

Desafios do apoio matricial como prática educacional: a saúde mental na atenção básica

Fernanda Rebouças Maia Costa^(a)Valéria Vernaschi Lima^(b)Roseli Ferreira da Silva^(c)Luciana Nogueira Fioroni^(d)

Costa FRM, Lima VV, Silva RF, Fioroni LN. Challenges of matrix support as educational practice: mental health in primary healthcare. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(54):491-502.

This study investigated the educational dimension of matrix support practices for mental health within primary care. Using an interpretative-explanatory qualitative approach, professionals involved in matrix support for mental health in a municipality in the state of São Paulo, Brazil, were interviewed. The data were compared with matrix support frameworks with two pedagogical trends: directive and constructivist. The analysis on this content was incorporated with the interviews and two themes could be identified: "matrix supporter's profile", and "challenges for construction of matrix supporter's practice." The subjects' perceptions regarding supporters' competence profiles were coherent with matrix support assumptions, whereas their educational practices related mainly to the directive trend. The challenge of implementing constructivist practice was only partially recognized, since this requires a critical and transformative stance regarding the hegemonic educational practices within healthcare.

Keywords: Mental health. Primary healthcare. Educational models. Support for human resources development. Assessment of healthcare needs.

Trata-se de investigação sobre a dimensão educacional das práticas de apoio matricial (AM) em saúde mental na atenção básica. A partir de uma abordagem qualitativa, do tipo interpretativo-explicativo, foram entrevistados profissionais envolvidos com AM em saúde mental de um município do interior de São Paulo, Brasil. Esses dados foram confrontados com os referenciais de AM em duas tendências pedagógicas: diretiva e construtivista. A análise deste conteúdo foi incorporada às entrevistas e permitiu a identificação de duas temáticas: "perfil do apoiador matricial"; e "desafios para a construção da prática do apoiador matricial". A percepção sobre o perfil de competência do apoiador mostrou-se coerente com os pressupostos do AM, ao passo que suas práticas educacionais apresentaram-se predominantemente vinculadas à tendência diretiva. O desafio para uma prática construtivista foi parcialmente constatado, uma vez que requer uma posição crítica e transformadora frente às práticas educacionais hegemônicas presentes na saúde.

Palavras-chave: Saúde Mental. Atenção Básica. Modelos educacionais. Apoio ao desenvolvimento de recursos humanos. Determinação de necessidades de cuidado de saúde.

^(a) Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). Rodovia Washington Luís, km 235, SP-310. São Carlos, SP, Brasil. 13565-905. ppggc@ufscar.br

^(b,c) Departamento de Medicina, UFSCar. São Carlos, SP, Brasil. valeriavl@ufscar.br; roselifs@ufscar.br

^(d) Departamento de Psicologia, UFSCar. São Carlos, SP, Brasil. lufioroni@ufscar.br

As práticas de apoio matricial

As propostas de apoio matricial (AM) em saúde mental surgiram da necessidade de a atenção básica (AB) incorporar saberes e práticas das especialidades em saúde mental¹. Segundo Campos et al.², o AM é, ao mesmo tempo, arranjo organizacional e metodologia de trabalho, e considera oferecer retaguarda assistencial e suporte técnico-pedagógico às equipes de referência (EqR), responsáveis por uma abordagem generalista no cuidado aos usuários.

Cunha et al.³ referem-se ao AM como o desenvolvimento da capacidade de diálogo entre os objetivos de cada recorte disciplinar e a proposta terapêutica de intersecções entre diagnósticos e tratamentos. A partir da construção de espaços de comunicação e de diretrizes clínicas e sanitárias, o AM aproxima e vincula os especialistas às EqR, as quais, de modo compartilhado, tornam-se responsáveis pelo cuidado às necessidades de saúde de uma dada população⁴.

Apostando na troca de saberes entre EqR e profissionais especialistas, o AM fundamenta-se na ideia de que nenhum especialista, isoladamente, poderá assegurar uma abordagem integral à saúde. A necessidade de articular a especificidade de cada categoria profissional na promoção da integralidade é operada concomitantemente à “costura” entre os serviços da rede e equipamentos sociais para a garantia da continuidade da atenção^{1,5-7}.

Todavia, as práticas de AM junto às equipes da AB e aos usuários passaram a ganhar espaço somente em recentes publicações, por meio: da proposta de reorganização do processo de trabalho em equipe^{8,9}; da potencialidade de ampliar o olhar dos profissionais e melhorar práticas de cuidado¹⁰; e dos desafios a serem enfrentados^{8,11,12}.

Experiências internacionais têm endossado a necessidade de se atentar à fragmentação do cuidado em saúde; e, apesar das diferentes terminologias, também têm preconizado a reorganização do trabalho e das relações entre especialistas e generalistas por meio de dispositivos que aproximem as distintas práticas¹³⁻¹⁶.

Em território nacional, a instituição dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) tem favorecido a reorganização dos especialistas junto às EqSF¹⁷. Em publicação técnica, o Ministério da Saúde definiu que as equipes de AM possuem dois tipos de responsabilidades: sobre a população e sobre a equipe da AB, oferecendo indicadores para avaliar o resultado dessas ações¹⁸.

Experiências brasileiras em torno da proposta de AM vêm sendo desenvolvidas por meio da reorganização do trabalho entre especialidades e AB, com vistas à integralidade do cuidado. Contudo, há distintas formas para essa proposta ser colocada em prática pelos profissionais^{1,19-21}.

Ao abordarem os espaços de diálogo e concebê-los como oportunidades de aprendizagem e trocas horizontais de conhecimentos, Ballarin et al.²² propõem analisar o AM por meio de quatro dimensões, ressaltando a pedagógica. Seguindo por essa trilha, a dimensão educacional da prática dos apoiadores pode ser considerada como qualquer ação que envolva interação e compartilhamento de saberes, e não apenas as atividades pedagógicas clássicas.

De acordo com Libâneo²³, a maneira pela qual os educadores realizam seu trabalho, quer selecionando e organizando o conteúdo, quer escolhendo uma abordagem de ensino e avaliação, está diretamente ligada aos pressupostos educacionais. Estes refletem a compreensão sobre como as pessoas interagem e aprendem. Pode-se concluir, portanto, que o conhecimento desses pressupostos poderá subsidiar a maneira pela qual o AM é operado em sua dimensão educacional.

O objeto de estudo desta pesquisa foca exatamente a dimensão educacional das práticas de AM em saúde mental na AB, e tenciona aprofundar a compreensão dos elementos que a tornam viável. Com a intenção de contribuir para um melhor emprego desse dispositivo, a interação entre especialistas e profissionais da AB é realçada por meio da troca de saberes e na promoção da integralidade do cuidado.

Caracterização do cenário

Trata-se da rede de serviços de saúde num município do interior do estado de São Paulo, escolhido por seu pioneirismo nos processos da Reforma Psiquiátrica e histórico entrecruzamento entre AB e saúde mental, especialmente fomentado pelo dispositivo do AM²⁴.

Durante a pesquisa, verificou-se que a rede local de atenção à saúde se estruturava em cinco distritos, sendo o município um centro de referência regional. Os distritos possuíam centros de atenção psicossocial (CAPS III) e equipes de saúde mental na AB; o município contava ainda com um NASF, responsável por três centros de saúde (CS).

CAPS III e equipes de saúde mental na AB atuavam junto aos CS, praticando um modelo de AM na construção de momentos de troca de saberes entre os profissionais dos serviços de atenção envolvidos no cuidado. Os serviços que adotaram esse modelo produziram singulares vias de operacionalização da troca de saberes, da promoção de vínculo e da corresponsabilização.

Percurso metodológico

A pesquisa, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, foi um estudo orientado a um problema específico, cujo desenho metodológico foi definido conforme a abordagem qualitativa e construtivista. Partindo do princípio de que a realidade é apreendida diversamente pelos sujeitos, essa singularidade pode ser mediada pelos valores, emoções e repertórios socioculturais trazidos pelos sujeitos em confronto com a realidade²⁵⁻²⁷.

Com a seleção do problema a ser investigado, a pesquisa proposta foi do tipo interpretativo-explicativo, a fim de construir um quadro compreensivo a respeito de um dado fenômeno, partindo das perspectivas dos sujeitos envolvidos e procurando identificar como estas influem em sua produção²⁸.

Foram utilizadas entrevistas semiestruturadas por possibilitarem a emergência de várias narrativas e interpretações²⁷, que foram registradas em áudio e, posteriormente, transcritas para análise. Como participantes, foram selecionados dezoito profissionais de saúde inseridos na rede de saúde mental, em função de gestão e/ou de atenção, vinculadas ao AM. Seis apoiadores regionais de saúde mental e a coordenadora da área foram escolhidos com vistas à caracterização das práticas de AM no município.

Os apoiadores regionais são profissionais lotados nos distritos de saúde, em geral psicólogos e terapeutas ocupacionais. Sua função é gerencial e volta-se para a articulação intra e intersetorial, a fim de consolidar o cuidado em saúde mental no município. Considerando os dez profissionais nessa função, solicitou-se que aqueles que aceitassem participar dessa pesquisa contemplassem a diversidade dos cinco distritos de saúde.

A partir dos depoimentos, critérios de inclusão foram identificados para a seleção dos serviços que utilizavam o dispositivo do AM. Quatro deles foram elaborados para reconhecer os distritos com práticas mais estruturadas em AM na saúde mental: (i) discussões de caso regulares e em conjunto com os profissionais do centro de saúde (CS); (ii) estabelecimento de intervenções compartilhadas com as equipes dos CS, a partir das discussões realizadas; (iii) identificação de necessidades de aprendizagem das equipes; e (iv) promoção de reflexões sobre a prática.

A aplicação desses critérios levou à seleção de dois distritos de saúde. Em função do trabalho ainda incipiente de AM no NASF, à época da pesquisa, essa equipe foi excluída da amostra, permanecendo esta circunscrita aos CAPS e às equipes de saúde mental da AB. Dos serviços supracitados, 11 profissionais, cinco vinculados aos CAPS e seis às equipes de saúde mental da AB, foram indicados com práticas de AM alinhadas aos mesmos critérios de inclusão.

No caso dos CAPs, cada equipe indicou coletivamente um profissional e, no caso das equipes de saúde mental, os apoiadores regionais entrevistados indicaram os apoiadores matriciais também com práticas próximas aos critérios estipulados. A lista de indicados foi ordenada aleatoriamente para a realização das entrevistas. Enfim, um critério de saturação foi utilizado para estabelecer a suficiência da amostra utilizada, resultando em três profissionais por distrito.

A análise de conteúdo, na modalidade temática, foi aplicada à interpretação das entrevistas²⁹. De acordo com essa técnica de análise da comunicação, a presença e frequência das falas e palavras, tanto como sua ausência, são relevantes. Obtidos os depoimentos, as ideias próximas foram agrupadas em núcleos de sentido e estes, em temáticas. Este conjunto serviu de base para a interpretação das ideias apresentadas mediante a aplicação das referências conceituais supracitadas²⁷⁻²⁹.

Para a análise da dimensão educacional da prática do apoiador matricial foi utilizada uma adaptação (Quadro 1) das classificações propostas por diversos autores que estudam a área da educação^{23,30-32}.

O AM apresenta afinidade conceitual com relação à pedagogia progressista ou construtivista, uma vez que se fundamenta na análise crítica das realidades e sustenta, implicitamente, o viés ativo e sociopolítico da educação. Esta vertente considera a experiência como base da relação educativa no seio da autogestão pedagógica.

Quadro 1. Macrotendências pedagógicas, segundo papel do conhecimento, do educando e do educador.

Tendência	Conhecimento/Objeto	Educando/Sujeito	Educador
Liberal, Tradicional ou Diretiva	Objetivo e abstrato, organizado segundo uma sequência lógica	Passivo, devendo assimilar os conteúdos transmitidos para ser moldado e formado	Ativo, transmissor dos conteúdos, autoridade, modelo a ser imitado numa relação verticalizada
Progressista, Nova ou Construtivista	Inclui a subjetividade, o contexto e as necessidades do educando, extraído da prática com consciência crítica	Ativo, centro da ação, com necessidades e interesses, sujeito da aprendizagem	Orienta, aconselha, direciona, desperta para o saber por meio de uma relação horizontal

Resultados e discussão

A análise do conteúdo das entrevistas, por fim, revelou duas temáticas de base: (i) “perfil do apoiador matricial”; e (ii) “desafios para a construção da prática do apoiador matricial”.

(i) Perfil do apoiador matricial

O “perfil do apoiador matricial” apresentou três núcleos de sentido que foram estudados em: “atitudes do apoiador matricial”, “conhecimento do apoiador matricial” e “habilidades do apoiador matricial”. Estes resultados giraram em torno das capacidades consideradas necessárias para uma prática competente.

Segundo Hager et al.³³, as capacidades também podem ser chamadas de atributos ou recursos, e estão categorizadas em: atitudinais ou afetivas; cognitivas ou de conhecimento; psicomotoras ou habilidades. A articulação desses atributos diante de um problema da realidade profissional fundamenta uma determinada prática. A competência, porém, se expressa somente quando essas capacidades são colocadas em ação e, segundo o contexto, geram resultados de excelência³⁴.

Núcleo de sentido: atitudes do apoiador matricial

Disponibilidade e abertura foram especialmente destacadas, no sentido de estar disponível e de como oferecer, ativamente, oportunidades de compartilhamento de experiências no acompanhamento ou seguimento dos casos trabalhados com a AB, como ficou registrado no depoimento:

“Eu tenho a impressão de que é muito mais da disponibilidade, da abertura pro encontro, de fazer junto, de estar disponível, de pegar o telefone, produzir uma relação de confiança... uma disponibilidade ativa, não é aquela disponibilidade: ‘pode me ligar’; aquele caso é nosso”. (Ar 4)

Flexibilidade, empatia, acolhimento e comprometimento compõem também o elenco de capacidades atitudinais dessa prática e, ainda, a capacidade de receber críticas e escutar. Por esse viés, os apoiadores argumentaram que esses atributos devem estar ancorados na aceitação do outro como legítimo. Com efeito, e de acordo com Maturana³⁵, ao aceitarmos o outro, podemos controlar os pré-conceitos e estabelecer uma relação pautada pelo respeito.

Para outros entrevistados, o apoiador deveria ser um especialista que coloca seu saber a serviço da ampliação das capacidades da equipe, valorizando a diversidade e estimulando a criação. Campos³⁶ destaca a necessidade de o apoiador demonstrar postura interativa que propicie, aos sujeitos, condições para refletirem criticamente sobre a prática.

Nesse sentido, considerada a dimensão educacional do encontro entre sujeitos, Freire³⁷ conjuga a educação à oportunidade de construção de saberes, na qual o educador deve apresentar disponibilidade para o novo e para o outro. O respeito à autonomia e à visão de mundo de cada um é tomado como um imperativo ético capaz de proporcionar uma relação na qual todos participam ativamente.

Da noção de diálogo como interação entre distintos pontos de vista do saber, Morin³⁸ considera as especificidades e diferenças de cada elemento, numa relação recursiva e complementar que se institui, por exemplo, entre: educador e educando; especialista e generalista; saúde mental e atenção básica; disciplina e interdisciplinaridade. Relações aparentemente contraditórias podem, assim, ser compreendidas como complementares.

Núcleo de sentido: conhecimentos do apoiador matricial

O domínio dos conhecimentos referentes ao AM, ao território e à rede de saúde do município, assim como à saúde coletiva e mental, também foram mencionados como capacidades do apoiador:

“Acho que um dos objetivos é sair desse lugar da própria clínica, do núcleo, [...] ele tá lá como trabalhador da saúde mental, que vai buscar imprimir uma discussão mais qualificada do que é o cuidado em saúde, e com o viés da saúde mental, mas pensando na saúde integral do sujeito”. (Ar 2)

Para Campos³⁹, a dimensão de núcleo no trabalho profissional é constituída de conhecimentos e atribuições específicas de cada profissão ou especialidade. O autor, baseado no conceito de campo de Pierre Bourdieu, confere, ao trabalho em saúde, uma dimensão de campo de atuação: o campo traduz uma noção situacional e indica o conjunto de conhecimentos e tarefas, fora do núcleo profissional, que complementa a prática. Na prática, representa uma ampliação da identidade específica – conferida pelo núcleo, na direção da interdisciplinaridade e da interprofissionalidade, características intrínsecas à área da saúde.

Ao reorganizar a relação entre especialistas e AB, o AM visa enfrentar a fragmentação do trabalho que, em certa medida, reproduz a separação estanque das disciplinas, no âmbito da formação profissional⁴⁰, entre os serviços de saúde, e no âmbito do cuidado^{2,41}. Colocar os saberes dos especialistas à disposição das equipes de AB por meio da discussão conjunta de casos e manejo de situações concretas oferece claras vantagens para a prática, qualificando o cuidado, fortalecendo vínculos e ampliando a responsabilização e as chances de adesão dos usuários aos tratamentos propostos⁴².

O discurso dos apoiadores matriciais e regionais coincidiu nesse sentido, pois, foi defendida a prerrogativa geral de que é preciso um olhar integral para as pessoas sob cuidado, desenvolvendo sua atuação para além da saúde mental. Para parte deles, o conhecimento do especialista agrega valor à discussão de casos e aos projetos de cuidado quando circula horizontalmente, possibilitando que todos, especialistas ou não, possam contribuir para o trabalho em saúde.

A necessidade de romper com a ideia do apoiador como alguém que prescreve intervenções demonstrou ser diretamente proporcional à necessidade de se construir planos de cuidado compartilhados:

“A partir do momento que eu vou e vejo a intervenção do agente comunitário, nas minhas próximas práticas eu vou colocar isso no meu rol de ferramentas também, eu vou ter esse saber, eu vou legitimar isso e o contrário também, [...] é ir junto e conversar, ver o que deu e o que não deu [certo]”. (Am 6)

Núcleo de sentido: habilidades do apoiador matricial

No quesito das habilidades do apoiador, traduzidas pelo domínio de determinados dispositivos, a discussão de caso apareceu como a principal ferramenta. Foi ressaltada a importância de se transferir o conhecimento construído para outras situações, como forma de apoio à autonomia das equipes.

“Porque na maioria dos casos, é ‘o caso pelo caso’, que é interessante, resolve boa parte das coisas, mas aumenta pouco o poder de autonomia das equipes”. (Ar 4)

As discussões de casos clínicos no AM também emergem de experiências nacionais e internacionais na literatura científica^{15,16,19,20}. A leitura de uma realidade concreta a ser analisada, e na qual se deseja intervir, permite o estabelecimento de diferentes relações entre fatos e objetos, e propicia maiores possibilidades de transformação ativa da realidade³⁷. No AM, a capacidade de observar e analisar criticamente o objeto/prática permite reconstruir conhecimentos que podem ser aproveitados em diferentes situações^{41,44}.

O conceito de transferência da aprendizagem, delineado por Bransford, Brown e Cocking⁴⁵ (p. 82), considera que “a capacidade de transferência depende do grau em que as pessoas aprendem com compreensão, em vez de meramente memorizar uma série de fatos ou seguir um conjunto fixo de procedimentos”. A EqR poderia, então, gozar de maior autonomia no aproveitamento dos conhecimentos e experiências adquiridos pelo grupo em um dado caso.

Outros apoiadores matriciais ponderaram, então, que o caso clínico deveria valorizar o contexto do sujeito e a atuação das equipes. A teoria surge para ser abordada a partir dos casos, e sua utilização, no sentido de melhor solucionar as necessidades do sujeito, e ampliar a compreensão da equipe sobre os fenômenos questão:

“eu acho, particularmente, que isso faz muito mais sentido, porque eles viram o caso, sentiram o caso na pele, então eles ficam muito mais interessados do que a gente chegar lá e dizer: eu tenho um caso de álcool e drogas e vamos fazer uma apresentação do que é cada droga”. (Am 5)

A reflexão, após as ações terem sido realizadas, foi relatada como parte da discussão de casos, no sentido de analisar as estratégias utilizadas e construir uma linha de raciocínio. Momentos como estes permitiriam a oportunidade de aprender com os erros e consolidar conquistas. Em todos os três núcleos de sentido do perfil, observou-se coerência entre as capacidades que os apoiadores consideravam necessárias ao AM e os objetivos dessa prática. Embora o conjunto destas capacidades esteja mais próximo das tendências educacionais construtivistas, sua presença no processo de compartilhamento de saberes revelou distintas concepções sobre os papéis de educandos e educadores na prática. Essas distinções foram agrupadas numa segunda temática e representam os desafios para a prática do AM.

(ii) Desafios para a construção da prática do apoiador matricial

Nesta temática, os núcleos de sentido giraram em torno das “fragilidades” e “obstáculos” para o apoiador matricial transformar suas intenções em gestos.

Núcleo de sentido: fragilidades na prática do apoiador matricial

Das fragilidades, a ausência de discussão sobre a dimensão educacional, na formação de especialistas e profissionais da EqR, foi a mais citada. Segundos estes depoimentos, é daí que se originam as dificuldades na condução das discussões, despertando sentimentos de disputa e confusão por parte dos apoiadores com relação ao seu papel.

“Não é tranquilo pra saúde mental, pra grande parte dos trabalhadores, as pessoas não têm isso na sua formação [...] Tem um certo místico, as pessoas temem ir e não saber o que dizer, isso é bastante interessante. Então o CAPs diz “ah, se eu for lá e me falar de criança, eu não vou saber o que falar”. Então é como se ele tivesse que ir lá e ter uma resposta pronta”. (Ar 1)

Ainda sobre a prática, alguns entrevistados consideraram o apoiador como alguém que deve transmitir o conhecimento, selecionar previamente os casos e preparar os conteúdos para discussão, independentemente do contexto específico. Um indício da aproximação entre a prática educacional do apoiador e os pressupostos da pedagogia liberal ou diretiva, à medida que aquele é percebido como um transmissor de conhecimentos abstraídos de contexto, na forma de temas genéricos considerados relevantes. Nessas situações, o educando passa a ser apenas um receptor passivo, devendo apreender os procedimentos para repeti-los³⁰⁻³².

Segundo Libâneo²³, a pedagogia liberal, como manifestação própria da sociedade de classes do sistema capitalista, defende a predominância da liberdade e dos interesses individuais na sociedade. Nos últimos cinquenta anos, a educação brasileira tem apresentado tendências claramente liberais, intensificadas, sobretudo, no plano pedagógico, ao sedimentar os papéis dos educadores e profissionais para a construção do saber.

Essa abordagem pedagógica e os vários exemplos de práticas relatados pelos entrevistados ilustram o efetivo descompasso na atuação do AM dos objetivos apontados para o perfil do apoiador. Esse hiato configura uma ambiguidade nas práticas que ora estão mais próximas ao perfil desejado, ora dele se afastam. Essa tensão foi retratada por alguns apoiadores que, eventualmente, por falta de uma reflexão crítica sobre suas atividades não puderam perceber que esse modo de organizar o apoio matricial impõe obstáculos para a autonomia e o desenvolvimento das equipes de referência.

Núcleo de sentido: obstáculos à prática do apoiador matricial

Os entrevistados que identificaram um distanciamento entre intenção e gesto nas práticas de AM atribuíram-no às características da formação e à falta de processos de educação permanente (EP) para profissionais de saúde. A organização do processo de trabalho também foi identificada como um obstáculo, já que o desfalque de profissionais na AB ocupa papel preponderante na construção de uma atuação unidirecional do especialista, especialmente nas situações de urgência.

A frequência de situações de urgência é fator que reitera a supervalorização do especialista em detrimento da interação de outros saberes: em situações de crise, há uma tendência de centralizá-lo como predominante. Assim, a equipe de referência é reduzida a mera observadora da atuação do especialista e apenas reproduz o saber do especialista que lida com as situações.

“[...] tem caso que você vai ouvir e tem que dar uma resposta na hora, porque eu acho que tem que ser um supervisor pra isso com uma visão extraordinária pra conseguir dar uma resposta, muitas vezes pronta”. (Am 1)

Paralelamente, alguns entrevistados apontaram que o AM também deveria ser abordado como uma especialização:

“porque ser um psicólogo ou um terapeuta ocupacional da AB nessa perspectiva de AM, não dá pra dizer que aprendeu na faculdade, tem coisas muito mais ligadas a isso, qual a estratégia que eu uso agora pra tentar sensibilizar a equipe, diferente de qual é a estratégia que eu uso pra lidar com paciente z ou y”. (Am 5)

Para enfrentar o desafio de melhorar a formação dos profissionais de saúde, as atuais Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os currículos de graduação em saúde preveem a ampliação do conceito de saúde e a formação em contextos reais, incluindo, ademais, as dimensões de gestão e de educação no perfil, para além da atenção à saúde⁴⁶. A Reforma Sanitária já havia pontuado essa necessidade de mudança na formação com o intuito de orientá-la a um perfil generalista, reflexivo e comprometido com os princípios do Sistema Único de Saúde⁴⁷.

Embora os Ministérios da Saúde e da Educação tenham instituído diversas iniciativas voltadas para a implantação das DCN e articulação ensino-serviço, esse desafio ainda está longe de ser plenamente enfrentado⁴⁰. Por conseguinte, a EP, instituída como política nacional em 2004, desponta como possibilidade de desenvolvimento de novas capacidades, apoiada sobre a reflexão do cotidiano de trabalho. A concepção de EP trazida pela política está voltada justamente para a “transformação dos processos formativos, das práticas pedagógicas e de saúde e para a organização dos serviços, empreendendo um trabalho articulado entre o sistema de saúde, em suas várias esferas de gestão e as instituições formadoras”⁴⁸.

A partir destes resultados, ficou evidente que os desafios para a construção da prática do AM passam pelo reconhecimento dos sistemas de valores e significados que fundamentam tanto a formação, como a organização do processo de trabalho em saúde, com o propósito de dar uma resposta às fragilidades e obstáculos de uma prática integral do cuidado.

Considerações finais

No atual contexto dos serviços de saúde, o AM passou a ser importante ferramenta de inserção de especialistas na AB, pois, esse modelo demanda novas capacidades dos profissionais de saúde, indo além da atuação clínica. Por isso, entende-se que a dimensão educacional deve estar fortemente presente na atuação dos apoiadores matriciais por meio da articulação entre retaguarda assistencial e suporte técnico-pedagógico, já que ambos os eixos são permeados por relações educacionais e envolvem interações entre profissionais com distintos saberes.

A análise sobre como circulam os saberes entre especialistas e equipe de referência nos depoimentos permitiu concluir que há um distanciamento entre intenção e atuação nas diferentes formas de operar o AM. Nos exemplos relatados de AM, notou-se uma forte presença de princípios liberais ou tradicionais, ao subsidiar suas ações na transmissão do saber como o modo pelo qual as pessoas adquirem conhecimento. Para alguns profissionais, o reconhecimento da necessidade de atuarem de uma forma dialógica emergiu como tensão e desejo, deixando evidente a falta de ferramentas pedagógicas para atuarem de maneira diversa à prática revelada.

Embora com menor frequência, as práticas educacionais construtivistas que foram citadas em alguns depoimentos entendiam a educação como um ato social, solidário e comprometido: uma troca entre pessoas que questionam o mero acúmulo de informações. A atuação dos especialistas, cujas práticas encontravam maior respaldo nas concepções pedagógicas progressistas, orientava-se fundamentalmente para a transformação de saberes pela construção de significados e pela possibilidade de transformação do cuidado.

Reconhecidas a dimensão educacional nas práticas de AM e as tensões e limitações trazidas pelas vivências tradicionais de educação, identificou-se o valor potencial de experiências que estejam alinhadas com uma educação progressista, de abordagem dialógica tanto na formação, como na

educação em serviço. A tendência construtivista, nas práticas de AM, promove autonomia para as equipes de referência, tornando-as protagonistas dos projetos de cuidado e oferecendo um novo repertório de atuação para os apoiadores. A postura dialógica demonstrou ser o principal meio para um caminho mais coerente com uma prática pautada em princípios democráticos, participativos e inclusivos.

Gestores e profissionais de saúde envolvidos com práticas de educação em serviço são audiências particularmente relevantes para o compartilhamento dos resultados dessa pesquisa. Com efeito, o enfrentamento da inércia oriunda da tendência pedagógica tradicional requer uma postura crítica e ativa frente às práticas hegemônicas na graduação e pós-graduação em saúde.

Colaboradores

Fernanda Rebouças e Valéria Vernaschi Lima participaram de todas as etapas do trabalho. Luciana Nogueira Fioroni responsabilizou-se pela análise dos dados e revisão final do texto. A autora Roseli Ferreira da Silva responsabilizou-se pela construção da metodologia e revisão final do texto.

Referências

1. 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. *Saude Soc.* 2009; 18(1):63-74.
2. Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad Saude Publica.* 2007; 23(2):399-407.
3. Cunha GT, Campos GWS. Apoio matricial e Atenção Primária em Saúde. *Saude Soc.* 2011; 20(4):961-70.
4. Martins Junior F. Análise do processo de implantação do SUS no Brasil. In: CONASS. *Coleção Progestores: convergências e divergências sobre a gestão e a regionalização do SUS.* CONASS Documenta. 2004; 6(1):62-81.
5. Nunes G. *Devir apoiador: uma cartografia da função apoio [tese].* Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas; 2011.
6. Amorim EM. *(Inter)Relações entre saúde da família e CAPS: a perspectiva dos trabalhadores sobre o cuidado a portadores de transtorno mental em Campinas/SP [dissertação].* Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 2008.
7. Domitti ACP. *Um possível diálogo com a teoria a partir das práticas de apoio especializado matricial na atenção básica de saúde [tese].* Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 2006.

8. Morais APP, Tanaka O. Apoio matricial em saúde mental: alcances e limites na atenção básica. *Saude Soc.* 2012; 21(1):161-70.
9. Santos APL, Lacaz FAC. Apoio matricial em saúde do trabalhador: tecendo redes na atenção básica do SUS, o caso de Amparo/SP. *Cienc Saude Colet.* 2012; 17(5):1143-50.
10. Schatschneider VB. O matriciamento e a perspectiva dos profissionais de uma estratégia de saúde da família [trabalho de conclusão de curso]. Porto Alegre (RS): Departamento de Enfermagem Geral e Especializada, Universidade Federal do Rio Grande do Sul Curso de Enfermagem; 2012.
11. Vasconcelos MGF, Jorge MSB, Pinto AGA, Pinto DM, Simões ECP, Maia Neto JP. Práticas inovadoras de saúde mental na atenção básica. *Cad Bras Saude Mental (Rio de Janeiro).* 2012; 4(8):166-75.
12. Minozzo F, Costa II. Apoio matricial em saúde mental entre CAPS e Saúde da Família: trilhando caminhos possíveis. *Psico-USF.* 2013; 18(1):151-60.
13. Kotter JP. *Leading change.* Boston: Harvard Business School Press; 1996.
14. Walston SL, Kimberly J. Reengineering hospitals: evidence from the field. *Hosp Health Serv Adm.* 1997; 42(2):143-63.
15. Gask L. Role of specialists in common chronic diseases. *Br Med J.* 2005; 330(7492):651-53.
16. NHS Institute for Innovation and Improvement. Beyond projects - case studies from the care closer to home: making the shift programme [Internet]. Birmingham: University of Birmingham, Health Services Management Centre; 2008 [acesso 2012 Mar 8]. Disponível em: <http://www.birmingham.ac.uk/Documents/college-social-sciences/social-policy/HSMC/publications/2007/Beyond-Projects-Case-studies.pdf>
17. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.107, de 4 de junho de 2008. Credencia municípios conforme quantitativo e modalidade definidos, para receber o incentivo financeiro aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família - Nasf. *Diário Oficial da União.* 27 Ago 2008. Seção 1, p. 51.
18. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: núcleos de apoio à saúde da família. [Internet]. Brasília; 2009. (Caderno de Atenção Básica, n. 27) [acesso 2013 Fev 20]. Disponível em: <http://www.saude.al.gov.br/cadernodaatenobsicadiretrizesdonasf-28-07-2010>
19. Franco TB, Miranda HM. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas de cuidado. In: Merhy EE, Miranda Junior H, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS, organizadores. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano.* 2a ed. São Paulo: Hucitec; 2001. p. 125-35.
20. Hübner LCM, Franco TB. O Programa Médico de Família de Niterói como estratégia de implementação de um modelo de atenção que contemple os princípios e diretrizes do SUS. *Physis.* 2007; 17(1):173-91.
21. Baduy RS. A caixa de ferramentas da equipe gestora municipal de uma Secretaria Municipal de Saúde [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2008.
22. Ballarin MLCS, Blanes LS, Ferigato SH. Apoio matricial: um estudo sob a perspectiva de profissionais de saúde mental. *Interface (Botucatu).* 2012; 16(42):767-78.
23. Libaneo J. *Democratização da escola pública: a pedagogia crítico-social dos conteúdos.* 9a ed. São Paulo: Loyola; 1990.
24. Figueiredo MD, Campos RO. Saúde mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? *Cienc Saude Colet.* 2009; 14(1):129-38.
25. Bulmer M. *Social policy research.* Londres: Macmillan; 1978.

26. Guba E, Lincoln Y. Paradigmas en competencia en la investigación cualitativa. In: Dennam C, Haro J, organizadores. Por los rincones: antología de métodos cualitativos en la investigación social. Sonora: El Colegio de Sonora; 2000. p. 113-45.
27. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10a ed. São Paulo: Hucitec; 2007.
28. Navarrete MLV, Silva MRF, Pérez ASM, Santos MJFS, Gallego MED, Lorenzo IV. Introdução às técnicas qualitativas de pesquisa aplicada em saúde. In: Cursos GRAAL 5, editor. Recife: IMIP; 2009. p. 31-52.
29. Bardin L. Análise de conteúdo. 5a ed. Lisboa: Edições 70; 2009.
30. Santos RV. Abordagens do processo de ensino e aprendizagem. Rev Integr. 2005; 11(40):19-31.
31. Gauthier C, Tardif M, organizadores. A pedagogia - teorias e práticas da antiguidade aos nossos dias. Petrópolis: Vozes; 2010.
32. Becker F. Educação e construção do conhecimento. 2a ed. Porto Alegre: Penso; 2012.
33. Hager P, Gonczi A. What is competence? Med Teacher. 1996; 1(18):8-15.
34. Lima VV. Competência: diferentes abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde. Interface (Botucatu). 2005; 9(17):369-79.
35. Maturana, H. Emoções e linguagem na educação e na política. Belo Horizonte: UFMG; 2009.
36. Campos GWS. Apoio matricial e práticas ampliadas e compartilhadas em redes de atenção. Psicol Rev. 2012; 18(1):148-68.
37. Freire P. Política e educação: ensaios. 5a ed. São Paulo: Cortez; 2001. (Questões de nossa época, v. 23).
38. Morin E. Por uma reforma do pensamento. In: Pena-Veja A, Nascimento EP, organizadores. O pensar complexo: Edgar Morin e a crise da modernidade. Rio de Janeiro: Garamond; 1999. p. 21-34.
39. Campos GWS. Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drummond Junior M, Carvalho YM, organizadores. Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 53-92.
40. Feuerwerker LM. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. Interface (Botucatu). 2005; 9(18):489-506.
41. Merhy EE, Magalhães Júnior HM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS, organizadores. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec; 2003.
42. Cunha GT. A construção da clínica ampliada na Atenção Básica [dissertação]. Campinas (SP): Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Campinas; 2004.
43. Mitre SM, Siqueira-Batista R, Girardi-Mendonça JMG, Morais-Pinto NM, Meirelles CAB, Pinto-Porto C, et al. Metodologias ativas de ensino- aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. Cienc Saude Colet. 2008; 13(2):2133-44.
44. Batista N, Batista SHB, Goldenberg P, Seiffert O, Sonzogno MC. O enfoque problematizador na formação de profissionais da saúde. Rev Saude Publica. 2005; 39(2):147-61.
45. Brandsford JD, Brown AL, Cocking RR, organizadores. Como as pessoas aprendem: cérebro, mente, experiência e escola. São Paulo: Ed. Senac; 2007.

46. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução nº 4, CNE/CES, de 7 de novembro de 2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina [Internet]. Diário Oficial da União. 9 Nov 2001. Seção 1, p. 38. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>

47. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: a clínica ampliada. Câmara de Educação Superior/Conselho Nacional de Educação. Resoluções nº 03, 04/2001, e nº 03/2002 [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004 [acesso 2013 Abr 4]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/srgtes/visualizar_texto.cfm?idtxt=22392

48. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a Educação Permanente em saúde – Pólos de Educação Permanente em Saúde [Internet]; 2004 [acesso 2012 Jun 16]. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/politica2_vpdf.pdf

Costa FRM, Lima VV, Silva RF, Fioroni LN. Desafíos del apoyo matricial como práctica educativa: la salud mental en la atención básica. *Interface* (Botucatu). 2015; 19(54):491-502.

Se trata de una investigación sobre la dimensión educativa de las prácticas de apoyo matricial (AM) en salud mental en la atención básica. A partir de un abordaje cualitativo, se entrevistaron profesionales envueltos en AM en salud mental de un municipio del interior de São Paulo, Brasil. Esos datos se confrontaron con los datos referenciales de AM en dos tendencias pedagógicas: directiva y constructivista. El análisis de este contenido se incorporó a las entrevistas y permitió la identificación de dos temáticas: "perfil del apoyador matricial" y "desafíos para la construcción de la práctica del apoyador matricial". La percepción sobre el perfil de competencia del apoyador se mostró coherente con las presuposiciones del AM, sus prácticas educativas se presentaron predominantemente vinculadas a la tendencia directiva. El desafío para una práctica constructivista se constató parcialmente, puesto que requiere una posición crítica y transformadora ante las prácticas educativas hegemónicas presentes en la salud.

Palabras clave: Salud mental. Atención básica. Modelos educativos. Apoyo al desarrollo de recursos humanos. Determinación de necesidades de cuidado de salud.

Recebido em 23/01/14. Aprovado em 29/09/14.