

Psicologia em Pesquisa

<https://periodicos.ufjf.br/index.php/psicologiaempesquisa>

Concepções de profissionais da gestão e dos serviços de saúde sobre matriciamento

Management and health service professionals' conceptions about matrix support

Concepciones de profesionales de la gestión y de los servicios de salud sobre el soporte matricial

Alexandra Iglesias¹, Meyrielle Belotti², Gabriele Izaguirres Ortiz³ & Luziane Zacché Avellar⁴

¹ Universidade Federal do Espírito do Santo. *E-mail:* leiglesias@gmail.com *ORCID:* <https://orcid.org/0000-0001-7188-9650>

² Universidade Federal do Espírito do Santo. *E-mail:* meyrielle.belotti@ufes.br *ORCID:* <https://orcid.org/0000-0003-3901-4656>

³ Universidade Federal do Espírito do Santo. *E-mail:* gabrieleizaortiz@hotmail.com *ORCID:* <https://orcid.org/0000-0002-4382-0784>

⁴ Universidade Federal do Espírito do Santo. *E-mail:* luzianeavellar@yahoo.com.br *ORCID:* <https://orcid.org/0000-0003-3125-2174>



Informações do Artigo:

Alexandra Iglesias
leiglesias@gmail.com

Recebido em: 03/06/2022
Aceito em: 08/03/2023

RESUMO

Objetivou-se compreender as concepções de profissionais da gestão e dos serviços sobre o matriciamento. Utilizou-se a técnica do Grupo Focal para coleta de dados. Seguiu-se com a análise lexical do tipo Classificação Hierárquica Descendente com o auxílio do software Iramuteq. Os resultados delinearão seis classes: i. Processos de organização do Matriciamento; ii. Experiências relacionadas ao Matriciamento; iii. Funções e expectativas em relação ao Matriciamento; iv. Diretrizes do Matriciamento e alguns avanços; v. Potencialidades e necessidades para consolidação do Matriciamento; e vi. Matriciamento: realidades e desafios.

PALAVRAS-CHAVE:

Sistema Único de Saúde; Gestão em Saúde; Matriciamento; Concepções de Profissionais.

ABSTRACT

This study aimed to understand management and service professionals' conceptions about matrix support. The Focal Group technique was used for data collection. It was followed by a lexical analysis of the Descending Hierarchical Classification type with the aid of the Iramuteq software. The results outlined six classes: i. Matrix support organization processes; ii. Experiences related to matrix support; iii. Roles and expectations regarding Matrix support; iv. Matrixing guidelines and some advances; v. Potentialities and needs for consolidation of Matrix support; and vi. Matrix support: realities and challenges.

KEYWORDS:

Unified Health System; Health Management; Matrix Support; Professionals' Conceptions.

RESUMEN

El objetivo fue comprender las concepciones de los profesionales de gestión y servicios sobre el soporte matricial. Para la recolección de datos se utilizó la técnica del Grupo Focal. A esto le siguió el análisis léxico del tipo Clasificación Jerárquica Descendente con la ayuda del software Iramuteq. Los resultados destacaron seis clases: a) Procesos de organización matricial; b) Experiencias relacionadas con el soporte matricial; c) Roles y expectativas con respecto al soporte matricial; d) Pautas de matrizado y algunos avances; e) Potencialidades y necesidades para la consolidación del apoyo matricial; f) Soporte matricial: realidades y desafíos.

PALABRAS CLAVE:

Sistema único de Salud; Gestión en Salud; Apoyo Matricial; Concepciones de los profesionales.

Nas últimas décadas, o matriciamento vem sendo demarcado como uma estratégia importante para o fomento da cogestão, do trabalho interprofissional e em rede (Iglesias & Avellar, 2019). Nessa concepção, ganha destaque a visão ampliada do processo saúde/doença envolvendo: a clínica ampliada, a interdisciplinaridade, o diálogo e a interação entre profissionais de saúde. O que se almeja, no caso, é a desconstrução da lógica hierarquizada, bem como dos procedimentos burocráticos de referência e contrarreferência, que podem gerar fragmentação, descontinuidade e (des)responsabilização da atenção.

Assim, o matriciamento representa a construção compartilhada de uma proposta interativa entre os diversos saberes indispensáveis à produção do cuidado integral. Sua proposta busca assegurar uma retaguarda especializada às equipes encarregadas da atenção aos problemas de saúde de maneira personalizada, instituindo uma relação interprofissional democrática, com vistas a fomentar integralidade e corresponsabilidade do cuidado (Castro & Campos, 2016).

Os fundamentos teórico-metodológicos que sustentam a prática do matriciamento destoam dos modelos de gestão tradicionais do trabalho em saúde. De modo geral, esse modelo de organização dos serviços de saúde atua contra a construção do trabalho conjunto, integrado e em rede. Há uma rigidez para a flexibilidade do aprendizado coletivo no cotidiano dos serviços e do território, que solicita disponibilidade de tempo para promover a interlocução com os atores envolvidos no cuidado em saúde. Tal realidade se faz presente, pois, por vezes, impera no trabalho em saúde a lógica de produtividade sustentada por metas coerentes com o modelo biomédico, com caráter curativista, orientado pelo conceito de saúde como mera ausência de doença (Belotti, 2019).

Soma-se a esse cenário, o fato de as equipes envolvidas no matriciamento compreenderem essa estratégia de formas diferentes. Essa diversidade de entendimentos pode dificultar o diálogo e produzir um fazer fragmentado e individualizado, reforçando a concentração de poder em determinadas categorias profissionais (Bispo & Moreira, 2018).

Diante do exposto, observa-se que a prática do matriciamento vem sendo construída com inúmeros embates e desafios, sendo importante compreender os entendimentos dos profissionais dos serviços e da gestão sobre essa prática, a fim de favorecer o debate sobre a construção e organização dos serviços de saúde coerentes com a integralidade do cuidado, a cogestão, o trabalho interprofissional e em rede. Desta forma, este estudo teve como objetivo

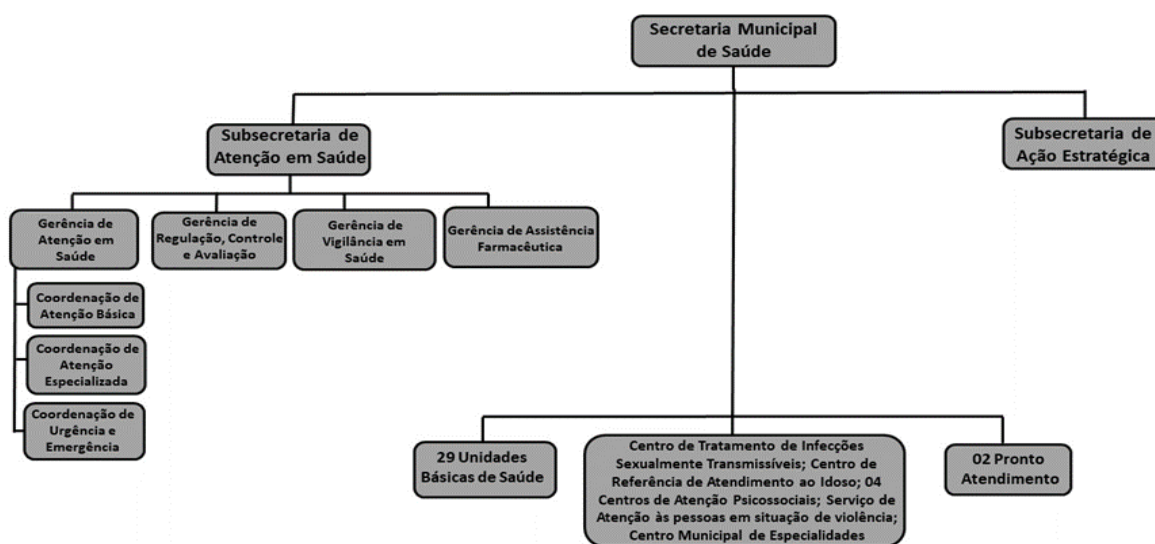
compreender as concepções de profissionais da gestão e dos serviços sobre o matriciamento em vigor na esfera municipal.

Método

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, realizada em um município do sudeste brasileiro que há 16 anos trabalha com a proposta do matriciamento, articulando alguns serviços especializados como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), o Centro de Atendimento ao Idoso e a Atenção Básica (AB) por meio desta estratégia. A Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) desse município é composta conforme apresentado na Figura 1. Destaca-se, nessa pesquisa, a participação de profissionais e diretores dos serviços dessa rede municipal e da Gerência de Atenção à Saúde (GAS).

Figura 1

Organograma SEMUS



Fonte: Autoria própria

Foram enviados convites de participação para todos os serviços municipais de saúde, os quais indicaram, de acordo com interesse do profissional de saúde, um representante de cada estabelecimento com diferentes formações. Convidou-se também todos os trabalhadores da GAS e diretores dos serviços. Vale frisar, no último caso, a participação de ao menos um diretor da Atenção Básica de cada uma das seis regiões de saúde do município e todos os diretores dos serviços especializados.

Para este estudo, foram realizados quatro grupos focais (GF) com participação média de 13 integrantes em cada grupo. Estiveram presentes profissionais da gerência (PGer) e dos serviços (PServ) diretamente ligados a esta gerência e diretores desses serviços (DServ), totalizando 54 participantes. Cada GF teve duração média de 120 minutos e contou com um roteiro orientador com os seguintes tópicos: a) concepção sobre matriciamento; e b) possibilidades e desafios para efetivação dessa prática. As sessões foram gravadas em arquivos digitais de áudio e transcritas posteriormente.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Espírito Santo em dezembro de 2017 (nº.CAAE:78607417.5.0000.5542 e nº do Parecer 2.410.025) e pela SEMUS. Todos os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em atendimento à Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

As transcrições provenientes dos GF foram organizadas conforme as orientações do software Iramuteq (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*) gerando um corpus textual que foi submetido à análise lexical do tipo Classificação Hierárquica Descendente (CHD). A CHD é um método que relaciona e classifica os segmentos de textos (ST) a partir do seu vocabulário, resultando em um esquema hierárquico de classes de vocabulários. Assim, esse método permite obter classes compostas por ST que possuem vocabulários semelhantes e distintos dos segmentos de outras classes (Camargo &

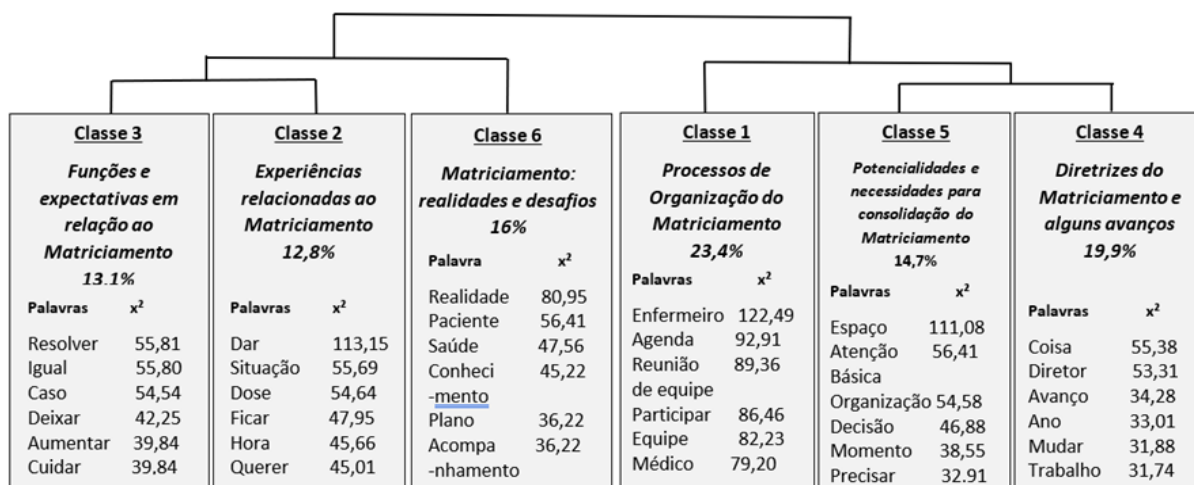
Justo, 2013). Ademais, o software permite identificar no corpus os segmentos de textos de cada classe, esse recurso garante que o pesquisador possa compreender o contexto em que aquele vocabulário foi utilizado (Camargo & Justo, 2013). A escolha por esse software se deu por conta do volume de material e também com o intuito de ter uma fidedignidade na análise.

Resultados

O corpus textual submetido à CHD desdobrou-se em 1.370 segmentos de textos, com 48.572 ocorrências e 2.171 formas distintas, tendo um aproveitamento de 96,64%. O corpus foi dividido em seis classes, segundo a Figura 2:

Figura 2

Dendograma da CHD do Corpus “Matriciamento”



A classe 1 é formada por 23,4% do material analisado, sendo denominada “Processos de organização do matriciamento”. Essa classe traz informações sobre como o matriciamento ocorre, quem participa e onde acontece. As palavras com maiores qui-quadrados (x^2) são: “enfermeiro”, “agenda” e “reunião de equipe”. Os participantes destacam diferenças de operacionalização do matriciamento de acordo com a Unidade de Saúde (US) em que ocorre. É oportuno distinguir, por exemplo, a US com Estratégia de Saúde da Família (ESF) e uma US

tradicional, assim como o enfoque do matriciamento de saúde do idoso ou saúde mental. Em algumas US, a reunião de matriciamento acontece em encontros realizados pela própria equipe, ao passo que em outras Unidades são organizadas reuniões específicas para tratar acerca do assunto.

Os dados demonstram também que, em algumas realidades, participam: fonoaudiólogo, profissional de educação física, farmacêutico ou outro representante dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB).

Mas é certo que existem dificuldades nos serviços de conciliar todos os profissionais em uma mesma reunião, às vezes acontece de ter só assistente social, só psicólogo, só enfermeiro e aí essa discussão de caso, nem sempre, é tão rica e resolutivo quanto poderia ser (PServ).

Para outro participante: "Há dificuldade em algumas US do médico participar por conta de agenda, varia muito se o diretor libera agenda, se tem esse planejamento, de como é feito, a equipe que matricula" (PServ).

Os participantes acrescentam, ainda, o modo como tem acontecido o matriciamento: "Recentemente na US, nós selecionamos os pacientes para o matriciamento e discutimos o caso, se não tivermos alguma informação do ACS, tentamos recolher para no matriciamento já ter essas informações e isso tem funcionado bastante" (PServ). Contudo, de acordo com outro participante: "Ocorre algumas vezes que o próprio matriciador traz um caso que a equipe não tem conhecimento" (PServ). De qualquer modo, os participantes entendem que "a equipe tem que estar organizada localmente, fazendo reuniões de equipe, que nem sempre são potentes, tem reunião de equipe que se usa para poder lanchar, não tem discussão de caso, nem todos profissionais participam" (PGer).

A classe 2 representa 12,8% do material analisado, sendo nomeada como “Experiências relacionadas ao matriciamento”. As palavras com os maiores χ^2 são: “dar”, “situação” e “dose”. Neste sentido, os participantes dão exemplos de situações vividas no tocante ao matriciamento, como a intensificação da estratégia de dose supervisionada para pessoas em sofrimento psíquico que fazem uso de psicotrópicos.

Tínhamos um caso de abandono do tratamento de tuberculose pela terceira vez. Então, em uma discussão de caso, vimos que essa paciente não pára em casa, ela mora sozinha, a família já cansou (...). Ela não fica em casa, mas também não sai do bairro, então, onde ela come? ‘Ah tem a fulana que tem um restaurante que serve uma marmita, entrega comida a ela todo dia’. Se ela vai lá todos os dias, é lá que ela vai fazer a dose dela. Não é o ideal, não é o que o Ministério da Saúde recomenda para ser considerado TDO [tratamento diretamente observado] (...) mas isso é possível? Não. Não é falta de interesse dos profissionais, uma falta de ir atrás, fazer vínculo na US. (...) Então, vamos avaliar clinicamente, acompanhando os exames dela para ver se vai dar certo e estamos com quase dois meses de TDO. Vai dar certo? Estamos torcendo. Então, são estratégias que vamos construindo, que muitas vezes quebram e fogem dos protocolos (PServ).

Os participantes relatam também situações em que foi necessária a articulação com outro município vizinho para garantir o cuidado do usuário e de sua parceira residente nesta outra localidade. Destacam, ainda, situações trazidas pela escola e a temática da violência que atravessam as discussões do matriciamento. Observou-se o relato por parte dos participantes de casos que foram “meio que naturalizados, por exemplo, o uso abusivo de drogas”.

Diferentemente da automutilação e suicídio que estão na crista da onda, todo mundo ainda se apavora quando vê que o uso abusivo de drogas está naturalizado e, às vezes, seja na discussão do matriciamento ou não, ninguém quer mais fazer nada e se alguém

quer fazer meio que ri da sua cara: “não dá para fazer nada”, sendo que às vezes precisa de um vínculo novo, de uma nova aposta para a pessoa (PServ).

Os participantes destacam que é importante trazer os casos das pessoas em situação de rua para o debate matricial: “Nós achamos que o matriciamento não consegue trazer as questões das pessoas em situação de rua, porque acaba que a ESF absorve o tempo, fica separado no momento que está se discutindo” (PServ).

A classe 3 representa 13,1% do material analisado, sendo nomeada como “Funções e expectativas em relação ao matriciamento”. A principal expectativa apontada pelos participantes faz referência à ideia do matriciador “resolver” os casos mais complexos presentes na AB, de modo que a palavra com o maior χ^2 nesta classe é “resolver”, conforme ilustrado na frase do participante:

A expectativa é entregar o caso para atenção especializada e: ‘resolvi, agora o caso não é mais nosso’. E o serviço especializado com a sensação que a Atenção Básica quer se desresponsabilizar (...) e o matriciamento é para nós aprendermos a cuidar juntos (PGer).

Nesta discussão, os participantes salientam que, por vezes, a expectativa com o matriciamento é de poder encaminhar o caso ao serviço especializado: “Os profissionais reclamam: Ah, o CRAI não ajudou nada; o CAPS não ajudou nada. Porque queria encaminhar, aí eu: ‘O que é não resolver nada?’ A resolução é pensada como encaminhamento” (PGer).

Em relação à função do matriciamento, os participantes destacam que se trata de: “Resolver os casos, dar mais agilidade e qualificar os atendimentos”, “Fazer um PTS, fazer um atendimento compartilhado”, “Pensar na inserção da pessoa em atividades do território”, “Aumentar a resolutividade da Atenção Básica”.

Desta forma, segundo um participante: “O matriciamento proporciona um olhar para o cuidado das pessoas no território. Algumas vezes o usuário não chega ao serviço especializado, mas ele recebe um suporte da especialidade para o seu cuidado no território onde ele se encontra” (DServ). Para outro participante, o matriciamento cumpre sua função em

ajudar as equipes a discutir caso, dando uma direção, o que fazer: olha, o caso que tem mais ou menos essas características aqui por uma estratificação de risco, a Atenção Básica tem a tecnologia para cuidar, o CRAI e o CAPS estão aqui juntos apoiando (PGer).

De acordo com os participantes, o matriciamento tem a função de contribuir com o reconhecimento e identificação de “alguns problemas que às vezes ficavam despercebidos no território” (PServ), bem como para “ensinar a aceitar e entender que não conseguimos resolver tudo e que não temos a resposta para tudo, porque às vezes a equipe fica naquele sofrimento que não consegue resolver aquele caso” (PServ). Outra função trazida pelos participantes faz menção à possibilidade de estreitamento de vínculo entre profissionais da AB e da Atenção Especializada, nisso que os trabalhadores passam a se conhecer e ter o outro serviço como suporte: “Vejo o matriciamento muito com essa questão do fortalecer, arejar, trazer um novo” (PServ).

A classe 4 representa 19,9% do material analisado, sendo denominada “Diretrizes do matriciamento e alguns avanços”. Nesta classe, os participantes descrevem o processo de construção do documento “Diretrizes Municipais de Matriciamento”, assim como alguns “avanços” ($\chi^2=34,28$) percebidos ao longo destes 16 anos de implantação desta estratégia no município.

Em relação à construção/elaboração do documento “Diretrizes Municipais de Matriciamento”, os participantes descrevem que foi feita uma pesquisa a partir da criação de um questionário para as equipes da AB, com perguntas avaliativas sobre o matriciamento. Essa pesquisa possibilitou a construção de um “esqueleto de documento”, que foi levado para discussão com os serviços envolvidos no matriciamento.

“Foram feitas oficinas para discussão dos pontos que compuseram o documento, com a participação de um profissional de cada categoria, o odontólogo da US tal, o médico da US tal, o assistente social da US tal” (PGer). Esse documento foi, então, levado para uma “consulta pública na Rede [informatizada do município], por 20 dias, para todo mundo contribuir” (PGer). Foi realizada outra oficina com o material proveniente dessa consulta, com aqueles mesmos grupos de trabalho. “As pessoas puderam opinar nesse documento de novo. Depois nós fomos para os serviços que matriciam e terminamos de lapidar” (PGer).

Os avanços são trazidos pelos participantes ligados às diretrizes, como na seguinte fala: “O maior avanço foi conseguir sedimentar isso, independente da gestão que vem, a partir do momento que você sedimenta, você assegura certa garantia, é o caso da publicação do documento da diretriz” (PGer). Esclarecem que, a partir dessa diretriz, os quatro CAPS do município passaram a trabalhar com o matriciamento, chegando a participar na AB de uma mesma reunião: CAPS infanto-juvenil, CAPS ad e CAPS que trabalha com pessoas em sofrimento psíquico grave.

Hoje nós temos um calendário, porque eu vejo que dificultava muito cada serviço ir em uma data específica, (...) muitas vezes tinha agenda organizada para esse encontro e não acontecia por falta de carro, então para melhorar essa logística, para potencializar os CAPS enquanto Saúde Mental, criou-se um espaço único, que às vezes na mesma família tem usuários nos três CAPS, então aí já se discute conjuntamente (PServ).

Compareceram falas que destacam avanços no que diz respeito à “integração entre profissionais” e ao “diálogo” a partir da prática matricial. Para um participante:

Acho que esse compartilhamento de saber, de fazer, (...) tem algo ali que pode complementar nesse fazer clínico. Não é alguém que chega lá e sabe mais, mas tem algo ali que pode levar a um crescimento do fazer cotidiano (PServ).

Nesta discussão, os participantes associam os avanços do matriciamento à figura de alguns diretores. Para eles, quando o diretor se articula com os profissionais do serviço, com a comunidade e com a gerência, proporciona um ambiente favorável ao matriciamento.

A classe 5, por sua vez, representa 14,7% do material analisado, nomeada como “Potencialidades e necessidades para consolidação do matriciamento”. Os participantes trazem como uma das principais necessidades para a consolidação do matriciamento a “organização” ($\chi^2=54,58$) e “qualificação” ($\chi^2=28,42$) de certos “espaços” ($\chi^2=111,08$) da Atenção Básica ($\chi^2=56,41$). Nas palavras de um participante: “Nós, enquanto Atenção Básica, precisamos reconhecer alguns espaços melhor, no sentido de diagnóstico situacional do território, aprimorar a equipe, melhorar a organização, qualificar aquilo que chega para dentro da reunião” (PServ).

Os participantes entendem que se faz necessário incentivar ações compartilhadas entre os serviços em um processo formativo. Ademais, é essencial que “a gestão esteja ligada aos serviços na organização das agendas tanto dos serviços especializados quanto da Atenção Básica” (PServ). Na fala de outro participante: “Precisa ter esse olhar do gestor e talvez os gestores também precisam ser matriciados, porque às vezes a maioria dos colegas não participa e não aposta nesses espaços” (PServ). Assim, os participantes enfatizam a relevância de trabalhar com os envolvidos no matriciamento a divisão de responsabilidades, de modo que o matriciamento faça sentido para ambas as partes, “tanto para a US que está recebendo quanto

para quem está indo” (PServ). Salientam, ainda, a importância da realização de formações e capacitações acerca do matriciamento:

Os profissionais têm uma ideia do matriciamento que não condiz com a realidade, como se fosse só discussão de caso, então, na medida em que são envolvidos neste processo de capacitação, você vai adentrando por este conhecimento, por uma escuta, sensibilizando (PGer).

Além desta necessidade de formação específica em matriciamento, os participantes falam de estudos dentro das reuniões de equipe sobre assuntos ligados à prática matricial, como Atendimento compartilhado, Trabalho com grupos e Projeto Terapêutico Singular (PTS).

Também prevaleceram nesta classe as potencialidades do Matriciamento. Os participantes que identificaram a necessidade de organização dos serviços para a consolidação do matriciamento, mencionaram ainda a potencialidade de promover a organização de processos de trabalho. Segue o relato: “Com o matriciamento, ganha-se muito na organização interna do serviço, na qualificação dos seus espaços de gestão do cuidado e de gestão do serviço mesmo, e até do seu saber qualificado: isso aqui eu consigo, isso é meu” (PGer). Para os participantes, trata-se de “um espaço de troca que qualifica a intervenção (...) Nós nos apropriamos mais dos casos que temos que dar conta” (PServ). Além disso, eles falam da potencialidade do matriciamento por meio do encontro entre duas equipes, uma busca passar para a outra mais “segurança” nos casos mais complexos. “Isso impacta diretamente na redução do número de encaminhamentos desnecessários, no maior reconhecimento e acompanhamento do idoso naquele território” (PServ).

Por fim, a classe 6 representa 16% do material analisado, foi denominada “Matriciamento: realidades e desafios”. Nesta classe, os participantes apresentam mostram a “realidade” ($\chi^2=80,95$) dos serviços e dos “pacientes” ($\chi^2=56,41$), bem como os desafios que atravessam o matriciamento. São realidades complexas que demandam ações intersetoriais: “O cuidado à família, o coletivo é muito complexo, não perpassa só questões de saúde, às vezes você tem que fazer um apoio até intersetorial” (PServ).

A realidade dos serviços apresentada pelos participantes se relaciona com alguns desafios vivenciados, como, por exemplo, a falta de “reunião de equipe na US”, a “defasagem salarial”, a falta de algumas categorias profissionais (principalmente médico e do nutricionista) e a rotatividade dos trabalhadores de saúde. Os participantes entendem que essa rotatividade também está ligada à defasagem salarial, a qual, por conseguinte, tem relação com o posicionamento de alguns profissionais, no sentido de estes não se envolverem no matriciamento.

Eu percebo que, pela estrutura e trajetória deste município na saúde, a cobrança e o papel do profissional é maior. Nos outros municípios, talvez bastaria sentar no consultório, atender e ir embora. Aqui não. (...) Tudo isso que nós estamos fazendo tem rebatimento sobre nós e aí se você não tem na balança nada que compensa, a tendência é realmente atender aquelas três, duas horas e pronto. Isso vai afetar o matriciamento (PServ).

Além disso, comparece o desafio de organizar uma agenda: “às vezes você está com uma porta lotada, aí você tira um médico, um enfermeiro do atendimento para estar nesses lugares. Você tem que acreditar e apostar. É um lugar que é ameaçado o tempo inteiro (...)” (PGer). Assim, existe a falta de tempo de discussão entre AB e serviços especializados: “Muitas

vezes não temos mesmo tempo de discutir os casos e os encaminhamentos às vezes ficam por mensagem ou por outras vias de comunicação que não o matriciamento” (PServ).

Neste desafio de construção coletiva, um participante exemplifica:

Tem alguns colegas que falam assim: ‘Não é meu papel como psicólogo organizar reunião de ESF’; ‘Não é meu papel como farmacêutico’; ‘Isso é papel do diretor’. Então é delicado, mas é trazer todo mundo para esse lugar da cogestão, todo mundo é responsável por isso. É a nossa reunião de equipe (PSer).

Acontece de o profissional do serviço especializado ter que organizar reunião na AB. Várias vezes eu cheguei e a equipe não estava preparada para receber, eu que tinha que percorrer a US atrás de uma cadeira para colocar e sentar, arrumar a sala, organizar a reunião. Outra coisa, às vezes, eu levava a demanda do meu serviço para discutir com outro profissionais, (...) como eu não sou da mesma categoria daquele profissional, ele não aceitava (PServ).

Discussão

Os resultados deste estudo reafirmam algumas potencialidades, como também possibilitam a problematização sobre a organização do matriciamento e possíveis fragilidades contextuais que podem enfatizar um desvio dos pressupostos originais dessa estratégia. Os participantes desta pesquisa trazem a experiência (classe 2) de uma prática inventiva, integral, articulada com o território, possível a partir do encontro matricial entre vários olhares e perspectivas. É a partir deste coletivo que os profissionais envolvidos, aparentemente, se autorizam a construir possibilidades de cuidados que “quebram e fogem dos protocolos” relacionados ao tratamento de tuberculose, por exemplo, e ampliam estratégias ou parcerias, inclusive com o território, para a garantia de uma atenção em saúde possível. Nesta discussão, os participantes também destacaram movimentos de conexão entre municípios e entre setores

para garantia de cuidado provocados pelo matriciamento como, por exemplo, quando se articulam com a escola para a discussão de um determinado caso ou quando interagem com um município vizinho para garantir o cuidado do usuário e sua parceira residente nesta outra localidade.

Entende-se que a convocação de todas essas conexões apresentadas nestas “Experiências relacionadas ao matriciamento” (classe 2) se referem àquela complexidade das realidades mostrada na classe 6. De acordo com Morin (2015), a complexidade faz referência ao que é tecido em conjunto e, por isso, não comporta unicamente uma separação das partes para sua compreensão. Nas palavras do autor, “a complexidade se apresenta com os traços inquietantes do emaranhado, do inextricável, da desordem, da ambiguidade, da incerteza...” (Morin, 2015, p. 13); o que significa dizer que essa realidade requer, igualmente, um pensamento complexo para lidar com ela. Trata-se de um pensamento que almeja a distinção, mas não para separar, a intenção é ligar, diferenciar os vários saberes e no mesmo movimento integrá-los (Morin, 2015).

Baeta e Melo (2020) discutem expressamente a relação do matriciamento e a Teoria da Complexidade de Edgar Morin, tomando como fundamento a palavra articulação. Para os autores, a não-linearidade e a incompletude do conhecimento apresentadas pela Teoria da Complexidade dão sustentação à proposta do matriciamento, que se refere à articulação dos diversos saberes, setores e atores sociais para a promoção à saúde.

Em se efetivando o matriciamento a partir do que ele se propõe, os resultados desse estudo destacam ainda outras potencialidades (classe 5): i. organização dos processos de trabalho; ii. qualificação dos encaminhamentos dos usuários a outros serviços e setores; iii. apropriação do território pelas equipes da AB e pelos serviços especializados; e iv. ampliação da segurança dos trabalhadores para o cuidado envolvendo as situações mais complexas.

Certamente, tem-se as repercussões decorrentes do próprio objetivo do matriciamento de mudança das relações verticalizadas entre as equipes e os serviços para uma operacionalização democrática e contextualizada do trabalho em saúde (Campos, 2007).

Neste processo de compartilhamento de saberes e práticas entre a AB e os serviços especializados, o matriciamento cumpre sua função formativa no sentido de possibilitar que os profissionais se sintam mais instrumentalizados para o cuidado das mais diversas situações de saúde que comparecem nestes serviços. Além disso, favorece direcionando aos especialistas unicamente àqueles casos que necessitam de tecnologias de atenção além das disponibilizadas neste nível de atenção ou das surgidas nos encontros entre esses serviços (Iglesias et al., 2016). Ocorre uma mudança dos processos de trabalho, já que a lógica matricial requer uma organização de práticas mais compartilhadas entre profissionais e equipes por meio de atendimento conjunto, trabalho com grupos, elaboração de PTS, dentre outras ferramentas, além daquelas consultas individuais por parte dos trabalhadores.

Contudo, não basta enunciar um trabalho pautado na lógica matricial para que o matriciamento aconteça efetivamente. Segundo Oliveira (2013, p. 266), há que se proporcionar as condições essenciais à operacionalização do matriciamento: “Número e qualificação dos profissionais disponíveis; cultura organizacional dos gestores e dos trabalhadores envolvidos; rede de serviços disponíveis; organização do processo de trabalho nos serviços”. Por isso, determinadas potencialidades de transformação na organização do SUS provocadas pelo matriciamento coincidem com as premissas necessárias para a realização desta estratégia.

Os resultados da pesquisa tratam dessa recursividade quando os participantes identificam a necessidade de organização dos serviços para a consolidação do matriciamento, como também evidenciam a sua potencialidade para promover a organização de processos de trabalho. Neste ponto, é possível convocar mais uma vez a Teoria da Complexidade, no que

concerne a não-linearidade dos fenômenos e ao seu Princípio Recursivo, que afirma o quanto “os produtos e os efeitos são produtores e causadores do que os produz” (Morin, 2007, p. 28). Isto significa dizer que essa organização dos processos de trabalho pode ser produzida, também, pelas interações provocadas pelo matriciamento, mas essa reorganização dos processos de trabalho, uma vez presente, retroage sobre o matriciamento e o produz.

Dito isso, entende-se que não cabe esperar as condições ideais para deflagrar e insistir com o matriciamento. Não significa negar a importância dessas condições descritas por Oliveira (2013) para a consolidação do matriciamento, nem rejeitar aquelas necessidades (classe 5) e desafios (classe 6) ressaltados pelos participantes dessa pesquisa, como: rotatividade de profissionais, ausência de espaços de encontro, falta de profissionais, disponibilidade de agenda para o encontro, defasagem salarial, e desinteresse de alguns trabalhadores. Compreende-se que o matriciamento pode atuar ao pressionar por melhorias nestas condições de trabalho. Ou seja, na superação de certas necessidades e desafios, na direção de contribuir com a afirmação da Cogestão, que em sua proposta de articulação entre trabalhadores, usuários e gestores, objetiva fomentar a produção de sujeitos autônomos e protagonistas no processo de promoção à saúde (Campos, 2007).

Acredita-se que trazer os usuários e o território para dentro do matriciamento, de modo que faça sentido também para eles, torne possível assegurar uma agenda regular de encontros matriciais, com o maior número possível de participantes. Trata-se de um movimento, tal como trazido por Franco e Merhy (2005), de criação de outro referencial para os usuários, trabalhadores e gestores, que transcenda a demanda por procedimentos, resignificando a ideia do cuidado por meio da valorização das "tecnologias relacionais muitas vezes relegadas em função da dureza do modelo hegemônico e da própria forma como esse modelo está estruturado na cabeça de cada trabalhador e usuário” (p. 13-14). Neste movimento de aproximação com o

usuário e seu território, o caminho de acesso aos gestores se estreita na direção de estar junto aos serviços nesta empreitada, sendo trazido pelos participantes como uma necessidade.

Aparentemente, neste município há certo movimento de afirmação do matriciamento como uma política pública que possa permanecer mesmo na mudança de governo, na medida em que se propõe à escrita coletiva de um documento orientador das práticas matriciais, as “Diretrizes municipais do Matriciamento” (classe 4). O documento apresentado pelos participantes como um avanço relacionado ao matriciamento inaugura uma articulação entre os CAPS do município, para que possam ir à AB trabalhar com o matriciamento. Isso é entendido pelos participantes como uma possibilidade de fortalecimento da área de Saúde Mental e, conseqüentemente, do cuidado daqueles casos que às vezes ficavam “despercebidos no território”. Talvez esse também seja o caminho de superação daquela dificuldade anunciada pelos participantes, no que se refere à discussão dos casos relacionados ao uso abusivo de álcool e outras drogas e das pessoas em situação de rua.

Tal cenário revela a efetivação de outra função ligada ao matriciamento: a integralidade da atenção. No mesmo contexto, comparecem relatos de práticas relacionadas ao matriciamento que salientam um desvio da proposta, na medida em que se aborda nesta pesquisa (classe 3) uma impressão de desresponsabilização da AB por casos discutidos no matriciamento, quando a “expectativa é entregar o caso para atenção especializada”.

O recorte da realidade ressalta que o encontro colaborativo entre essas equipes não está definido, necessariamente, pelo matriciamento, nem o entendimento sobre sua prática na direção da articulação de rede. Trata-se de uma relação que precisa ser construída por intermédio de processos de formação participativos, bem como de encontros regulares dos diversos atores sociais para o exercício das negociações constantes e possível criação de vínculo também entre trabalhadores.

É preciso compreender aquela expectativa de encaminhamento e de resolução do caso pelo outro; colocar essa problemática para discussão em roda, tendo em vista que essa demanda pode mostrar diferentes direções: a sobrecarga de determinada equipe que visualiza no encaminhamento uma possibilidade de “dar uma respirada e correr atrás de outro [caso] que não está querendo ir para lugar nenhum, (...) e a situação também está muito grave” (Iglesias, 2015, p. 244). Retratar um discurso da especialidade que desautoriza o saber-fazer da equipe de cuidados primários (Medeiros, 2015); ou ainda, ressaltar uma relação pouco propícia para construção conjunta que reforça, por meio do matriciamento, uma lógica prescritiva, hierárquica e fragmentada.

Medeiros (2015) destaca que a atribuição do gerenciamento da atenção em saúde para uma das equipes desse sistema pode representar um signo da insistência da verticalização também no matriciamento, de modo que a posição subjetiva das equipes da AB no encontro matricial está submetida ao protagonismo da expertise de seus matriciadores, inclusive no que diz respeito à organização de uma reunião na AB, tal como mostrado na classe 6. Contrário a essa organização, o autor defende que a equipe matricial seja aquilo que resulta do encontro, no território, de equipes, serviços ou profissionais que, apesar de ocuparem lugares específicos e diferentes, são igualmente importantes na constituição do cuidado a partir do matriciamento.

A operacionalização do matriciamento descrita nesta pesquisa (classe 1), no tocante à discussão de caso, ora acontece a partir de uma demanda da AB, ora a partir de um caso trazido pelo serviço especializado. Pode-se enfatizar a construção de uma relação transversalizada, no sentido de ressaltar a interdependência entre esses atores, sem atribuição de valores de importância de um ou outro, naquela lógica de quem “recebe” e “leva” o matriciamento.

Diante do que foi dito até aqui, é possível mencionar: há encontro, na medida em que os participantes anunciam avanços na “integração entre profissionais” e no “diálogo”, bem como um estreitamento de vínculo entre profissionais da AB e da Atenção Especializada. Mas também há saberes em disputa quando, por exemplo, um profissional não aceita discutir o caso com outro trabalhador de categoria profissional diferente, como também mencionado na classe 6.

Advoga-se por investimentos nas relações entre as equipes, que é o que vai definir “o sucesso da utilização de certos dispositivos, como a construção compartilhada do caso, a consulta conjunta, a educação permanente, a análise institucional. Todos representando métodos horizontais (equacionados) de relação entre equipes (sistemas) no procedimento matricial” (Medeiros, 2015, p.1177).

Isso envolve, como dito, um olhar para a formação acadêmica desses trabalhadores na direção de investir em espaços de integração entre os cursos dentro das universidades, mas também uma atenção e acolhimento das demandas dos profissionais de saúde de formações em serviço, como mostrado nesta pesquisa (classe 5). Certamente, as “capacitações” não são panacéias da saúde, mas têm potencialidades, principalmente quando sustentadas em uma lógica participativa e contextualizada. Podem promover mudanças nas práticas de cuidado, acrescentar outras ferramentas ao matriciamento além da discussão de caso, fazer “entender que não conseguimos resolver tudo e que não temos a resposta para tudo” (PServ).

Certamente, são identificadas diferenças nos “Processos de organização do matriciamento” (classe 1): se a US é regida pela ESF ou não, se o enfoque é saúde mental ou saúde do idoso, se o encontro vai acontecer em uma reunião de equipe ou em reunião específica de matriciamento. É preciso questionar algumas dessas organizações para que o matriciamento não se perca em noções que fogem à intenção original de articulação/integração como, por

exemplo, encontros matriciais que acontecem há cada dois meses, por duas horas. Fica o questionamento sobre a possibilidade de construção de rede em tão curto tempo, destacada como desafio pelos participantes. Tal como mencionado, é importante “avaliar” o matriciamento continuamente para “avançar” e “potencializar”, incluindo a sua ampliação para outras áreas de atuação da saúde. E isso também é possível naqueles processos formativos de encontro entre vários olhares, saberes e práticas.

Considerações Finais

O estudo proposto objetivou compreender as concepções de profissionais da gestão e dos serviços sobre o matriciamento em vigor na esfera municipal. Os participantes caracterizam o matriciamento como uma prática inventiva, integral e articulada com o território. Fica evidente que os espaços coletivos, orientados pela lógica matricial, podem proporcionar a criação e ampliação de novas formas de cuidado, permitindo às equipes pensar a prática além daquilo que comparece nos protocolos. Ademais, o matriciamento foi destacado com uma estratégia importante para a articulação de parcerias entre os diferentes setores da rede, como também entre municípios, a fim de garantir um cuidado integral.

Os resultados permitem identificar fragilidades nos encontros matriciais que podem levar a um desvio de sua proposta original de afirmação de relações transversalizadas. Sobressaem nesta pesquisa como desafios organizacionais e relacionais que afetam o matriciamento: i. a ausência de espaço de encontro; ii. a defasagem salarial; iii. a rotatividade dos profissionais de saúde; iv. o desinteresse de alguns trabalhadores; e iv. a expectativa da AB de encaminhamento e de resolução do caso pelas equipes especializadas, percebida por alguns trabalhadores desta última equipe como uma desresponsabilização da AB pelo cuidado, que depõe contra a construção de um fazer conjunto.

Dito isso, afirma-se que as relações transversalizadas entre as equipes envolvidas no matriciamento não estão necessariamente garantidas. Pelo matriciamento, é preciso investir na construção de relações mais democráticas e articuladas, a partir de uma análise constante dessa prática, que envolva os diversos atores sociais rumo a criação de vínculo, também entre trabalhadores. Nessa perspectiva, a pesquisa destaca a relevância da compreensão das demandas na AB de encaminhamento e resolução dos casos por equipes especializadas, para entender melhor essa solicitação e, neste mesmo movimento, consolidar encontros mais colaborativos.

Ressalta-se a necessidade de operacionalizar o matriciamento como uma ferramenta de cogestão do trabalho em saúde, num movimento de aproximação com o usuário, com o território, com os profissionais dos diferentes níveis de atenção e com os gestores, visando uma relação de parceria para o fortalecimento do SUS. Em outras palavras, é importante que a lógica matricial tenha como premissa a sustentação de espaços regidos pela transversalização das relações, independente do papel ocupado por cada ator envolvido neste processo. O estudo mostra a urgência da desconstrução de práticas fragmentadas e prescritivas, assim como das “normas” estabelecidas sobre qual equipe tem a função de “levar” e “receber” os casos/situações discutidos nos encontros de matriciamento.

Pondera-se que fomentar os processos de gestão participativa nos serviços de saúde é um grande desafio. Tem-se que o matriciamento representa uma importante estratégia nessa direção, com destaque para a possibilidade de construção dialógica e ênfase na interação entre profissionais de diferentes áreas. Reforça-se a necessidade de articulação de diversos saberes, setores e atores sociais para a promoção à saúde, o que converge com resultados de outras pesquisas da área.

Por fim, entende-se que o objetivo deste estudo foi alcançado. Assinala-se, em complemento a esta pesquisa, a necessidade de incluir mais os usuários nesta proposta matricial, bem como compreender suas concepções sobre essa prática no tocante às melhorias para o cuidado na saúde pública.

Referências

- Baeta, S. R., & Melo, W. (2020). O apoio matricial e suas relações com a teoria da complexidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(6), 2289–2295. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.19912018>
- Belotti, M. (2019). *Núcleo Ampliado de Saúde da Família: potencialidades, desafios e impasses para a afirmação de um paradigma emergente em saúde*. [Tese de Doutorado. Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo].
- Bispo, J. P. Jr., & Moreira, D. C. (2018). Núcleos de Apoio à Saúde da Família: concepções, implicações e desafios para o apoio matricial. *Trabalho, Educação e Saúde*, 16(2), 683–702. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00122>
- Camargo, B. V., & Justo, A. M. (2013). IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. *Temas em Psicologia*, 21(2), 513–518. <https://dx.doi.org/10.9788/TP2013.2-16>
- Campos, G. W. S. (2007). *Um método para análise e co-gestão de Coletivos* (3a ed.). Hucitec.
- Castro, C. P., & Campos, G. W. S. (2016) Apoio Matricial como articulador das relações interprofissionais entre serviços especializados e atenção primária à saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 26(2), 455–481. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312016000200007>
- Franco, T. B., & Merhy, E. E. (2005). Produção Imaginária da Demanda. In R. Pinheiro, & R. A. Mattos (Orgs.). *Construção Social da Demanda* (pp.183–195). IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO.

- Iglesias, A. (2015). *O matriciamento em saúde mental sob vários olhares* [Tese de Doutorado, Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo].
- Iglesias, A., Avellar, L. Z., & Dalbello-Araujo, M. (2016). Apoio matricial: uma estratégia de formação para a promoção da saúde e a desinstitucionalização do cuidado em saúde mental. In F. Sodré, M. A. Andrade, R. C. D. Lima, & A. C. Pinheiro. (Orgs.). *Formação em saúde: Práticas e perspectivas no campo da saúde coletiva* (pp. 86–95). EDUFES.
- Iglesias, A., & Avellar, L. Z. (2019). Matriciamento em Saúde Mental: Práticas e concepções trazidas por equipes de referência, matriciadores e gestores. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(4), 1247–1254. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018244.05362017>
- Medeiros, R. H. A. (2015). Uma noção de matriciamento que merece ser resgatada para o encontro colaborativo entre equipes de saúde e serviços no SUS. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 25(4), 1165–1184. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312015000400007>
- Morin, E. (2007). Da necessidade de um pensamento complexo. (J. M. Silva, Trad.). In F. M. Martins, & J. M. D. Silva. (Orgs.). *Para navegar no século XXI*. (3ª ed., pp. 13–36). Sulina/Edipucrs.
- Morin, E. (2015). *Introdução ao pensamento complexo*. (5ª ed). Sulina.
- Oliveira, G. N. (2013). Apoio matricial como tecnologia de gestão e articulação em rede. In G. W. S. Campos, & A. V. P. Guerrero (Orgs). *Manual de práticas de atenção básica, saúde ampliada e compartilhada* (p. 273–282). Hucitec.