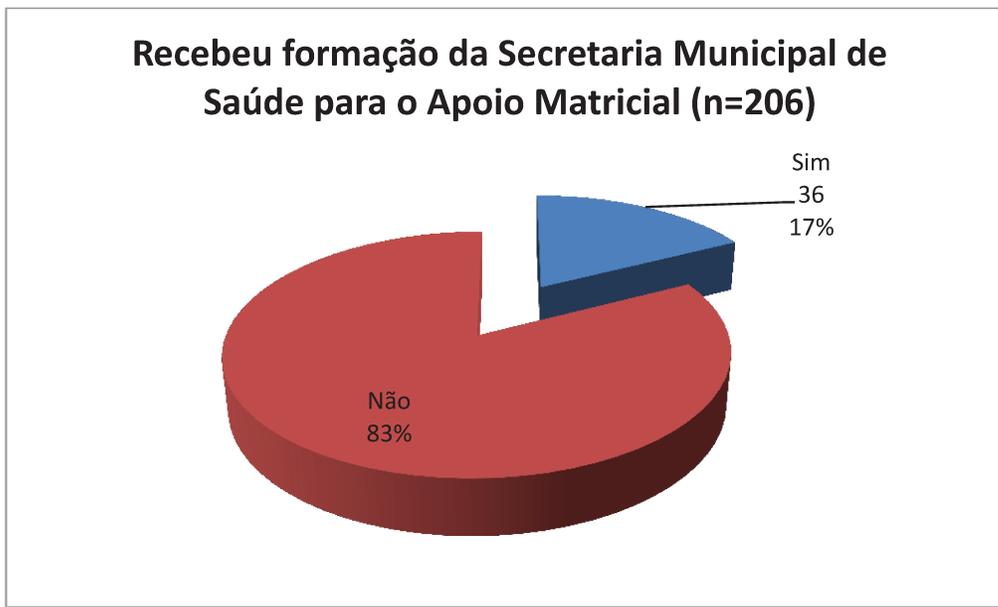
O fato da maioria dos profissionais relatar que teve alguma aproximação com a Saúde Coletiva durante a graduação, condiz com o processo de mudanças curriculares citadas por Carvalho & Ceccim (2012) e por Braid, Machado & Aranha (2012) que se iniciou entre 2001 e 2004, mediante aprovação das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Ensino Superior, no intuito de construir uma formação que adote o SUS como eixo orientador.

Por outro lado, a concentração de respostas afirmativas sobre conhecer algum documento oficial sobre Apoio Matricial, combinada à elevada frequência de profissionais que não tiveram alguma experiência nessa área, parece indicar que a teoria permanece distante da prática e que o saber continua se organizando de forma disciplinar e centrado em conteúdos, como discutem Carvalho & Ceccim (2012), Almeida Filho (2010) e Passamai *et al.*(2012).

Por essa razão e partindo da análise do processo seletivo e do conhecimento prévio dos profissionais em Apoio Matricial, poder-se-ia inferir que seria interessante algum espaço de formação, seja na graduação ou realizado pela Secretaria Municipal de Saúde que garantisse reflexão sobre a teoria e a prática, favorecendo uma formação mais humanística como propõe Oury (1991).

Não parece ser isso que ocorre em Campinas, dado que a maioria, 36 profissionais (83%) respondeu que não recebeu nenhum tipo de formação da Secretaria Municipal de Saúde, como se verifica na figura abaixo.

**Figura 10** – Distribuição dos participantes sobre ter recebido alguma formação da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas para o Apoio Matricial, 2013.

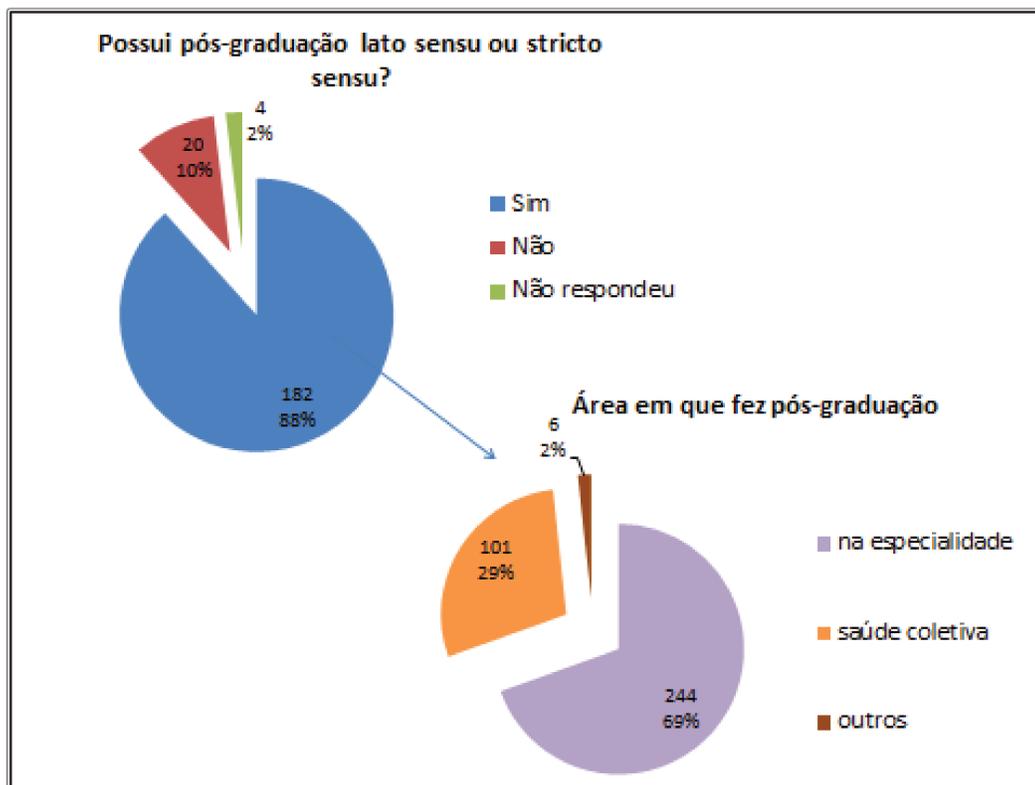


Em contrapartida, foi encontrado nos registros oficiais que durante o Programa Paideia houve o oferecimento, entre 2001 e 2004, de capacitação para aproximadamente 2.630 profissionais da Atenção Básica, que envolvia o tema do Apoio Matricial (CAMPINAS, 2003). Esta informação nos levou a questionar se os 36 profissionais (17%) que receberam alguma formação referiam-se a este período. Por isso, essa também foi uma das questões levadas para o grupo focal, para poder ouvir os profissionais a respeito.

Importante destacar também que a questão apresentada aos trabalhadores no instrumento de nossa pesquisa indagava apenas sobre formação voltada para a temática do Apoio, não contemplando outros tipos de curso que porventura o Centro de Educação dos Trabalhadores da Saúde (CETS) tenha oferecido.

Independente de qualquer investimento formal do município em capacitações, os profissionais têm procurado, por iniciativa própria, alcançar o aprimoramento de seus conhecimentos e de sua prática mediante participação em cursos de pós-graduação, seja *lato sensu* ou *stricto sensu*. Ao menos é o que nos sugere o fato de 182 profissionais (88%) possuírem essa modalidade de formação, conforme indica a figura abaixo.

**Figura 11** – Distribuição dos respondentes sobre possuir pós-graduação lato sensu ou stricto sensu e sobre a área em que possuem pós-graduação; Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, 2013.



A figura 11 também revela que a busca pela pós-graduação distribui-se entre os cursos em saúde coletiva (101 profissionais, 29%), que apresentam maiores chances de contemplar o tema do Apoio Matricial e aqueles voltados para a própria especialidade (244 pessoas, 69%), que comumente não estão vinculados ao tema do Apoio Matricial. Vale lembrar, entretanto, que alguns respondentes possuíam mais de uma graduação, podendo, portanto, haver combinações entre as áreas de saúde coletiva com a especialidade.

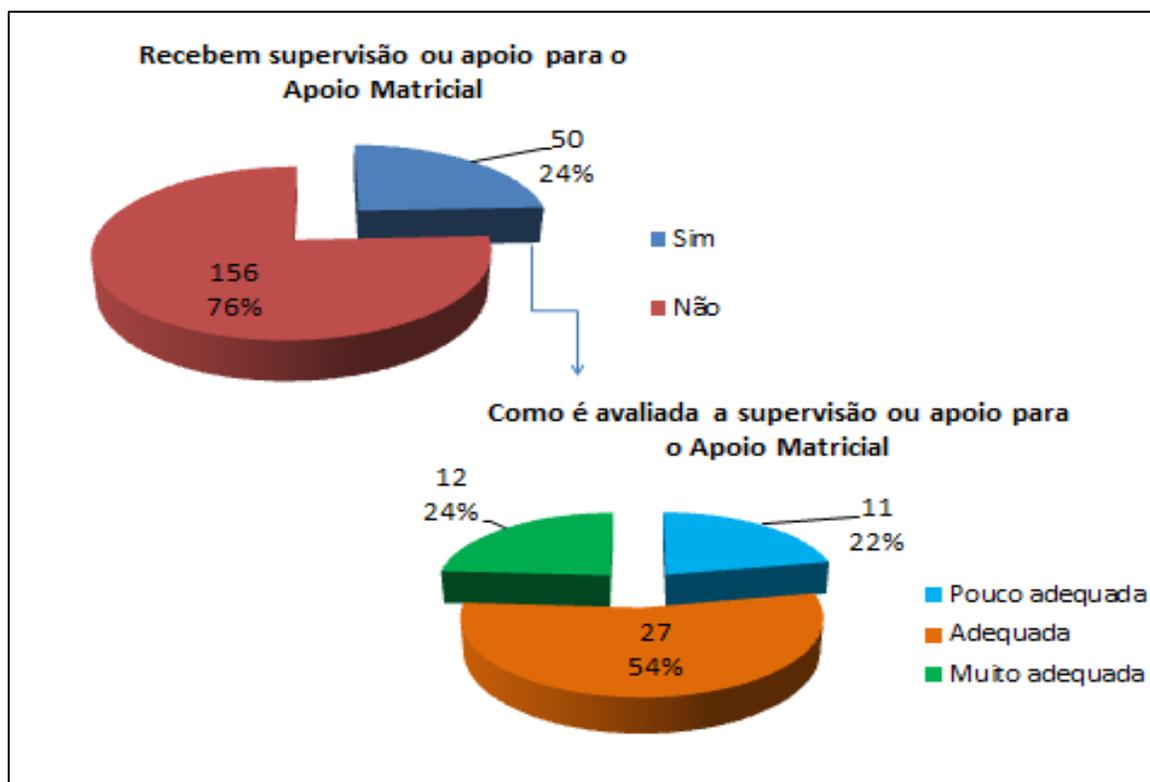
A maior concentração em cursos voltados para a própria especialidade parece indicar que a pós-graduação que é buscada pelos profissionais individualmente pode não contribuir necessariamente para a formação em Apoio Matricial, pois esse tema muito provavelmente não é abordado em cursos voltados para o núcleo das especialidades. Esse dado pode, até mesmo, indicar que os profissionais não têm apostado muito nesse arranjo, talvez porque se sintam pouco valorizados nesse papel.

De qualquer forma, parecem predominar formações do tipo cursos esporádicos, voltados para os profissionais individualmente, com foco na especialidade.

Por sua vez, a Secretaria Municipal de Saúde de Campinas também parece não estar preocupada em construir espaços de reflexão que pudessem se configurar enquanto propostas de formação em serviço, articulando-se com a prática. Também não parece ser ofertado nenhum recurso que contribua para aumentar a capacidade de análise e de intervenção dos coletivos, como a utilizada por Figueiredo (2012) e descrita em Campos, Cunha & Figueiredo (2013) sobre a proposta pedagógica do Método Paideia.

Esta carência de investimentos em processos de formação do tipo supervisão ou apoio para desenvolver Apoio, que se aproxima da proposta de formação em serviço, fica visível a partir da análise da figura 10, a qual indica que 156 profissionais (76%) não dispõem deste tipo de espaço, mas, quando existe, 27 entrevistados (54%) referem que é adequado e 12 pessoas (24%) dizem que é muito adequado, sinalizando que valorizam esse tipo de iniciativa.

**Figura 12** – Distribuição dos respondentes (n=206) sobre receber supervisão ou Apoio para o Apoio Matricial e, para aqueles que recebem (n=50), como a avaliam. Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, 2013.

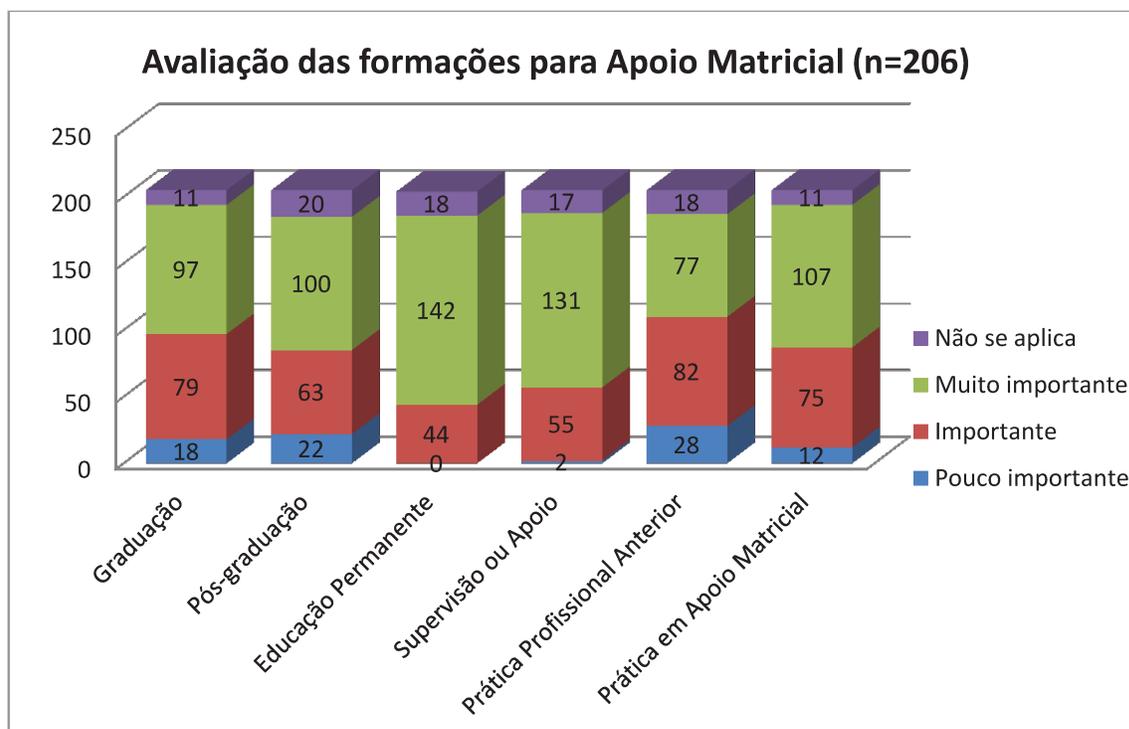


Apesar da Secretaria Municipal de Saúde não investir em processos de formação, sejam cursos esporádicos ou formação em serviço, os profissionais parecem atribuir importância a esse tipo de processo, haja vista que na Figura 13 todos os processos de formação apresentados foram citados como “importante” ou “muito importante”. Aparentemente, os profissionais valorizam sobremaneira os espaços de reflexão da prática (formação em serviço), já que a educação permanente e a supervisão ou apoio receberam a maior quantidade de menções “muito importante” – 142 e 131, respectivamente.

Outra opção bastante mencionada enquanto “muito importante” (102 pessoas fizeram esta avaliação) foi a da prática dentro do Apoio Matricial, que pode ser considerada como “aprender fazendo” que foi citado no estudo realizado por Domitti (2006) em Campinas.

Os cursos de graduação e de pós-graduação, por sua vez, parecem colaborar menos para a prática do Apoio Matricial, já que apenas 97 e 100 profissionais, respectivamente, consideraram-nos “muito importante”.

**Figura 13** – Distribuição dos profissionais sobre como avaliam os diferentes tipos de formação para o Apoio Matricial; Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, 2013.



A análise dos itens referentes à formação indica que há poucos investimentos da gestão em processos de formação, e em contrapartida, os profissionais estão buscando de forma independente cursos de pós-graduação para, talvez, suprir essa lacuna. Todavia, a concentração de cursos nas especialidades traz à tona a desconfiança de que o tema do Apoio Matricial continue pouco explorado.

Possivelmente em decorrência disso, os profissionais estejam valorizando os processos de formação em serviço, como a educação permanente, a supervisão ou o apoio para o Apoio, pois configurariam espaços para se discutir o cotidiano do Apoio e para articular a teoria com a prática.

Embora o “aprender fazendo”, que parece ser o que tem garantido a transmissão do conhecimento prático sobre o Apoio Matricial, não possa ser de forma alguma menosprezado, ele aparentemente não tem sido suficiente para que os profissionais sintam-se seguros em suas ações, pois na redação das questões abertas contidas no questionário, a ausência de supervisão e de formação emergiu como aspecto que dificulta o trabalho no Apoio Matricial, em mais da metade das respostas (100 menções).

Esse contexto, aliado ao que foi encontrado sobre a organização do trabalho e a composição das equipes justifica o interesse em aprofundar as discussões sobre a formação no Apoio Matricial, por meio da parte qualitativa da pesquisa.

## **Dados qualitativos**

Os dados qualitativos foram obtidos por meio da realização de grupo focal, com dois encontros, sendo que o último consistiu em um grupo hermenêutico (ONOCKO CAMPOS & FURTADO, 2008) no qual a narrativa construída a partir da primeira discussão foi devolvida para que os participantes pudessem refletir a respeito e efetuar modificações, se assim escolhessem.

Para o primeiro grupo, foram convidados 25 profissionais. Para todos eles, foram entregues convites, com cerca de um mês de antecedência, contendo o objetivo da reunião, o local e a data. Cuidamos para relatar o objetivo de modo sucinto, contendo apenas os aspectos mais gerais, como medida para não influenciar as pessoas para a discussão, conforme é recomendado por Bocchi, Juliani e Spiri (2008).

Além da versão impressa do convite, a mensagem também foi enviada por correio eletrônico e reforçada por contato telefônico quando faltava uma semana para o encontro. Nosso intuito ao empregar esta estratégia foi garantir que todos os profissionais começassem a se sentir acolhidos e tivessem tempo hábil para organizar a agenda para poderem participar. Esta manobra foi proveitosa, pois de antemão os profissionais já confirmavam ou não sua presença e assim pudemos nos organizar para a realização do grupo. Como descrito na metodologia, ao todo compareceram a este primeiro encontro 13 trabalhadores.

O encontro durou aproximadamente uma hora e quarenta minutos e foi acompanhado por uma pesquisadora do Coletivo de Pesquisa e Apoio Paideia, que desempenhou o papel de observadora e eu, a pesquisadora, fiquei como facilitadora/moderadora do grupo.

Tudo transcorreu de forma muito tranquila. No início da reunião, os participantes estavam tímidos, não falavam muito e se movimentavam de maneira incômoda na cadeira. Ficamos assim por alguns minutos, havia certa tensão no ar, mas foi possível perceber que, à medida que falavam, relaxavam um pouco. As falas iniciais eram isoladas, com pouca interação e diálogo entre os presentes.

Quando começaram a querer interagir, esbarraram no fato de não se conhecerem e, em alguns momentos, os participantes retomavam a apresentação, principalmente no que se referia ao serviço de onde vinham, para facilitar o diálogo. Interessante notar que embora todos trabalhem com Apoio Matricial, eles não se conheciam, o que pode sinalizar que não se encontram com frequência no cotidiano do trabalho.

Pensando nisso e no conteúdo das discussões, é possível arriscar dizer que o grupo focal favoreceu um re-conhecimento, na medida em que viram o outro como um par e conseguiram se enxergar neste outro “Apoiador”. Isto na verdade é esperado, pois Miranda et al. (2008) citam que grupo focal é capaz de proporcionar que os participantes se reconheçam enquanto categoria, descobrindo questões que lhes são comuns.

No segundo grupo, o entrosamento era maior e as pessoas interagiam mais, lembrando o que uma e outra tinham dito na reunião anterior. Também houve muita conversa informal, antes e depois do grupo, nos corredores; estavam todos mais animados, ou menos tímidos. Infelizmente, apenas cinco profissionais puderam participar deste segundo grupo.

Por um lado, o número reduzido de participantes pode ter favorecido o diálogo e a descontração, contudo, decepcionou os presentes, pois eles tinham a expectativa de apresentar uma proposta de sistematizar pedidos do Apoio Matricial para a gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas.

Também no estudo citado por Miranda et al. (2008) os participantes de um grupo focal se interessaram em propor um reencontro para reclamar por suas necessidades e, nesses casos, pode-se dizer que o grupo foi além da coleta de dados pra se configurar

enquanto espaço coletivo de reflexão e de alguma reivindicação, o que está em consonância com o intuito de que as pesquisas acadêmicas configurem-se como produtoras de instrumentos teóricos, práticos e afetivos para todos os envolvidos.

Assim, em nossa pesquisa, durante o primeiro encontro, prevaleceu um discurso fatalista e de pouco reconhecimento, por parte dos trabalhadores, de seu papel na busca por mudanças. Toda a “culpa” pelas dificuldades encontradas para poder fazer Apoio Matricial estava no outro: na gestão local, na gestão distrital, no Apoio Institucional. Da mesma forma, acreditavam que os processos de formação deveriam assumir a missão de enfrentar esses vilões, mas depois foram percebendo que a formação sozinha não tem tamanho alcance.

Importa destacar que embora o roteiro construído para o balizamento do primeiro encontro do grupo focal estivesse todo voltado para as questões relativas à formação (Apêndice B), os profissionais privilegiaram sobremaneira as discussões sobre o modo como realizavam suas ações de Apoio Matricial e sobre as diversas dificuldades encontradas no cotidiano do trabalho. Por entender que essas discussões também fazem parte do universo de nossa pesquisa e por reconhecer que os profissionais pareciam necessitar de um espaço para realizar tais processos reflexivos, julgamos importante permitir que eles utilizassem o encontro daquela forma.

Os resultados obtidos durante a realização do primeiro encontro foram analisados por meio da construção de uma narrativa. No segundo encontro, foi apresentada ao grupo a narrativa feita a partir das primeiras discussões, o que caracterizava, portanto, uma devolutiva.

Entretanto, pretendeu-se ultrapassar esse objetivo para poder empreender um grupo reflexivo, em que os participantes pudessem ampliar suas considerações sobre o tema. Assim, além de apresentação e leitura da narrativa, também foram apresentados dados quantitativos da pesquisa, como estratégia para suscitar discussões que ajudassem a esclarecer as indagações que haviam surgido a partir da análise dos dados obtidos por meio da aplicação do questionário. Por sua vez, os dados obtidos durante a realização deste segundo grupo focal foram analisados por meio da construção de uma segunda narrativa.

Os dados da primeira e da segunda narrativa foram agrupados em núcleos argumentativos e distribuídos em uma grade (Apêndice D), conforme propõe Onocko

Campos (2008). Por fim, o conteúdo dos núcleos argumentativos foi submetido à análise realizada a partir do diálogo entre esse material e o referencial teórico empregado pelos pesquisadores no presente estudo. E é o produto dessa última análise consta a seguir.

Durante o grupo focal, foi possível identificar o que os trabalhadores entendem por Apoio Matricial, o que nos ajuda a entender como eles se identificam e o que os levou a se autodeclararem Apoiadores. Sobre isto, a narrativa deles conta que:

*“O trabalho no Apoio Matricial envolve estar no encontro, ouvir a demanda e manter negociação constante com as equipes. Não é sinônimo de informador e tampouco uma proposta precarizada ou simplificada. O Apoio precisa ter um impacto positivo para a equipe”.*

*“Entendemos que o matriciamento é um trabalho multiprofissional, interdisciplinar, cujo discurso é antigo. A estruturação dele enquanto uma ferramenta, Apoio Matricial, é recente. Começamos a fazer meio sem saber, para atender a Diretriz política do Paideia e sentíamos que estamos num samba, onde a gente vive pisando no pé do outro”.*

A partir dessas falas, parece que a concepção de Apoio para eles se assenta em estabelecer relações dialógicas junto com as Equipes de Referência, buscando construir conjuntamente ações para aumentar a resolutividade do trabalho. Ao mesmo tempo, ela contém elementos sobre algumas das dificuldades enfrentadas pelo Apoio, que se assentam em um trabalho autoritário e burocrático, descolado das necessidades da equipe e quando esse isolamento ocorre, impede a dança e a transforma “num samba onde a gente vive pisando no pé do outro”. Esses entendimentos reafirmam a proposta de cogestão de Campos (2000) e de negociação entre as equipes, detalhada por Cunha e Campos (2011).

Os trabalhadores também diferenciam o Apoio Matricial do trabalho interdisciplinar, associando-o com o Programa Paideia, enquanto uma diretriz política e ferramenta de trabalho mais sistematizado, que deu corpo ao matriciamento. Assim, o Apoio Matricial está intimamente ligado à história de Campinas e com o legado da Saúde Mental, como se pode observar também no trecho a seguir, reafirmando que em Campinas

o Apoio Matricial de fato antecede à publicação da portaria ministerial 154/GM/2008 que cria os NASF.

*“O Apoio Matricial aqui em Campinas nasceu na saúde mental. Depois, ele ganhou força e foi introduzido em outras áreas no Paideia. Agora estamos numa época de esvaziamento em Apoio Matricial: um vazio de diretriz, de política, de capacitação.”*

*“Neste contexto, fazer Apoio significa às vezes invadir o território das equipes de atenção básica, porque as contingências atuais estão muito ruins, então não dá para chegar lá e querer trazer um modelo que não dá para ser instalado no momento.”*

*“Pensamos que o modelo (de atenção, de gestão) não está claro para a gestão e, se está, é um modelo que não investe em Atenção Básica e que está com um viés mais técnico. Por isso não sabemos o papel do Apoio Matricial atualmente.”*

No trecho apresentado, os trabalhadores indicam uma associação fundamental entre o Apoio e a gestão, isto porque a proposta da cogestão que sustenta o Apoio Matricial depende de um modelo de atenção e de gestão mais democrático e compartilhado, com baixo grau de fragmentação do trabalho. Eles parecem ter razão quando relatam a incoerência existente entre a tentativa de fazer apoio em um contexto político produtivista cuja ênfase não reside no trabalho em rede, descolado da Atenção Básica. Neste sentido, embora se nomeiem como Apoiadores, os participantes parecem ter clareza de que o trabalho que têm conseguido desenvolver está aquém do que se é esperado pelo Método Paideia e, embora isto possa favorecer uma banalização do Apoio, o que parece estar acontecendo entre eles é a produção de um sentimento de culpa e de frustração, representado por este estar “invadindo território” e que já foi mencionado por Dimenstein *et al.* (2009).

Ainda que esta invasão pudesse ser decorrente da ausência de negociações com as Equipes de Referência, parece estar ligada à conjuntura atual de desconstrução do Apoio, agravada pela falta de clareza e de explicitação deste propósito que compromete a participação dos sujeitos envolvidos e contradiz o que é proposto por Campos (2000) e Cunha e Campos (2010).

Esta impressão se fundamenta na fala dos participantes à medida que vão discorrendo sobre a organização do trabalho, pois eles resvalam na possibilidade de culpabilizar as Equipes de Referência pelas dificuldades encontradas para se fazer o Apoio, mas, aos poucos ampliam essa perspectiva e percebem que elas estão mais associadas ao modelo de gestão e que o caminho mais viável junto às Equipes de Referência é o da pactuação e da co-construção.

Quando é citada a necessidade de “cavar nosso lugarzinho” e de “legitimar nossas ações” não fica muito claro como eles fazem isso, todavia, é importante sinalizar que o Apoio assumir alguns casos, dentro da proposta de corresponsabilização, incluindo, portanto, a assistência direta aos usuários pode contribuir nesse processo de legitimação.

*“Apoio Matricial está em aberto e vamos construindo isso na relação. É preciso lidar com diferentes expectativas e perceber que a demanda das equipes muda com o tempo. É sempre uma construção, um processo muito dinâmico, no qual a gente vai cavando o nosso lugarzinho, pois, para fazer Apoio precisamos nos adaptar e legitimar nossas ações junto às Equipes.”*

*“As equipes (de referência) têm dúvida sobre o Apoio, por isso percebemos a necessidade de conhecer as equipes em sua singularidade e de desconstruir preconceitos. Prevalece uma tensão. A gente também não quer que seja uma coisa imposta, que vem de cima pra baixo, mas a gente sente falta do Apoio Matricial ser um modelo para a nossa secretaria como um todo.”*

Campos e Domitti (2007) e Domitti (2006) já haviam listado alguns obstáculos que se interpõem à prática do Apoio Matricial: o obstáculo estrutural; obstáculo decorrente do excesso de demanda e de carência de recursos; o obstáculo político e de comunicação; o obstáculo subjetivo e cultural; o obstáculo ético e; o obstáculo epistemológico.

Os trabalhadores parecem identificar principalmente o obstáculo estrutural, que remete à maneira como os serviços se estruturam, que dificulta a interdisciplinaridade e tendem à lógica da fragmentação do trabalho, o obstáculo político e de comunicação, devido à concentração de poder e à ausência de espaços de deliberações compartilhadas e o obstáculo decorrente do excesso de demanda e da carência de recursos. Os obstáculos

referentes às questões mais subjetivas não ficaram tão evidentes, talvez porque sobre estes os trabalhadores tenham mais autonomia e não dependem da gestão.

*“Divergimos sobre o Apoio estar em stand by ou estar retrocedendo, mas concordamos que é grande o isolamento dos profissionais dentro da rede. Está difícil de articular.”*

*“Vivemos o binômio assistência e apoio e não está dado que vamos ter tempo para essas coisas. Não conseguimos ao menos registrar as ações de Apoio Matricial que realizamos.”*

*“Não há código ou forma para listarmos nossa atividade de Apoio Matricial. Nós não informamos os sistemas oficiais. É como se não existíssemos.”*

*“Estamos precisando de mais organização, estruturação e reconhecimento, o que achamos ser diferente de burocratizar.”*

*“Percebemos também que precisamos nomear o que queremos e indicar coisas concretas que desejamos para melhorar nossa situação. Queremos: rever a proporção entre o número de Equipes de Referências para cada equipe de Apoio Matricial, construir estratégias para dialogar com os diferentes recursos da rede, rever a estrutura do tempo, pensando em pactuar com a gestão uma forma de reconhecer o tempo que dedicamos ao Apoio, pensar na agenda. Enfim, mais autonomia para nosso processo de trabalho!”*

Importa notar também que os trabalhadores, nessas falas, estão chamando atenção para o fato de que na organização atual do trabalho, a assistência não está incluída no Apoio e as ações estão aprisionadas pelo tecnicismo e produtivismo, em que tudo deve ser “planilhado” e informado, o que denuncia a crescente burocratização e concentração de poder que vigora no modelo de gestão e de atenção, que não permite que os trabalhadores tenham autonomia ou participem dos processos decisórios.

Outra dificuldade mencionada por eles é a falta de apoio da gestão, em seus diferentes níveis e, mesmo a interlocução com o Apoio Institucional, que seria potente para poder manifestar seus desejos e necessidades nos espaços de gestão, está prejudicada.

Esses relatos coincidem com a proposta de Foy *et al.* (2010) de construção de coordenações organizacionais que teriam a função de lidar com os constrangimentos

relacionados à falta de tempo na agenda e à dificuldade de realizar encontros, favorecendo a efetividade do cuidado compartilhado. Em Campinas, talvez o Apoio Institucional pudesse desempenhar essas funções.

Igualmente, este empenho dos profissionais em tentar promover a comunicação interprofissional apesar do baixo coeficiente de integração do sistema de saúde, mencionado pelos trabalhadores de Campinas, conforme apresentado nos trechos abaixo, também foi relatado na meta-análise realizada por Foy *et al.* (2010) como um dos fatores associados ao sucesso do cuidado compartilhado.

*“Nossa principal dificuldade é a falta de investimento e de apoio da gestão municipal, da gestão local, dos distritos e dos Apoiadores Institucionais. Mesmo as equipes de referência não se mostram muito abertas ao Apoio.”*

*“Assim, trabalhamos no modelo do possível, sobrevivendo a um monte de desconstruções. Nosso trabalho parte exclusivamente da disponibilidade, do desejo e do interesse em unir as especialidades com a atenção básica para qualificar a assistência.”*

As perguntas encontradas no questionário que precisavam ser esclarecidas ou aprofundadas com o método qualitativo puderam ser discutidas no grupo focal, como se vê a seguir:

*“Nós percebemos que não temos autonomia para organizar o nosso trabalho, precisamos ficar remanejando a agenda para poder fazer as ações de Apoio Matricial, por isso é que dissemos no questionário que só fazemos Apoio 4 horas por semana. Mas, às vezes, nem a gente e nem os outros sabem o que estamos fazendo ou onde estamos.”*

*“Alguns de nós trabalhamos em duplas para fazer o apoio matricial em cada região, mas não conseguimos encontrar muito tempo para trocar experiências. Também reconhecemos que precisaríamos utilizar alguns instrumentos para avaliação.”*

*“Arrumamos um jeito de fazer Apoio, com frequências variáveis e utilizando diferentes ferramentas. As ferramentas citadas no questionário são usadas por nós de diferentes formas, dentro do que é possível, porque às vezes elas não cabem na forma como*

*as equipes estão organizadas. As ferramentas são flex, elas variam, pois é o jeito que encontramos para continuar fazendo Apoio dentro deste contexto desfavorável.”*

Esses relatos evidenciam que, na forma como estão organizados atualmente, o elevado número de trabalhadores que responderam fazer Apoio até quatro horas por semana não parece decorrer de mero confundimento ocasionado pelo questionário. De fato, eles se distribuem entre a meta de atendimentos que precisam cumprir, nos próprios serviços, dentro da lógica ambulatorial e as ações do Apoio, que se distinguem por serem mais compartilhadas com os outros serviços da rede. É quase como se fossem sorrateiramente fazer Apoio. Ninguém pede ou deseja que o façam, é pura persistência.

Nesse contexto de “Apoio Clandestino”, os trabalhadores se arranjam como podem. Por isso, mesmo conhecendo e se identificando com as ferramentas indicadas no questionário, parece que eles as utilizam com pouca frequência. Pelo que se pode depreender, esse fato se deve menos a uma falta de compreensão da proposta do Apoio do que às dificuldades relacionadas à gestão. O mesmo acontece com a composição das equipes, que mesmo procurando efetuar um trabalho compartilhado entre elas, não conseguem, o que confirma nossas suspeitas de que, mesmo dividido em grupos, o trabalho seria feito isoladamente.

Quando perguntados sobre os processos de formação, podemos perceber que os trabalhadores os relacionam mais fortemente com a graduação, e, em seguida, com os cursos formais de pós-graduação, lato sensu e stricto sensu, como as especializações e as residências. Os processos de formação em serviço, por sua vez, não são lembrados de imediato, mas, no decorrer da discussão eles aparecem e são valorizados enquanto espaços em que se possa discutir a prática.

Os profissionais divergem quanto à necessidade de se ter uma formação específica para o Apoio Matricial, pois alguns acreditam que o trabalho interdisciplinar já deveria fazer parte de todas as graduações na área da saúde.

Além disso, alguns deles tendem a ser capturados pelo mito da formação, acreditando que se todos tivessem conhecimentos sobre o Apoio as dificuldades se amenizariam, mas outros trazem a perspectiva de que a formação não é capaz de dar conta de tudo isso, pois se trata de uma dificuldade de gestão e de modelo. Quando esta dimensão

é trazida, o restante do grupo parece concordar. Embora o objetivo do grupo focal não seja o de formar consenso, parece importante que o grupo tenha conseguido fazer esta reflexão.

Campos (1990 e 1999) faz justamente a discussão de que qualquer processo de formação para os atores da área da saúde só trará resultados se estiver associada a mudanças políticas, enfatizando que é preciso mudar pessoas e ao mesmo tempo, estruturas e arranjos organizacionais. Esta percepção parece ter sido construída também no grupo de trabalhadores.

*“Quando refletimos sobre como tinha sido nossa formação, a gente se lembrou da nossa graduação e alguns de nós também se lembrou das especializações e das residências. Achamos que são esses os tipos mais comuns de formação.”*

*“O mais comum é a graduação mesmo, mas nós achamos que além dela é preciso ter formações complementares, com espaços para discussão e supervisão, onde se faça a relação da teoria com a prática, partindo da nossa realidade.”*

*“Entretanto, alguns de nós achamos que não se trata do Apoio Matricial ser o modelo ou não, pois aspectos como o trabalho interdisciplinar e o trabalho em equipe já deveriam fazer parte de todos os profissionais da saúde e, portanto, deveriam ser ensinados nas graduações. E, se o Apoio Matricial for o modelo, daí se poderia pensar em uma formação extra.”*

*“Às vezes achamos que se todo mundo tivesse conhecimento sobre o Apoio as coisas melhorariam, mas no fundo a gente sabe que isso só vai acontecer mesmo se for definido que o Apoio Matricial é O MODELO que a gente vai fazer. Mas, o que parece aqui pra gente, é que o Apoio Matricial não está definido como um modelo valorizado pela gestão, não. Ele ainda é muito conjuntural e talvez por isso não se invista muito na nossa formação.”*

*“Como no momento não parece que o Apoio seja o modelo no nosso município, nós não tivemos a formação teórica, não fizemos nenhum curso, nenhuma capacitação.”*

Ao que tudo indica, a graduação vivenciada pela maioria dos trabalhadores apresentava o modelo tradicional, com pedagogia tradicional e desvinculada da realidade,

conforme o modelo citado e criticado por Almeida Filho (2010), Passamai *et al.* (2012), Nuto *et al.* (2006) e Souza (2001).

Como lembram Carvalho & Ceccim (2012) e Braid, Machado e Aranha (2012), este modelo não se preocupa em estabelecer relação com o SUS e começou a ser revisto formalmente a partir de 1996, quando foi desencadeado o processo de reformulação das Diretrizes Curriculares Nacionais e desembocou em projetos como o Pró-saúde (Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde) em 2005.

*“Na graduação, alguns de nós vivenciamos uma pedagogia tradicional, no modelo biomédico, centrado na especialidade, sem o trabalho compartilhado. Mesmo nas especializações e nas residências, prevalecia este modelo. Mas outros de nós pudemos ter experiências diferentes, em cursos de graduação mais interdisciplinares voltados para o SUS e durante residência em saúde da família ou em especialização em saúde pública.”*

*“Percebemos que a política tem capacidade para influenciar a formação, tanto é que depois da implantação do SUS, uma série de graduações começou. Mas parece que ainda está engessado.”*

*“A maioria de nós veio a conhecer mesmo o Apoio Matricial depois que entrou na rede, porque na época da graduação isso era pouco discutido.”*

Contudo, Vasconcelos (2013) pondera que na Universidade brasileira, há um movimento de busca de novas formas de ensino que vêm experimentando e difundindo uma reorientação da aprendizagem e que, neste processo, para além das mudanças curriculares, criou-se um conjunto de estratégias pouco explícitas que vêm conseguindo redirecionar o ensino. Segundo o autor, para um conjunto considerável de estudantes comprometidos com a transformação social, estruturou-se um currículo informal que critica o modelo dominante e aponta novos rumos. Isso parece ter acontecido na formação dos trabalhadores que participaram dos grupos, chamando atenção para a contribuição desta formação com cunho social e político para o engajamento no trabalho em saúde, que talvez seja um dos motivadores para que esses profissionais continuem a investir no Apoio apesar das circunstâncias desfavoráveis.

*“O que consideramos realmente importante durante a graduação foram os momentos de formação informal, tais como os movimentos políticos, movimentos estudantis e os projetos de extensão. Depois disso, achamos que nossa escola foi o Centro de Saúde, a vivência na Atenção Básica.”*

*“Agora, na medida do possível, tentamos participar da formação dos alunos de graduação que recebemos nos nossos serviços. Achamos que esta é uma forma de garantir que eles conheçam um pouco da realidade e do trabalho em equipe, para não chegarem muito crus na rede, depois de formados.”*

Como já fora dito anteriormente, os trabalhadores não receberam nenhum tipo de formação da Secretaria Municipal da Saúde para desenvolverem as ações de Apoio Matricial e creditam isso ao contexto político de pouco investimento no Apoio. Eles reforçam a desconfiança que os dados obtidos com o questionário suscitaram: de que o único curso oferecido com esta temática ocorreu durante o Programa Paideia.

Quando citam este curso, criticam o fato dele ter sido oferecido apenas para os profissionais da Atenção Básica, incluindo poucos especialistas, pois muitos profissionais que desenvolviam Apoio não foram convidados. Em contrapartida elogiam sua característica de estar atrelado a uma proposta política, reforçando sua posição de que a formação deve estar intimamente ligada à gestão para poder promover mudanças na prática.

*“Começamos a fazer o Apoio Matricial a partir da nossa boa vontade, com o entendimento que tínhamos do que seria isso.”*

*“Durante a capacitação, lá entre 2001 e 2003, o tema do Apoio Matricial foi discutido e estranhamos que ninguém das especialidades tenha sido convidado. Alguns de nós, depois de brigarem bastante, conseguiram algumas vagas e acabaram participando, mas não todos. Lamentamos que não tenha tido continuidade, pois muita gente que teve esse curso já saiu, gente nova chegou e o curso ficou lá no passado, né?”*

*“O curso introdutório oferecido na época do Paideia (2001-2003) vinha articulado com uma proposta da gestão, um plano pra gente. Depois disso, não teve mais e sentimos falta de um espaço para nos olharmos, para discutirmos. Achamos que isso é um reflexo da falta de investimento e de reconhecimento no Apoio Matricial.”*

Depois desse curso oferecido durante o Programa Paideia, os trabalhadores relatam que a Secretaria Municipal de Saúde não promoveu outras iniciativas de discussão sobre o tema, o que pode ser reflexo realmente de uma decisão política de não investir mais no Apoio. Entretanto, uma parcela do grupo conseguiu algum espaço para discussões sobre o assunto com o Coletivo de Pesquisa e Apoio Paideia, coordenado pelo Prof. Gastão, o que aponta para a importância do papel das universidades para manter o Apoio Matricial em Campinas.

*“Alguns de nós tivemos oportunidades como curso de clínica ampliada, supervisão institucional e conversas com o Gastão, que achamos que nos ajudou bastante a entender a proposta do Apoio Matricial.”*

Os trabalhadores parecem valorizar os espaços de discussão sobre a prática, reforçando o resultado encontrado com os questionários de que os processos de supervisão ou de apoio para o Apoio foi o segundo mais mencionado como muito importante pelos profissionais. Esses espaços parecem depender sobremaneira da iniciativa dos próprios trabalhadores, chamando atenção para sua capacidade de auto-organização. Contudo, fica para eles a impressão de que falta algo ou alguém para validar ou enriquecer esses processos.

Essa lacuna, eles mesmo percebem, não seria suprida por um professor nos moldes tradicionais, mas talvez por alguém que lhes trouxesse ofertas e que os ajudasse no processo grupal e organizativo, algo semelhante ao que propõem Campos, Cunha e Figueiredo (2013) sobre a função de apoiador no processo pedagógico baseado na Práxis Paideia. Apresentam também a expectativa de envolver as direções distritais nesses processos para facilitar a promoção de mudanças.

*“Alguns de nós temos momentos de discussão sobre a prática no cotidiano do trabalho e isso ajuda a dar mais segurança para nosso trabalho no Apoio Matricial, porque conseguimos compartilhar experiências, mas cada um se organiza de um jeito e não é uma coisa que tem assim uma frequência previsível, não é sistemático. Também*

*gostaríamos de poder trazer pessoas externas para esses encontros, mas não conseguimos e sentimos falta disso.”*

*“Muitos de nós não temos supervisão, a gente faz por vontade nossa, e ficamos pensando se fazemos certo. Isso torna o trabalho muito solitário, ainda mais porque não podemos contar com o apoio da gestão. Alguns de nós temos momentos de estudo em grupo, mas não somos a maioria.”*

*“São os espaços de troca e de reunião de equipes que nos mantêm vivos para realizar o apoio, traz segurança. Achamos que estes espaços são como uma formação informal, na qual a gente aprende a partir das nossas vivências e adequamos nossas ações de acordo com as experiências que compartilhamos.”*

*“É uma formação, mas achamos que não deveria ser só este o espaço para formação. Outros de nós achamos que é um espaço importante, mas empobrecido porque ficamos entre nós ali sem nenhuma supervisão, sem nenhum apoio, inclusive distrital para resolver o problema.”*

Outros dispositivos que de alguma forma contribuem para a formação dos trabalhadores, embora as discussões sobre o Apoio Matricial não sejam o tema central, e que não estavam previstos no questionário, são os espaços de planejamento e de avaliação, as reuniões de eixo em que se reúnem os profissionais de um distrito e os fóruns de Saúde Mental. Como os próprios trabalhadores mencionaram, esses dispositivos poderiam ser aproveitados para disseminar o tema do trabalho na lógica do Apoio.

*“Consideramos que os espaços de acompanhamento, de avaliação, de planejamento, de supervisões mensais ou de eixo e os fóruns de Saúde Mental também são relevantes para a discussão do nosso trabalho quando o tema do Apoio Matricial aparece. Só que achamos que eles deveriam ser qualificados, porque o tema aparece, mas por algum motivo ele é deixado de lado.”*

O tema da Educação Permanente (EP) não surgiu espontaneamente durante o grupo focal, mas foi suscitado pela facilitadora, tomando como base o roteiro proposto. Mesmo assim, não avançaram muito na discussão sobre o conceito ou sua aplicação no cotidiano de

trabalho, tampouco sobre sua relevância para a formação de Apoiadores. Na verdade, a EP é apresentada como uma ferramenta pedagógica que utilizam mais com as Equipes de Referência do que com eles próprios, talvez porque os apoiadores não consigam trabalhar em equipes.

E, ao que parece, a dimensão que, segundo Franco (2007), a Educação Permanente poderia trazer para os trabalhadores, que seria a de conseguirem se reconhecer como protagonistas do saber, ainda não tem se efetivado.

*“O que temos mais são as EPs que fazemos com as equipes de referência. EP para elas. O município até tem um programa de EP, mas ele é direcionado para gestores e coordenadores dos serviços e muitas vezes os temas discutidos não chegam até nós”.*

*“Fora isso, alguns de nós temos EP interna que eles mesmos se viram para organizar.”*

Foram interessantes as reflexões que fizeram sobre o modelo de formação para o trabalho no Apoio Matricial. Em linhas gerais, eles demonstram considerarem fundamentais a articulação com a prática e a possibilidade de se articular com a gestão para poder promover mudanças. Nesse sentido, pode-se dizer que a proposta de Formação Paideia, tal qual apresentada por Campos, Cunha e Figueiredo (2013) e por Figueiredo (2012) seria uma estratégia pedagógica adequada à expectativa dos trabalhadores, na medida em que se fundamenta nas discussões de caso (Grupos Balint-Paideia, proposto por Cunha (2009), e incorporados na formação Paideia) e na articulação entre pedagogia, política e subjetividade para a coprodução dos sujeitos.

Por incluir a dimensão subjetiva e de coprodução de sujeitos, a formação Paideia poderia se aproximar de uma possibilidade de se trabalhar com o que os profissionais chamam de “perfil profissional”, que alguns acham que é inato, mas que outros consideram ser possível lapidar.

Os trabalhadores voltaram a defender que os profissionais das Equipes de Referência (Atenção Básica) também conhecessem a proposta do Apoio Matricial. Entretanto, é preciso pensar que para conhecer a proposta eles não precisam necessariamente participar de uma formação, essas discussões podem ser feitas em outros

espaços, principalmente para não se correr o risco do Apoio se tornar algo prescritivo. Por sua vez, a formação Paideia, em sua proposta de discussão de casos procura incluir os demais atores envolvidos, inclusive os trabalhadores das Equipes de Referência, o que se aproximaria do que os Apoiadores esperam, mas de maneira mais dialógica. Cunha e Dantas (2010) também apresentam essa proposta de envolvimento durante as discussões de caso.

*“Quando falamos em formação, alguns acham que ela é complementar ao perfil e outros de nós pensamos que ela não é capaz de modificá-lo.”*

*“Nós achamos que a formação é importante, mas ela deve ir para além da técnica e dos conhecimentos sobre política e rede. Ela deve se centrar na vivência. É importante ter uma noção sobre o conceito de Apoio Matricial, mas articulado com a prática, pois muitas vezes sabe-se o que é Apoio Matricial, mas não se sabe como fazer.”*

*“Acreditamos que além da formação para os profissionais do Apoio Matricial, também seria importante a formação para as equipes da atenção básica, para poder entender essa intervenção.”*

*“A gente não sabe muito bem como fazer o Apoio e a formação para isso, mas tem que ser uma prática muito refletida e a vivência na atenção básica é muito importante.”*

As habilidades que os participantes mencionaram como desejáveis a um Apoiador e que os trabalhadores gostariam que os processos de formação ajudassem a desenvolver apresentam alguma relação com o que Gonzalez *et al.* (2012) chamam de aprender a lidar com o outro, seja paciente ou equipes e com a proposta de Oury (1991), para quem a formação deveria ajudar os profissionais a se tornarem sensíveis ao contexto, à polifonia dos discursos e às manifestações paradoxais, ligadas ao desenvolvimento da personalidade, incluindo a dimensão ética inerente ao estar com o outro.

*“Apoio requer que o profissional saiba ouvir e que esteja aberto para o encontro. É importante que o Apoiador saiba trabalhar com grupos e lidar com as equipes a partir de uma posição mais compartilhada.”*

*“Também achamos que deve entender um pouco de pedagogias para poder refletir sobre as suas intervenções com cunho pedagógico junto às equipes.”*

*“Deveria ter um jeito de ensinar a habilidade de desenvolver estratégias e ferramentas para viabilizar o encontro. Por outro lado, alguns de nós achamos também que é preciso que o profissional tenha uma abertura, uma pré-disposição para a relação interdisciplinar.”*

Eles também chamam atenção para a dificuldade que têm na “manutenção do matriciamento”, que seria conseguir prosseguir com um trabalho efetivo a longo prazo, passado o momento inicial de pactuação sobre a agenda e sobre o processo de corresponsabilização sobre os casos. De fato, esta “manutenção” foi pouco discutida nos textos que abordavam esta temática do Apoio Matricial, como nos artigos de Campos e Domitti (2007) e Campos (1999), talvez porque naquele momento o prioritário era disseminar a proposta e os modos como dispará-la.

De qualquer modo, essa manutenção, como os próprios trabalhadores começam a responder, está relacionada com a abertura para a mudança e à capacidade de escuta dos Apoiadores em relação ao que as equipes estão demandando.

*“Alguns de nós achamos que a formação deveria abordar a dúvida que temos sobre como desenvolver a manutenção do matriciamento, pois o como iniciar a gente até que discutiu bastante, mas o movimento e a mudança são importantes no Apoio Matricial.”*

A formação indicada pelos trabalhadores também parece buscar outra forma de se relacionar com a teoria, diferente da passividade proposta no modelo que baseou sua graduação. Eles anseiam por uma estreita relação entre a teoria e a prática, a partir da construção de um saber próximo do fazer; desejam uma aprendizagem no sentido nobre do termo, como diria Oury (1991), em que as ferramentas conceituais são apresentadas para poder ajudar a selecionar no cotidiano a matéria-prima para o trabalho.

A proposta de articulação entre teoria e prática também está contida na racionalidade da práxis, apresentada por Campos (2011), que inclui a autonomia dos agentes na mediação entre conhecimento e prática.

Na medida em que nomeiam a importância de combinar a formação de cada especialidade com saberes mais interdisciplinares que seriam úteis para o trabalho na Saúde Coletiva, os trabalhadores estão de alguma forma concordando que é preciso trabalhar na perspectiva de campo e núcleo de saberes (Campos, 2000 e 2007).

*“Além da formação básica de cada profissional (núcleo ou especialidade), é preciso conhecer um pouco sobre o SUS, sobre saúde coletiva, sobre o modelo de atenção e de gestão e também sobre a organização da rede de serviços de saúde.”*

*“Em nossa opinião, o componente teórico não deveria ser seguido muito fielmente, pois às vezes ser muito puritano atrapalha o espaço de construção das ações, já que a teoria nem sempre casa com a realidade.”*

*“Na verdade, achamos mesmo que tem alguma coisa aí nessa comunicação entre a teoria e a prática que não acontece não. Precisamos aproximar a relação, mas vemos que nem sempre é fácil dialogar.”*

O segundo grupo não se destinou apenas a validação dos dados ou para aprofundar algumas das questões levantadas pelo questionário, ele também pôde amparar o desejo dos participantes em iniciar a construção coletiva de propostas do Apoio Matricial. Isto porque, nele, foi vislumbrada pelos profissionais a possibilidade de utilizar os dados da pesquisa para basear suas ideias e para entrar em contato com aqueles que tinham participado do primeiro encontro. O clima era outro, os profissionais estavam mais implicados e percebiam que poderiam se articular e lutar por seus interesses:

*“Nossa proposta é que a gente reúna os profissionais que fazem Apoio Matricial para podermos pensar e conversar sobre essas ações, sobre este trabalho e a forma como está acontecendo.”*

*“Achamos que devemos pensar juntos numa forma de evidenciar para o governo (municipal) a importância do matriciamento para que ele olhe pra gente.”*

*“Pensamos em reunir representantes dos diferentes serviços que fazem Apoio Matricial e na rede para sentarmos e fazer uma comissão para organizar uma estratégia para fazermos esses apontamentos.”*

*“Não queremos que as mudanças venham de cima para baixo, nem a gente aguarda uma coisa assim, o que a gente quer é estruturar algumas coisas para que possam refletir em outras e outras políticas.”*

*“Estamos falando em redimensionamento de equipe, em retaguarda para o Apoio, possibilidade de negociar a agenda e tem até uma coisa emblemática: a questão de nos inserirmos nos sistemas de informação.”*

Se durante os encontros foi possível perceber um sentimento de desânimo (ou desvalorização?), por entenderem que seu empenho não é reconhecido, eles também apresentavam orgulho de continuar trabalhando com a proposta do Apoio Matricial. E é preciso confessar que foi prazeroso perceber que eles não parecem estar inclinados a desistir, muito pelo contrário, mostraram-se interessados em iniciar um movimento “de baixo para cima” em busca de melhorias para sua condição de trabalho e, uma grata surpresa foi perceber que eles já esboçam algumas propostas e que contam com esta nossa pesquisa para ajudá-los.

*“O SUS tá aí, precisamos fazer parte desta história e por isso pensamos em produzir um documento, uma apresentação, uma carta e que a gente pudesse fazer essa mensagem circular.”*

*“Precisamos desenhar melhor a estratégia e reunir alguns dados, para então fazermos propostas. Os dados serviriam para explicitarmos o quanto o Apoio Matricial é importante, mas a verdade é que nós não temos esses dados assim sistematizados.”*

*“Alguns de nós sugerimos começarmos participando da Rede Mista que reúne diferentes profissionais, de diversos serviços. Outros de nós pensamos em manter diálogo com o grupo (de pesquisa) do Gastão para conseguir os contatos dos outros profissionais e também para aproveitarmos os dados da pesquisa.”*

*“Uma parte do nosso grupo está um pouco descrente da possibilidade de conquistar mudanças, mas outra acha que é possível começar a instaurar mudanças no plano das relações de trabalho e da micropolítica, enfim.”*





## **Capítulo 6 – Integração dos dados: misturando o “quanti” e o “quali” à guisa de conclusão**

Como dito anteriormente, nossa pesquisa foi realizada dentro do referencial dos métodos mistos, elaborado por Creswell (2007 e 2009), utilizando a estratégia denominada por Creswell e Plano Clark (2013) de projeto sequencial explanatório. Seguindo os pressupostos desta metodologia, empregamos a aplicação de um questionário para a coleta dos dados quantitativos e os resultados obtidos nesse processo subsidiaram a identificação de questões que necessitavam de aprofundamento e nos auxiliou na composição da amostra para a abordagem qualitativa, que consistiu na realização de um grupo focal.

Tendo em vista a ausência de dados oficiais sobre os trabalhadores que desenvolvem Apoio Matricial em Campinas, que percebemos durante o processo de levantamento bibliográfico e também na entrada em campo, a aplicação dos questionários foi essencial para a composição da amostra para o grupo focal.

Embora soubéssemos, a partir da história do município, que muitos profissionais da Saúde Mental realizavam Apoio Matricial, foi com a ajuda dos questionários que pudemos vislumbrar os diferentes arranjos de Apoio existentes.

A partir deles, constatamos que o Apoio Matricial de Campinas realmente se concentra na área da Saúde Mental, com destaque para o trabalho realizado a partir dessas equipes que estão alocadas nos CAPS e nos Centros de Saúde, o que se justifica pelo histórico do município no período da reforma psiquiátrica, mas também abrange áreas como internação domiciliar, dermatologia, abordagem de DST, entre outras, e serviços como o Centro de Referência em Reabilitação, Laboratório Municipal e Centros de Convivência, pouco comuns no que se refere ao Apoio Matricial. Também percebemos que os serviços hospitalares constituem os menos permeáveis à proposta do Apoio Matricial e não fomos bem sucedidos em identificar se algum profissional que lá atua identifica-se como Apoiador.

Para chegar até esses serviços mais singulares no que se refere à prática do Apoio, outra estratégia fundamental foi a autodeclaração. Associando-a ao questionário alcançamos redutos não imaginados e percebemos que isso produziu um efeito de reconhecimento identitário nos trabalhadores que puderam se afirmar Apoiadores. Há quem possa contestar que este movimento corre o risco de contribuir para a banalização do termo,

todavia, as discussões que foram travadas durante o grupo focal mostraram que os trabalhadores têm ciência sobre os conceitos e se não seguem com maior fidelidade este referencial é, em grande parte, em decorrência do contexto atual em que impera a fragmentação do trabalho, com poucos espaços de cogestão, o que é incoerente com o Apoio. Autodeclarar-se Apoiador, pelo que vimos, reflete o desejo de fazer Apoio Matricial e até mesmo alguma resistência ao cenário atual.

Com os questionários percebemos que em Campinas o Apoio Matricial aproxima-se de uma metodologia de trabalho, uma diretriz sobre como desenvolver ações compartilhadas e não como um arranjo estrutural, já que não existem cargos de Apoiadores.

Organizar-se desta forma não constitui tarefa fácil e a atuação desses profissionais eventualmente resvala na lógica ambulatorial que ainda orienta os serviços em gradientes diversificados. Por isso, há diferenças quanto à finalidade do Apoio Matricial que é desenvolvido por eles, dependendo da forma como se relacionam com as equipes de Atenção Básica. Em alguma medida, podemos dizer que o Apoio realizado a partir dos CAPS e Centros de Saúde assenta-se no objetivo de articular o cuidado em rede enquanto o Apoio oferecido pelos especialistas de serviços com o cunho mais ambulatorial destina-se a qualificar os encaminhamentos para poder “desafogar” a demanda que chega até os serviços de atenção secundária.

Além de sua contribuição para identificarmos os serviços que realizam Apoio Matricial e para fundamentar nossa composição de amostra para o grupo focal, o questionário também nos ajudou a levantar algumas questões que demandavam maiores esclarecimentos.

Ele nos mostrou que os trabalhadores merecem mérito e reconhecimento por buscarem construir agendas compartilhadas e utilizarem variadas ferramentas que contribuem para potencializar a prática do Apoio, entretanto, também chamou nossa atenção para algumas incongruências, especialmente no que se refere à carga horária dedicada ao Apoio, à frequência com que utilizam as ferramentas relacionadas e ao fato de desenvolverem essas atividades isoladamente, pois essas características distanciam-se da proposta de trabalho compartilhado que originou o Apoio Matricial.

Empregando a técnica do grupo focal, descobrimos que os profissionais precisam se dividir entre o serviço ambulatorial. Eles chamam isso de “viver o binômio entre assistência

e Apoio”, que é diferente de considerar que o Apoio Matricial também precisa assumir casos em corresponsabilização (assistência direta aos usuários) com as Equipes de Referência. Isto porque a assistência a que eles se referem está pautada pela lógica produtivista que fragmenta o trabalho. E, em linhas gerais, eles estão dizendo que precisam cumprir a agenda imposta pelo serviço a que pertencem e encaixar ações mais compartilhadas em que procuram se articular com a Atenção Básica.

Pode-se até dizer que eles operam um “Apoio Clandestino”, pois burlam a lógica produtivista imposta pela gestão municipal, fogem dos atendimentos ambulatoriais e de todas as planilhas para fazer Apoio Matricial. Aliás, alguns deles se ressentem por não ter um código ou uma planilha para contabilizar o Apoio, o que denuncia sua captura pela burocratização que orienta o modelo de gestão em vigor em Campinas.

E, nesse contexto pouco democrático em que espaços de diálogo são escassos, os trabalhadores confirmam nossa suspeita de que na verdade fazem o Apoio isoladamente, sem oportunidades para trocar experiências e que alguns deles atendem a um distrito inteiro ou até mais, o que dificulta o estabelecimento de vínculo com as equipes e com os casos e se afasta da territorialização proposta para a Atenção Básica. Diante desta situação, os profissionais reivindicam adequações na relação entre equipe de Apoio e equipes apoiadas.

Da mesma forma, manifestam o desejo de conquistar maior autonomia para poderem organizar suas agendas e garantir tempo para poder utilizar com maior frequência as ferramentas do Apoio, pois admitem que fazem como podem, esporadicamente e num formato “flex”, buscando driblar os obstáculos e, ao mesmo tempo, corresponder à demanda das Equipes de Referência.

Nesse item sobre as ferramentas identificamos, por meio do grupo focal, que o questionário influenciou as respostas, dando a impressão de que todas as ferramentas eram utilizadas com a mesma frequência. Por outro lado, a questão sobre as horas dedicadas ao Apoio não se mostrou tão distante da realidade como imaginávamos.

Sobretudo, os trabalhadores aproveitaram o grupo focal para expressarem seu sentimento de solidão, pois se sentem abandonados pela gestão em diferentes níveis. Segundo eles, não contam com a gestão municipal, com a gestão distrital, com a gestão local e tampouco com os Apoiadores Institucionais para construir parcerias que favoreçam o Apoio Matricial. Dependem exclusivamente da iniciativa própria e de sua capacidade de

auto-organização e, por esta razão, suas ações alcançam apenas onde sua autonomia lhes permite chegar, ou seja, o âmbito da micropolítica.

Na verdade, eles se enxergam com pouca capacidade de influenciar as instâncias municipais para conseguir mudanças no modelo de gestão e de atenção. Por um lado, isto pode ser resultado da negação de sua implicação no processo político que se paralisa neste discurso de culpabilização, por outro lado, é uma conformação produzida propositadamente por este modelo autoritário e centralizador de poder que está em vigor e que não favorece a participação dos trabalhadores.

Os aspectos mencionados pelos trabalhadores durante os dois encontros de grupo focal sugerem, portanto, que realizar Apoio Matricial em Campinas atualmente significa empreender resistência política e que a cogestão ainda constitui uma proposta contra hegemônica.

Por isso, surpreendeu positivamente a manifestação do interesse desses trabalhadores que participaram do grupo focal em se reunir para construir coletivamente uma mensagem contendo todas as suas reivindicações para, em seguida, apresentarem-na à Secretaria Municipal de Saúde de Campinas.

Pedem principalmente por uma institucionalização do Apoio Matricial, mas explicando que não se trata de uma burocratização ou uma imposição do Apoio para todos (ainda que os mais radicais tenham cogitado esta possibilidade) e tampouco de tornar o Apoio um arranjo, com cargos específicos, mas de maior reconhecimento de seu trabalho, melhoria das condições de trabalho e mais investimento nas equipes, e, diríamos nós, mais espaços coletivos e mais democracia institucional.

O grupo focal contribuiu significativamente também para compreendermos o que os trabalhadores pensam sobre os processos de formação, que constitui o objeto de interesse desta pesquisa e cuja escolha mostrou-se justificada nos resultados encontrados a partir do questionário, pois nele encontramos um contexto de pouco investimento da Secretaria para capacitar os profissionais ou para construir espaços de reflexão sobre a prática, ao passo que os profissionais mencionavam serem estes “muito importantes” para seu trabalho.

Durante as discussões empreendidas no grupo focal, os trabalhadores reforçaram esta percepção de ausência de formação para o Apoio e que eles têm procurado se auto-organizar para garantir algum espaço de discussão. Eles atribuem a ausência de ofertas de

formação por parte da Secretaria à falta de investimentos, de forma geral, no Apoio Matricial e que realizar processos de formação descolados de uma diretriz política não traria os resultados esperados.

Neste sentido, podemos dizer que o tema da carência de formação não tem sido utilizado como uma estratégia para desviar o foco de aspectos estruturais sobre os quais os profissionais têm pouca governabilidade, como aqueles relacionados à gestão de recursos físicos, humanos e à organização do trabalho, pois os trabalhadores demonstraram perceber que estes aspectos são a pedra angular do Apoio e que a formação seria um componente para qualificá-lo, mas que não garante seu funcionamento.

Sabemos que a ênfase na formação muitas vezes também é utilizada como pretexto para negligenciar as responsabilidades inerentes à clínica e às tarefas relacionadas ao núcleo e ao campo de saber, ou então assume a forma de uma solução mágica para os problemas, devido à supervalorização e à idealização dos processos pedagógicos. O que percebemos a partir do grupo focal é que os trabalhadores sentem-se desvalorizados no contexto atual e que inicialmente procuram algumas saídas mágicas que não dependam de seu investimento pessoal, mas no decorrer das discussões percebem que precisam se implicar também e fazer sua parte.

O mesmo se deu com seu entendimento sobre a formação. Os trabalhadores chegaram a expressar uma expectativa de que se todos fossem formados para o Apoio, principalmente as Equipes de Referência, tudo seria mais fácil, mas aos poucos foram desfazendo este discurso prescritivo e autoritário e notaram que não é formação que proporciona esse resultado, mas sim mudanças na gestão e no modelo de atenção.

Também investigamos a aparentemente preferência por processos como supervisão, apoio para o Apoio e educação permanente, que receberam numerosas menções de “muito importante” nos questionários. No grupo focal, ficou claro que os trabalhadores procuraram, em suas respostas anteriores, valorizar os processos que, na percepção deles, baseiam-se na discussão sobre sua realidade e que articulem teoria e prática.

No que tange à formação, os participantes parecem desejar um modelo diferente do que encontraram na graduação, que possuía pouca conexão com a prática e incentivava a passividade. Eles desejam participar ativamente das discussões e que elas contribuam para

melhorar a relação com as Equipes de Referência e os ajude a encontrar um caminho para o que eles chamaram de “manutenção do Apoio”.

Em contrapartida, não querem continuar dependendo apenas da auto-organização para os processos de formação. Sentem falta de ofertas, mas querem poder criticar e até mesmo desprezá-las se não se mostrarem coerentes com o que é encontrado no cotidiano do trabalho.

Por tudo o que disseram, acreditamos que a proposta de Formação Paideia sistematizada por Campos, Cunha & Figueiredo (2013) parece estar em consonância com o que os trabalhadores esperam de uma formação, pois estimula mudanças cognitivas, subjetivas e políticas.

Pensando nisso e entusiasmados com o desejo apresentado pelos trabalhadores em lutar pela sobrevivência do Apoio em Campinas, ousamos fazer uma proposta: a de construirmos um colegiado, composto por representantes do Coletivo de Estudos e Apoio Paideia (UNICAMP), do CETS e dos trabalhadores para desenvolvermos um processo de formação voltado para o Apoio Matricial. Ele estaria fundamentado na formação Paideia, manteria o compromisso de lutar pela democracia institucional e estaria atrelado à discussão sobre a prática.

Os trabalhadores se mostraram animados e o CETS reconheceu que já fazia tempo que não investia em capacitação para o Apoio e que isto precisava mudar. Assim, estamos a pleno vapor nesses preparativos. Não podemos negar que isso nos traz grande satisfação e esperamos poder corresponder, na medida do possível, às expectativas dos trabalhadores, pois reconhecemos que a formação não mudará o modelo de gestão, mas poderá se configurar em um espaço para que as articulações e as mobilizações aconteçam.

A jornada continua, mas no momento, ficamos por aqui.



## REFERÊNCIAS

Almeida Filho N. Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. *Cadernos de Saúde Pública*. dezembro de 2010;26(12):2234–49.

Ballarin MLGS, Blanes L de S, Ferigato SH. Apoio Matricial: um estudo sobre a perspectiva de profissionais da saúde mental. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. Setembro de 2012;16(42):767–78.

Bocchi SCM, Juliani CMCM, Spiri WC. Métodos qualitativos de pesquisa: uma tentativa de desmistificar a sua compreensão. Botucatu: Departamento de Enfermagem - Faculdade de Medicina - UNESP; 2008.

Bower P, Gilbody S, Richards D, Fletcher J, Sutton A. Collaborative care for depression in primary care. Making sense of a complex intervention: systematic review and meta-regression. *Br J Psychiatry*. dezembro de 2006;189:484–93.

Braid LMC, Machado M de FAS, Aranha AC. Estado da arte das pesquisas sobre currículo em cursos de formação de profissionais da área da saúde: um levantamento a partir de artigos publicados entre 2005 e 2011. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. setembro de 2012;16(42):679–92.

Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria Executiva Departamento de Apoio à Descentralização. Apoio integrado à gestão descentralizada do SUS: estratégia para a qualificação da gestão descentralizada. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

Brasil, Ministério da Saúde. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Portaria no 198/GM Em 13 de fevereiro de 2004.

Brasil, Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica: Diretrizes do NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.

Brasil, Ministério da Saúde. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Portaria GM/MS no 1.996 , de 20 de agosto de 2007.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – *NASF*. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília: Gabinete do Ministro. Seção 1, p. 47-50, 2008.

Brasil, Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. Diretrizes do Apoio Integrado para a qualificação da gestão e da atenção no SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília: Gabinete do Ministro. Seção 1, p. 48-55, 2011.

Brasil. Ministério da Saúde Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília: Gabinete do Ministro. Seção 1, p. 233, 2012.

Campinas Colegiado de Gestão da Saúde. As Diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde - Gestão 2001 - 2004. Projeto Paideia de Saúde da Família. Campinas/SP: Secretaria Municipal de Saúde; 2001.

Campinas. Programa Paidéia – Saúde da Família: 2001-2004: Campinas. Campinas/SP: Secretaria Municipal de Saúde; 2003.

Campos GWS, Cunha GT, Figueiredo MD. Práxis e Formação Paideia: apoio e cogestão em saúde. São Paulo: Hucitec; 2013.

Campos GWS, Domitti AC. Apoio Matricial e Equipe de Referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cadernos de Saúde Pública. Fevereiro de 2007;23(2):399–407.

Campos GWS. A mediação entre conhecimento e práticas sociais: a racionalidade da tecnologia leve, da práxis e da arte. *Ciência & Saúde Coletiva*. julho de 2011;16(7):3033–40.

Campos GWS. Campo e núcleo de conhecimentos e de responsabilidade. *Memórias de um médico sanitário que virou professor enquanto escrevia sobre*. São Paulo: Hucitec; 2007. p. 117–8.

Campos GWS. Clínica e Saúde Coletiva compartilhadas: teoria Paideia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. *Tratado de Saúde Coletiva*. 2o ed São Paulo: Hucitec; 2012. p. 19–41.

Campos GWS. Equipes de Referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. janeiro de 1999;4(2):393–403.

Campos GWS. Reflexões sobre uma proposta de gestão. *Rev. Adm. Públ. Rio de Janeiro*. ago./out. de 1990; 24(4):46-52.

Campos GWS. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*. Janeiro de 2000; 5(2):219–30.

Campos GWS. Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da Roda. São Paulo: Hucitec; 2000.

Carvalho YM, Ceccim RB. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. *Tratado de Saúde Coletiva*. 2o ed São Paulo: Hucitec; 2012. p. 137–70.

Castro CP. Avaliação da utilização do método de apoio Paideia para a formação em saúde: clínica ampliada e co-gestão [Dissertação de mestrado]. [Campinas/SP]: Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP; 2011.

Ceccim RB. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. fevereiro de 2005;9(16):161–8.

Cesar CF. Pesquisa intervenção com Apoio Matricial: múltiplas vias para o cuidado em saúde [Dissertação de Mestrado]. [Campinas/SP]: Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP; 2011.

Chiaverini DH, Gonçalves DA, Ballester D, Tófoli LF, Chazan LF, Almeida N, et al. Guia prático de matriciamento em Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

Creswell JW. Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto. 2a. Ed. Porto Alegre: Artmed; 2007.

Creswell JW. Research Design: qualitative, quantitative and mixed methods approaches. Third edition. United States of America: SAGE publications; 2009.

Creswell JW, Plano Clark VL. Pesquisa de Métodos Mistos. 2ª. Ed. Porto Alegre: Penso; 2013.

Cunha GT, Campos GWS. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. Saúde e Sociedade. dezembro de 2011;20(4):961–70.

Cunha GT, Campos GWS. Método Paideia para co-gestão de coletivos organizados para o trabalho. Revista ORG & DEMO. 31 de julho de 2010;11(1):31–46.

Cunha GT, Dantas DV. Uma contribuição para a co-gestão da clínica: grupos Balint-Paideia. Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Hucitec; 2010. p. 34–60.

Cunha GT. Balint-Paideia: uma contribuição para a co-gestão e a clínica ampliada na Atenção Básica [Doutorado]. [Campinas/SP]: Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP; 2009.

Cyrino EG, Toralles-Pereira ML. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. Cadernos de Saúde Pública. junho de 2004;20(3):780–8.

Dimenstein M, Severo AK, Brito M, Pimenta AL, Medeiros V, Bezerra E. O Apoio Matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. Saúde e Sociedade. março de 2009;18(1):63–74.

Domitti ACP. Um possível diálogo com a teoria a partir das práticas de Apoio Especializado Matricial na Atenção Básica de Saúde [Doutorado]. [Campinas/SP]: Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP; 2006.

Figueiredo MD. A construção de práticas ampliadas e compartilhadas em saúde : apoio Paidéia e formação [Doutorado]. [Campinas/SP]: Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP; 2012.

Flick U. Qualidade na pesquisa qualitativa. Porto Alegre: Artmed; 2009.

Foy R, Hempel S, Rubenstein L, Suttorp M, Seelig M, Shanman R, et al. Meta-analysis: effect of interactive communication between collaborating primary care physicians and specialists. *Ann Intern Med.* 16 de fevereiro de 2010;152(4):247–58.

Franco TB. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação.* dezembro de 2007;11(23):427–38.

Furlan PG. Os grupos na atenção básica à saúde: uma hermenêutica da prática clínica e da formação profissional [Doutorado]. [Campinas/SP]: Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP; 2012.

Furtado JP. A avaliação participativa. Contexto e prática da avaliação de iniciativas sociais no Brasil: temas atuais. 1o ed São Paulo: Petrópolis; 2012. p. 21–41.

García-Talavera Espín NV, López-Ruiz A, Nuñez Sánchez MÁ, Meoro Avilés A, Sánchez Cañizares C, Romero López-Reinoso H, et al. How to reduce avoidable admissions due to acute diabetes complications?: interrelation between primary and specialized attention in a diabetes unit. *Nutr Hosp.* dezembro de 2012;27(6):2079–88.

Gonçalves DA. Prevalência de transtornos mentais na Estratégia Saúde da Família e avaliação de um modelo de capacitação em Saúde Mental [Doutorado]. [São Paulo]: Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP; 2012.

Gondim SMG. Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. *Paidéia*, 2003; 12(24):149-161

González AD, Garanhani ML, Bortoletto MSS, Almeida MJ de, Melchior R, Nunes E de FPA. Fenomenologia heideggeriana como referencial para estudos sobre formação em saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. setembro de 2012;16(42):809–17.

Guba EG, Lincoln YS. *Avaliação de quarta geração*. Campinas/SP: Editora Unicamp; 2011.

Jófil Z. Piaget, Vygotsky, Freire e a construção do conhecimento na escola. *Educação: Teorias e Práticas*. 2002;2(2):191–208.

Kates N, Craven M, Collaborative Working Group of the College of Family Physicians of Canada, Canadian Psychiatric Association. Shared mental health care. Update from the Collaborative Working Group of the College of Family Physicians of Canada and the Canadian Psychiatric Association. *Can Fam Physician*. maio de 2002;48:936.

Kelly BJ, Perkins DA, Fuller JD, Parker SM. Shared care in mental illness: A rapid review to inform implementation. *Int J Ment Health Syst*. 2011;5:31.

Massaroli A, Saupe R. Distinção conceitual: educação permanente e educação continuada no processo de trabalho em saúde. 2008 [citado 23 de julho de 2013]; Recuperado de: <http://www.abennacional.org.br/2SITE/Arquivos/N.045.pdf>

Miranda L, Figueiredo MD, Ferrer AL, Onocko Campos, R. Dos grupos focais aos grupos focais narrativos: uma descoberta no caminho da pesquisa. *Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos da narratividade*. São Paulo: Hucitec, 2008. p.249-277.

Minayo MCS, Assis SG, Souza ER. *Avaliação por triangulação de métodos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005.

Minayo MCS. *O Desafio do Conhecimento - Pesquisa Qualitativa em Saúde - 11a Ed*. Rio de Janeiro: Hucitec; 2010.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 6o ed. São Paulo: Hucitec; 1999.

Mitre SM, Siqueira-Batista R, Girardi-de-Mendonça JM, Morais-Pinto NM de, Meirelles C de AB, Pinto-Porto C, et al. *Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação*

profissional em saúde: debates atuais. *Ciência & Saúde Coletiva*. dezembro de 2008;13:2133–44.

Nascimento EPL, Correa CR da S, Nozawa MR. O município de Campinas e a organização da Secretaria Municipal de Saúde. *Rev. Ciênc. Méd.* junho de 2007;16(3):161–73.

Nuto S de AS, Noro LRA, Cavalsina PG, Costa Í do CC, Oliveira ÂGR da C. O processo ensino-aprendizagem e suas consequências na relação professor-aluno-paciente. *Ciência & Saúde Coletiva*. março de 2006;11(1):89–96.

Oliveira GN. Apoio Matricial como tecnologia de gestão e articulação em rede. Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. 2o ed São Paulo: Hucitec; 2010. p. 273–82.

Onocko Campos, R. O exercício interpretativo. Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos da narratividade. São Paulo: Hucitec, 2008. p.278-299.

Onocko Campos R, Furtado JP. Narrativas: apontando alguns caminhos para sua utilização na pesquisa qualitativa em saúde. Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos da narratividade. São Paulo: Aderaldo & Rotschild Editores; 2008. p. 321–33.

Onocko Campos R, Gama C. Saúde mental na atenção básica. Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. 2o ed São Paulo: Hucitec; 2010. p. 221–46.

Organização Pan-Americana da Saúde. Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines - 1920. Washington (Estados Unidos da America). Publicación Científica n. 93, Fevereiro, 1964.

Oury J. Itinerários de formação. *Revue Pratique*. 1991;(1):42–50.

Passamai M da PB, Sampaio HA de C, Dias AMI, Cabral LA. Letramento funcional em saúde: reflexões e conceitos sobre seu impacto na interação entre usuários, profissionais e sistema de saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. junho de 2012;16(41):301–14.

Peduzzi M, Guerra DAD, Braga CP, Lucena FS, Silva JAM da. Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. setembro de 2009;13(30):121–34.

Pisco L. Reforma da Atenção Primária em Portugal em duplo movimento: unidades assistenciais autónomas de saúde familiar e gestão em agrupamentos de Centros de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. junho de 2011;16(6):2841–52.

Prefeitura Municipal de Campinas. Secretaria Municipal de Saúde. Unidades de Saúde. Centros de Saúde. 2009 [último acesso em 10 de julho de 2013]; Disponível em: <http://2009.campinas.sp.gov.br/saude>

Quivy R, Campenhoudt LV. Manual de investigação em ciências sociais. Lisboa (Portugal): Gradiva; 1992.

Smith SM, Allwright S, O’Dowd T. Effectiveness of shared care across the interface between primary and specialty care in chronic disease management. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007;(3):CD004910.

Souza AN de. Formação médica, racionalidade e experiência. *Ciência & Saúde Coletiva*. janeiro de 2001;6(1):87–96.

Starfield B. William Pickles Lecture. Primary and specialty care interfaces: the imperative of disease continuity. *Br J Gen Pract*. setembro de 2003;53(494):723–9.

Tanaka OY, Melo C. Avaliação de Programas de Saúde do Adolescente: um modo de fazer. São Paulo: Editora USP; 2004.

Trindade I, Teixeira JAC. Psicologia no cuidados de saúde primários. Lisboa (Portugal): Climepsi; 2010.

Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista de Saúde Pública*. junho de 2005;39(3):507–14.

Turato ER. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis: Vozes; 2003.

Vasconcelos EM. Educação popular, um jeito de conduzir o processo educativo. Educação popular na formação universitária. São Paulo-João Pessoa: Hucitec-Editora Universitária UFPB; 2013. p. 28-34.

Vasconcelos EM. Educação popular e o movimento de transformação da formação universitária no campo da saúde. Educação popular na formação universitária. São Paulo-João Pessoa: Hucitec-Editora Universitária UFPB; 2013. p. 362-397.

Vingilis E, Paquete-Warren J, Kates N, Crustolo A, Greenslade J, Newman S. Descriptive and process evaluation of a shared primary care program. *The Internet Journal of Allied Health Sciences and Practice*, 2007, 5(4).

## APÊNDICES

### APÊNDICE A QUESTIONÁRIO APOIO MATRICIAL

Data de preenchimento: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

#### IDENTIFICAÇÃO

Nome: \_\_\_\_\_

Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino      Data de Nascimento: \_\_\_\_\_

Cargo para o qual foi contratado: \_\_\_\_\_

Função atual: \_\_\_\_\_

Área em que desenvolve Apoio Matricial - Pode escolher mais de uma alternativa:

( ) Saúde Mental ( ) Reabilitação ( ) Saúde da Mulher ( ) Práticas Integrativas  
( ) Segurança Alimentar ( ) Outra(s)/Qual(is) \_\_\_\_\_

Você desenvolve Apoio Matricial a partir do:

( ) NASF ( ) CAPS ( ) Centros de Referência ( ) Policlínicas ( ) CEO ( )  
Centros de Convivência ( ) OUTRO(S) QUAL(is) \_\_\_\_\_

## FORMAÇÃO

### 1) Graduação

Curso: \_\_\_\_\_

Instituição de ensino: \_\_\_\_\_

Ano de conclusão: \_\_\_\_\_

Caráter da instituição: ( ) público ( ) privado ( ) outro: Qual? \_\_\_\_\_

### 2) Durante a graduação teve disciplinas/estágios em serviços de Saúde Pública/Saúde

Coletiva? ( ) Sim ( ) Não

### 3) a) cursou alguma pós-graduação? ( ) Sim ( ) Não

b) Se SIM, cite qual(is) :

b1) Modalidade (aprimoramento, especialização, mestrado, residência etc): \_\_\_\_\_

Curso/Área: \_\_\_\_\_

Instituição de ensino: \_\_\_\_\_

Ano de conclusão: \_\_\_\_\_

Caráter da instituição: ( ) público ( ) privado ( ) outro: Qual? \_\_\_\_\_

b2) Modalidade (aprimoramento, especialização, mestrado, residência etc): \_\_\_\_\_

Curso/Área: \_\_\_\_\_ Ins

tuição de ensino: \_\_\_\_\_

Ano de conclusão: \_\_\_\_\_

Caráter da instituição: ( ) público ( ) privado ( ) outro: Qual? \_\_\_\_\_

b3) Modalidade (aprimoramento, especialização, mestrado, residência etc): \_\_\_\_\_

Curso/Área: \_\_\_\_\_

Instituição de ensino: \_\_\_\_\_

Ano de conclusão: \_\_\_\_\_

Caráter da instituição: ( ) público ( ) privado ( ) outro: Qual? \_\_\_\_\_

## CARGO ATUAL

- 4) Instituição empregadora ( ) Prefeitura ( ) OS ( ) Outra/Qual? \_\_\_\_\_
- 5) Forma de contratação em seu cargo atual:  
( ) CLT ( ) Estatutário(a) ( ) Outro/Qual? \_\_\_\_\_
- 6) Carga horária: \_\_\_\_\_ horas semanais
- 7) A seleção para seu cargo atual incluía questões sobre Saúde Pública/ Saúde Coletiva?  
( ) Sim ( ) Não ( ) Não Sei/Não lembro
- 8) A seleção para seu cargo atual incluía questões sobre Apoio Matricial?  
( ) Sim ( ) Não ( ) Não Sei/Não lembro
- 9) Foi informado que as atividades de Apoio Matricial estavam entre as funções a serem exercidas no seu cargo atual? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não Sei/Não lembro
- 10) Era exigida alguma formação/experiência profissional em Apoio Matricial ou em Saúde Pública/ Saúde Coletiva para se candidatar ao cargo atual?  
( ) Sim ( ) Não ( ) Não Sei/Não lembro
- 11) a) Teve alguma experiência profissional na área da saúde anterior ao cargo atual?  
( ) Sim ( ) Não  
b) Se SIM, destaque até três que considere mais significativas:  
1. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_
- 12) Exerce alguma outra atividade profissional no momento, além de seu cargo atual?  
( ) Sim ( ) Não Qual(is)?: \_\_\_\_\_



## **APOIO MATRICIAL**

13) Há quanto tempo desenvolve atividades de Apoio Matricial?(em meses) \_\_\_\_\_

14) Do total de horas para o qual você foi contratado, quantas horas semanais você dedica às atividades de Apoio Matricial? \_\_\_\_\_(horas apoio)

15) Qual foi a forma de ingresso em sua função de Apoio Matricial?

concurso  processo seletivo  indicação  pactuado na equipe

outro/qual \_\_\_\_\_

16) a) Possui alguma experiência com Apoio Matricial antes?

Sim  Não

b) Se SIM, destaque até três que considere mais significativas:

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

17) a) Você conhece algum documento oficial (da Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria Estadual de Saúde e/ou do Ministério da Saúde) que oriente as tarefas do Apoio Matricial?

Sim  Não

b) Se SIM, como você o avalia:

Pouco adequado  Adequado  Muito adequado

18) a) Você recebeu alguma formação da Secretaria Municipal de Saúde para desenvolver o trabalho de Apoio Matricial?  Sim  Não

b) Se SIM, como você a avalia:

Pouco adequada  Adequada  Muito adequada

19) Você oferece atividades de Apoio Matricial para quantas Equipes de Referência atualmente? \_\_\_\_\_

- 20) Com que frequência você desenvolve atividades de Apoio Matricial: ( ) Diária ( ) Semanal ( ) Quinzenal ( ) Mensal ( ) outra. Qual? \_\_\_\_\_
- 21) Qual é a composição da sua equipe de Apoio Matricial? (Cite as categorias profissionais e a quantidade de componentes de cada categoria profissional que vão com você realizar Apoio Matricial às Equipes Apoiadas) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 22) Quais são as formas das equipes apoiadas acionarem o seu suporte enquanto Apoiador Matricial? Pode escolher mais de uma alternativa.
- ( ) definição de agenda pela Gestão
  - ( ) definição de agenda pactuada entre Apoiador e Equipe Apoiada
  - ( ) solicitação de apoio eventual mediante demanda da Equipe
  - ( ) Outros. Quais: \_\_\_\_\_
- 23) a) Há critérios definidos para a escolha dos casos que necessitam do Apoiador Matricial? ( ) Sim ( ) Não
- b) Se SIM, quem construiu esses critérios? Pode escolher mais de uma alternativa.
- ( ) O Apoiador Matricial de forma independente
  - ( ) O Apoiador Matricial junto à Equipe Apoiada
  - ( ) O Apoiador Matricial junto à Gestão
  - ( ) A Equipe Apoiada
  - ( ) A Gestão
  - ( ) Não sei informar
- 24) Assinale os instrumentos/ferramentas que utiliza nas suas atividades de Apoio Matricial. Pode assinalar mais de uma alternativa:
- ( ) Discussão de casos
  - ( ) Construção de Projeto Terapêutico Singular com a Equipe Apoiada
  - ( ) Intervenções conjuntas com profissionais apoiados (grupos, visitas domiciliares, consultas etc)

- ( ) Assistência direta a usuários indicados pela Equipe Apoiada
- ( ) Atividades de formação para as Equipes (atualização temática, discussão de protocolos)
- ( ) Tele Apoio (telefone, e-mail, Skype)
- ( ) Projetos de saúde intersetoriais no território
- ( ) Outros. Quais? \_\_\_\_\_

25) a) Você recebe alguma forma **contínua** de supervisão ou apoio para desenvolver as atividades de Apoio Matricial? ( ) Sim ( ) Não

b) Se SIM, como você avalia:

- ( ) Pouco adequada ( ) Adequada ( ) Muito adequada

26) Para o desenvolvimento das atividades como Apoiador Matricial, como você avalia a importância dos seguintes processos de formação (Avalie hipoteticamente aqueles que você não recebeu).

	<b>POUCO IMPORTANTE</b>	<b>IMPORTANTE</b>	<b>MUITO IMPORTANTE</b>	<b>NÃO SE APLICA</b>
Graduação				
Pós-Graduação				
Educação permanente				
Supervisão ou apoio às atividades de Apoio Matricial				
Prática Profissional anterior ao Apoio Matricial				
Prática Profissional dentro do Apoio Matricial “aprender fazendo”				
Outra atividade/qual(is) _____				

27) Existe algum processo de avaliação que envolva suas atividades desenvolvidas de Apoio Matricial? (formal/informal, sistemático, periódico, de processo, entre outros)

( ) Sim ( ) Não

28) Cite até três resultados positivos do seu trabalho de Apoio Matricial\_\_\_\_\_

---

---

---

29) Cite até três dificuldades no seu trabalho de Apoio Matricial: \_\_\_\_\_

---

---

---

30) Cite até três medidas que você acredita que favoreceriam o seu trabalho do Apoio Matricial:\_\_\_\_\_

---

---

---

---

**AGRADECEMOS SUA PARTICIPAÇÃO!**

## APÊNDICE B

### Grupo Focal

#### Perguntas disparadoras:

- Vocês acham necessário alguma formação para desenvolver Apoio Matricial?  
**Detalhamento:** Concepção sobre formação; concepção sobre apoio matricial; entendimento sobre necessidade de formação.
- Na opinião de vocês como deveria ser a formação para o apoio e quais pontos vocês consideram essenciais neste processo?  
**Detalhamento:** O que eles acham importante haver nos processos de formação; Questões de Campo de Núcleo; Habilidades que um Apoiador deve ter.

#### Eixos

- Como foi a formação de vocês? Houve alguma formação específica para o trabalho com o Apoio Matricial?  
**Detalhamento:** Tipos mais comuns de formação; Necessidade de formação para o Apoio; Lacunas de formação(?) Conseguem relacionar a formação com a maneira como desenvolve seu trabalho?

#### Formação “tradicional”

- Que elementos ou conteúdos da graduação vocês consideram que contribuíram/ foram importantes para a sua prática como Apoiadores? E da Pós (especialização, aprimoramento, residência)?  
**Detalhamento:** Esses tipos de formação só incluem o núcleo? Havia preocupação com o SUS? Teve contato com Atenção Primária? Contribuiu para clínica ampliada e trabalho interdisciplinar? O que motivou a procura pela pós? Os ensinamentos

estavam em consonância com a realidade? Houve possibilidade de integrar a teoria e a prática?

Formação em serviço: atividades de EP, supervisão, entre outros

- No cotidiano de trabalho de vocês, existem espaços para reflexão sobre a prática, ou seja, algum tipo de supervisão ou de Apoio onde possam discutir o trabalho como apoiadores? Eles influenciam as práticas?

Detalhamento: Se não há um momento específico, com alguém responsável por fazer isso, a equipe de apoiadores mantém algum encontro para discutir a prática, mesmo sem ajuda externa? Relevância de espaços de reflexão.

- Existem processos formais de Educação Permanente no seu cotidiano de trabalho? Como eles se dão? Eles ajudam a pensar a prática do Apoio Matricial e a capacitá-los para o trabalho como apoiadores?

Detalhamento: Concepções de EP. Oportunidade para pensar a prática? Possibilidade de incorporar as discussões no cotidiano de trabalho.

### **Encerramento**

- Quais outros pontos envolvendo o Apoio Matricial e a Formação vocês gostariam de acrescentar?

**APÊNDICE C**  
**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Este termo pretende informar sobre o “ Apoio Matricial em Campinas: formação e prática”, do Departamento de Saúde Coletiva/ FCM/ Unicamp. A pesquisa tem como objetivo empreender a caracterização do trabalho do Apoio Matricial na Atenção Básica em diferentes aspectos: composição das equipes, formação, organização do trabalho e, a partir disto, buscar conhecer a opinião dos profissionais sobre a relação entre formação e prática para o trabalho em saúde.

Para isso, são objetivos específicos da pesquisa:

- Conhecer a formação dos trabalhadores do Apoio Matricial da Atenção Básica de Campinas/SP, considerando aspectos da formação teórica e de experiências prévias em Saúde Coletiva.
- Conhecer a organização do trabalho no Apoio Matricial, no que tange aos processos de trabalho, às oportunidades de formação e espaços de reflexão sobre a prática.
- Investigar a opinião dos trabalhadores sobre a relação entre formação e a prática no contexto dos serviços de saúde.

Para a coleta de dados serão utilizados: No primeiro momento, questionário para caracterização do campo da pesquisa; num momento posterior, grupo focal. As sessões do grupo focal serão áudio-gravadas. A transcrição das gravações respeitará a veracidade e originalidade dos discursos e a preservação da identidade dos autores das falas, assim como a descrição do que for observado.

A participação na pesquisa não oferecerá nenhum tipo de prejuízo ou risco para os sujeitos, em nenhuma fase do estudo ou decorrente dele, de forma direta ou indireta.

Os sujeitos têm liberdade para se recusarem a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem que tenham nenhum tipo de prejuízo.

Os pesquisadores se comprometem a prestar qualquer tipo de esclarecimento, antes, durante e após a pesquisa, sobre os procedimentos e outros assuntos relacionados a ela, além de retornar os resultados da pesquisa a todos os participantes. Para esclarecimento de dúvidas relacionadas aos procedimentos do estudo, entrar em contato diretamente com a pesquisadora no telefone (19)3521-8036 ou (19) 9641-6114.

Em caso de dúvidas, denúncias ou reclamações referentes aos aspectos éticos, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da FCM-UNICAMP (19) 3521-8936.

Sendo assim, pelo presente instrumento que atende às exigências legais, não restando qualquer dúvida a respeito do lido e explicado, o Sr.(a) \_\_\_\_\_, portador(a) da cédula de identidade \_\_\_\_\_, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO concordando em participar da pesquisa proposta.

E, por estarem de acordo, assinam o presente termo.

Campinas/ SP, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do sujeito

\_\_\_\_\_  
Assinatura do coordenador da pesquisa

**Pesquisadora responsável: Mônica Martins de Oliveira**  
**Orientador da pesquisa: Prof. Dr. Gastão Wagner de Sousa Campos**  
**Departamento de Saúde Coletiva da FCM/ UNICAMP**  
**Telefone para contato: (19) 3521 8036**

A sua participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária. Em caso de dúvida entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp: Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126 – Caixa Postal 6111 – CEP: 13083-887 – Campinas/ SP – Fone: (19) 3521 8936 – E-mail: [cep@fcm.unicamp.br](mailto:cep@fcm.unicamp.br)

## APÊNDICE D

### Grade com núcleos argumentativos obtidos com o Grupo Focal

Questões roteiro	Núcleos argumentativos
<p>Apoio Matricial</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Conceção sobre apoio matricial;</li><li>• Organização do trabalho;</li><li>• Habilidades que um Apoiador deve ter;</li></ul>	<p>Concepção:</p> <p>Entendemos que o matriciamento é um trabalho multiprofissional, interdisciplinar, cujo discurso é antigo. A estruturação dele enquanto uma ferramenta, Apoio Matricial, é recente.</p> <p>Começamos a fazer meio sem saber, para atender a Diretriz política do Paideia e sentíamos que estamos num samba, onde a gente vive pisando no pé do outro.</p> <p>O Apoio Matricial aqui em Campinas nasceu na saúde mental. Depois, ele ganhou força e foi introduzido em outras áreas no Paideia. Agora estamos numa época de esvaziamento em Apoio Matricial: um vazio de diretriz, de política, de capacitação.</p> <p>Fazer Apoio significa às vezes invadir o território das equipes de atenção básica, porque as contingências atuais estão muito ruins, então não dá para chegar lá e querer trazer um modelo que não dá para ser instalado no momento.</p> <p>Pensamos que o modelo (de atenção, de gestão) não está claro para a gestão e, se está, é um modelo que não investe em Atenção Básica e que está com um viés mais técnico. Por isso não sabemos o papel do Apoio Matricial atualmente.</p> <p>O trabalho no Apoio Matricial envolve estar no encontro, ouvir a demanda e manter negociação constante com as equipes.</p> <p>Fazer apoio não é sinônimo de informador e tampouco uma proposta precarizada ou simplificada. O Apoio precisa ter um impacto positivo para a equipe.</p> <p>Organização do trabalho</p> <p>Apoio Matricial está em aberto e vamos construindo isso na relação. É preciso lidar com diferentes expectativas e perceber que a demanda das equipes muda com o tempo.</p> <p>É sempre uma construção, um processo muito dinâmico, no qual a gente vai cavando o nosso lugarzinho.</p> <p>Para fazer Apoio precisamos nos adaptar e legitimar nossas ações junto às equipes de referência.</p>

As equipes (de referência) têm dúvida sobre o Apoio, por isso percebemos a necessidade de conhecer as equipes em sua singularidade e de desconstruir preconceitos. Prevalece uma tensão. A gente também não quer que seja uma coisa imposta, que vem de cima pra baixo, mas a gente sente falta do Apoio Matricial ser um modelo para a nossa secretaria como um todo.

Divergimos sobre o Apoio estar em *stand by* ou estar retrocedendo, mas concordamos que é grande o isolamento dos profissionais dentro da rede. Está difícil de articular.

Alguns de nós trabalhamos em duplas para fazer o apoio matricial em cada região, mas não conseguimos encontrar muito tempo para trocar experiências. Também reconhecemos que precisaríamos utilizar alguns instrumentos para avaliação.

Nossa principal dificuldade é a falta de investimento e de apoio da gestão municipal, da gestão local, dos distritos e dos Apoiadores Institucionais. Mesmo as equipes de referência não se mostram muito abertas ao Apoio.

Trabalhamos no modelo do possível, sobrevivendo a um monte de desconstruções. Nosso trabalho parte exclusivamente da disponibilidade, do desejo e do interesse em unir as especialidades com a atenção básica para qualificar a assistência.

Estamos precisando de mais organização, estruturação e reconhecimento, o que achamos ser diferente de burocratizar.

Entre nós, há quem pensa que falta alguém para preparar as equipes de referência ou que falta apoio da coordenação. Outros concordam que precisamos fazer a nossa parte também.

Nós percebemos que não temos autonomia para organizar o nosso trabalho, precisamos ficar remanejando a agenda para poder fazer as ações de Apoio Matricial, por isso é que dissemos no questionário que só fazemos Apoio 4 horas por semana. Mas, às vezes, nem a gente e nem os outros sabem o que estamos fazendo ou onde estamos.

Vivemos o binômio assistência e apoio e não está dado que vamos ter tempo para essas coisas. não conseguimos ao menos registrar as ações de Apoio Matricial que realizamos.

Não há código ou forma para listarmos nossa atividade de Apoio Matricial. Nós não informamos os sistemas oficiais. É como se não existíssemos.

Arrumamos um jeito de fazer Apoio, com frequências variáveis e utilizando diferentes ferramentas. As ferramentas citadas no questionário são usadas por nós de diferentes formas, dentro do que é possível, porque às vezes elas não cabem na forma como as equipes estão organizadas.

	<p>As ferramentas são <i>flex</i>, elas variam, pois é o jeito que encontramos para continuar fazendo Apoio dentro deste contexto desfavorável.</p> <p>Habilidades desejáveis para um Apoiador:</p> <p>Além da formação básica de cada profissional (núcleo ou especialidade), é preciso conhecer um pouco sobre o SUS, sobre saúde coletiva, sobre o modelo de atenção e de gestão e também sobre a organização da rede de serviços de saúde.</p> <p>É importante ter uma noção sobre o conceito de Apoio Matricial, mas articulado com a prática, pois muitas vezes sabe-se o que é Apoio Matricial, mas não se sabe <i>como fazer</i>.</p> <p>Apoio requer que o profissional saiba ouvir e que esteja aberto para o encontro. É importante que o Apoiador saiba trabalhar com grupos e lidar com as equipes a partir de uma posição mais compartilhada.</p> <p>Também achamos que deve entender um pouco de pedagogias para poder refletir sobre as suas intervenções com cunho pedagógico junto à equipes.</p>
<p>Formação</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conceção sobre formação;</li> <li>• Tipos mais comuns de formação;</li> </ul>	<p>Quando falamos em formação, alguns acham que ela é complementar ao perfil e outros de nós pensamos que ela não é capaz de modificá-lo.</p> <p>Quando refletimos sobre como tinha sido nossa formação, a gente se lembrou da nossa graduação e alguns de nós também se lembrou das especializações e das residências. Achamos que são esses os tipos mais comuns de formação.</p> <p>Percebemos que a política tem capacidade para influenciar a formação, tanto é que depois da implantação do SUS, uma série de graduações começou. Mas parece que ainda está engessado.</p> <p>Na verdade, achamos mesmo que tem alguma coisa aí nessa comunicação entre a teoria e a prática que não acontece não. Precisamos aproximar a relação, mas vemos que nem sempre é fácil dialogar com a gestão, com a política.</p> <p>O mais comum é a graduação mesmo, mas nós achamos que além dela é preciso ter formações complementares, com espaços para discussão e supervisão, onde se faça a relação da teoria com a prática, partindo da nossa realidade.</p>
<p>Graduação</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Houve</li> </ul>	<p>Na graduação, alguns de nós vivenciamos uma pedagogia tradicional, no modelo biomédico, centrado na especialidade, sem o trabalho compartilhado. Mesmo nas especializações e nas residências, prevalecia este modelo. Mas outros de nós pudemos ter experiências diferentes, em cursos de graduação mais</p>

<p>possibilidade de integrar a teoria e a prática?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Havia interlocução com o SUS?</li> </ul>	<p>interdisciplinares voltados para o SUS e durante residência em saúde da família ou em especialização em saúde pública.</p> <p>A maioria de nós veio a conhecer mesmo o Apoio Matricial depois que entrou na rede, porque na época da graduação isso era pouco discutido.</p> <p>O que consideramos realmente importante durante a graduação foram os momentos de formação informal, tais como os movimentos políticos, movimentos estudantis e os projetos de extensão. Depois disso, achamos que nossa escola foi o Centro de Saúde, a vivência na Atenção Básica.</p> <p>Agora, na medida do possível, tentamos participar da formação dos alunos de graduação que recebemos nos nossos serviços. Achamos que esta é uma forma de garantir que eles conheçam um pouco da realidade e do trabalho em equipe, para não chegarem muito crus na rede, depois de formados.</p>
<p>Cursos esporádicos</p>	<p>Como no momento não parece que o Apoio seja o modelo no nosso município, nós não tivemos a formação teórica, não fizemos nenhum curso, nenhuma capacitação.</p> <p>Alguns de nós tivemos oportunidades como curso de clínica ampliada, supervisão institucional e conversas com o Gastão, que achamos que nos ajudou bastante a entender a proposta do Apoio Matricial.</p> <p>Durante a capacitação, lá entre 2001 e 2003, o tema do Apoio Matricial foi discutido e estranhamos que ninguém das especialidades tenha sido convidado. Alguns de nós, depois de brigarem bastante, conseguiram algumas vagas e acabaram participando, mas não todos. Lamentamos que não tenha tido continuidade, pois muita gente que teve esse curso já saiu, gente nova chegou e o curso ficou lá no passado, né?</p> <p>O curso introdutório oferecido na época do Paideia (2001-2003) vinha articulado com uma proposta da gestão, um plano pra gente. Depois disso, não teve mais e sentimos falta de um espaço para nos olharmos, para discutirmos. Achamos que isso é um reflexo da falta de investimento e de reconhecimento no Apoio Matricial.</p>
<p>Formação em serviço</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Educação permanente</li> <li>• Existem espaços para reflexão sobre a prática?</li> </ul>	<p>Começamos a fazer o Apoio Matricial a partir da nossa boa vontade, com o entendimento que tínhamos do que seria isso.</p> <p>Alguns de nós temos momentos de discussão sobre a prática no cotidiano do trabalho e isso ajuda a dar mais segurança para nosso trabalho no Apoio Matricial, porque conseguimos compartilhar experiências, mas cada um se organiza de um jeito e não é uma coisa que tem assim uma frequência previsível, não é sistemático.</p> <p>Gostaríamos de poder trazer pessoas externas para esses encontros, mas</p>

<p>Como são?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• A equipe de apoiadores mantém algum encontro para discutir a prática, mesmo sem ajuda externa?</li> <li>• Relevância de espaços de reflexão.</li> </ul>	<p>não conseguimos e sentimos falta disso.</p> <p>Não temos supervisão, a gente faz por vontade nossa e ficamos pensando se fazemos certo. Outros não têm esses espaços, o que torna o trabalho muito solitário, ainda mais porque não podemos contar com o apoio da gestão.</p> <p>Consideramos que os espaços de acompanhamento, de avaliação, de planejamento, de supervisões mensais ou de eixo e os fóruns de Saúde Mental também são relevantes para a discussão do nosso trabalho quando o tema do Apoio Matricial aparece. Só que achamos que eles deveriam ser qualificados, porque o tema aparece, mas por algum motivo ele é deixado de lado.</p> <p>Alguns de nós temos momentos de estudo em grupo, mas não somos a maioria. Fora isso, alguns de nós temos EP interna que eles mesmos se viram para organizar.</p> <p>O que temos mais são as EPs que fazemos com as equipes de referência, EP para elas. O município até tem um programa de EP, mas ele é direcionado para gestores e coordenadores dos serviços e muitas vezes os temas discutidos não chegam até nós.</p> <p>São os espaços de troca e de reunião de equipes que nos mantêm vivos para realizar o apoio, traz segurança.</p> <p>Achamos que estes espaços são como uma formação informal, na qual a gente aprende a partir das nossas vivências e adequamos nossas ações de acordo com as experiências que compartilhamos. É uma formação, mas achamos que não deveria ser só este o espaço para formação. Outros de nós achamos que é um espaço importante, mas empobrecido porque ficamos entre nós ali sem nenhuma supervisão, sem nenhum apoio, inclusive distrital para resolver o problema.</p>
<p>Necessidade de formação para o Apoio;</p> <p>O que acham importante haver nos processos de formação;</p>	<p>Nós achamos que a formação é importante, mas ela deve ir para além da técnica e dos conhecimentos sobre política e rede. Ela deve se centrar na vivência.</p> <p>Em nossa opinião, o componente teórico não deveria ser seguido muito fielmente, pois às vezes ser muito puritano atrapalha o espaço de construção das ações, já que a teoria nem sempre casa com a realidade.</p> <p>Acreditamos que além da formação para os profissionais do Apoio Matricial, também seria importante a formação para as equipes da atenção básica, para poder entender essa intervenção.</p> <p>Às vezes achamos que se todo mundo tiver conhecimento sobre o Apoio as coisas melhorariam, mas no fundo a gente sabe que isso só vai acontecer mesmo se for definido que o Apoio Matricial é O MODELO que a gente vai fazer.</p> <p>Mas, o que parece aqui pra gente, é que o Apoio Matricial não está definido como um modelo valorizado pela gestão não. Ele ainda é muito conjuntural e talvez por isso não se invista muito na nossa formação.</p>

	<p>Entretanto, alguns de nós achamos que não se trata do Apoio Matricial ser o modelo ou não, pois aspectos como o trabalho interdisciplinar e o trabalho em equipe já deveriam fazer parte de todos os profissionais da saúde e, portanto, deveriam ser ensinados nas graduações. E, se o Apoio Matricial for o modelo, daí se poderia pensar em uma formação extra.</p> <p>A gente não sabe muito bem como fazer o Apoio e a formação para isso, mas tem que ser uma prática muito refletida e a vivência na atenção básica é muito importante.</p> <p>Alguns de nós achamos que a formação deveria abordar a dúvida que temos sobre como desenvolver a manutenção do matriciamento, pois o como iniciar a gente até que discutiu bastante, mas o movimento e a mudança são importantes no Apoio Matricial.</p> <p>Deveria ter um jeito de ensinar a habilidade de desenvolver estratégias e ferramentas para viabilizar o encontro. Por outro lado, alguns de nós achamos também que é preciso que o profissional tenha uma abertura, uma pré-disposição para a relação interdisciplinar.</p>
Propostas	<p>Nossa proposta é que a gente reúna os profissionais que fazem Apoio Matricial para podermos pensar e conversar sobre essas ações, sobre este trabalho e a forma como está acontecendo.</p> <p>Achamos que devemos pensar juntos numa forma de evidenciar para o governo (municipal) a importância do matriciamento para que ele olhe pra gente.</p> <p>Pensamos em reunir representantes dos diferentes serviços que fazem Apoio Matricial e na rede para sentarmos e fazer uma comissão para organizar uma estratégia para fazermos esses apontamentos.</p> <p>Não queremos que as mudanças venham de cima para baixo, nem a gente aguarda uma coisa assim, o que a gente quer é estruturar algumas coisas para que possam refletir em outras e outras políticas.</p> <p>O SUS tá aí, precisamos fazer parte desta história e por isso pensamos em produzir um documento, uma apresentação, uma carta e que a gente pudesse fazer essa mensagem circular.</p> <p>Precisamos desenhar melhor a estratégia e reunir alguns dados, para então fazermos propostas. Os dados serviriam para explicitarmos o quanto o Apoio Matricial é importante, mas a verdade é que nós não temos esses dados assim sistematizados.</p> <p>Percebemos também que precisamos nomear o que queremos e indicar coisas concretas que desejamos para melhorar nossa situação. Queremos: rever a proporção entre o número de Equipes de Referências para cada equipe de Apoio</p>

Matricial, construir estratégias para dialogar com os diferentes recursos da rede, rever a estrutura do tempo, pensando em pactuar com a gestão uma forma de reconhecer o tempo que dedicamos ao Apoio, pensar na agenda. Enfim, mais autonomia para nosso processo de trabalho!

Estamos falando em redimensionamento de equipe, em retaguarda para o Apoio, possibilidade de negociar a agenda e tem até uma coisa emblemática: a questão de nos inserirmos nos sistemas de informação.

Uma parte do nosso grupo está um pouco descrente da possibilidade de conquistar mudanças, mas outra acha que é possível começar a instaurar mudanças no plano das relações de trabalho e da micropolítica, enfim.

Alguns de nós sugerimos começarmos participando da Rede Mista que reúne diferentes profissionais, de diversos serviços. Outros de nós pensamos em manter diálogo com o grupo (de pesquisa) do Gastão para conseguir os contatos dos outros profissionais e também para aproveitarmos os dados da pesquisa.