MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS



TECENDO REDES PARA O ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA

DISTRIBUIÇÃO GRATUITA
VENDA PROIBIDA

Brasília – DF
2026

MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS



TECENDO REDES PARA O ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA

DISTRIBUIÇÃO GRATUITA
VENDA PROIBIDA

Brasília – DF
2026

2026 Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Universidade Estadual de Campinas.

Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.
A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: http://bvsms.saude.gov.br.

1ª edição – 2026 – versão eletrônica

Elaboração, distribuição e informações:
MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção Especializada
Departamento de Saúde Mental Álcool e outras Drogas
Coordenação-Geral de Atenção Psicossocial
Endereço SRTVN 701, Via W5 Norte,
Ed. PO700, 5º andar. Ala Sul.
CEP: 70.719-040. Brasília/DF.
E-mail: cgesmad@saude.gov.br
Tels.: (61) 3315-9144

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
Gerência Regional de Brasília
Núcleo de Saúde Mental Álcool e Outras Drogas
Endereço: Avenida L3 Norte, s/n, Campus Universitário Darcy Ribeiro- Bloco Educacional
CEP: 70904-130
E-mail: nusmad@fiocruz.br
Tels.: (61) 3329-4515

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdade de Ciências Médicas
Departamento de Saúde Coletiva
Laboratório Saúde Coletiva e Saúde Mental
Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126 – Cidade Universitária Zeferino Vaz, Campinas – SP
CEP: 13083-887

Coordenação:
Adriane Wollmann
André Guerrero
Bruno Ferrari Emerich
Denise Ribeiro Bueno
Gabriella de Andrade Boska
Marcelo Kimati Sias
Rosana Teresa Onocko-Campos

Organização do trabalho:
Barbara Coelho Vaz
Bruno Ferrari Emerich
Denise Ribeiro Bueno
Michelle Chanchetti Silva
Rosana Teresa Onocko-Campos

Elaboração de texto:
Bárbara Cardoso Miranda
Giovana Pellati D'Lopes
José Eduardo Peres Ramos Júnior
Júlia Demétrio Salgado
Rosana Teresa Onocko-Campos

Revisão técnica e colaboração:
André Vinícius Pires Guerrero
Barbara Coelho Vaz
Denise Ribeiro Bueno
Gastão Wagner de Sousa Campos

Editora responsável:
MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria-Executiva
Subsecretaria de Assuntos Administrativos
Coordenação-Geral de Documentação e Informação
Coordenação de Gestão Editorial
Esplanada dos Ministérios, bloco G, Edifício Anexo, 3º andar, sala 333-A
CEP: 70058-900 – Brasília/DF
Tels.: (61) 3315-7790 / 3315-7791
E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Equipe editorial:
Normalização: Daniel Pereira Rosa
Revisão textual: Laíza Foizer Filgueira
Design editorial: Sátiro Júnior

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde.
Fio a fio : tecendo redes para o enfrentamento à violência [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Universidade Estadual de Campinas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2026.
60 p. : il.

Modo de acesso: World Wide Web: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/fio_fio_tecendo_enfrentamento_violencia.pdf
ISBN 978-85-334-3062-4

1. Exposição à Violência. 2. Saúde Mental. 3. Saúde pública. I. Fundação Oswaldo Cruz. II. Fundação Oswaldo Cruz. III. Título.

CDU 614.2

Catalogação na fonte – Bibliotecário: Daniel Pereira Rosa – CRB 1/3089 – Editora MS/CGDI – OS 2026/0523

Título para indexação:
Thread by Thread: Weaving Networks to Combat Violence

Sumário

Apresentação 4

O caso da Ana 7

Ao final, o que sabemos da violência no Brasil? 13

Por que a violência interfere nas condições de saúde mental? 15

Tecendo redes: o que isso muda na minha prática? 17

Diferença entre rede e fluxo em situações de violência 19

Função apoio e o Apoio Matricial Intersetorial no encontro entre trabalhadores de diferentes políticas públicas 21

Em casos de violência, quais situações são comuns em sua rotina de trabalho? 24

E na prática, como posso fazer o Apoio Matricial? 27

Ferramentas para a prática de Apoio Matricial Intersetorial 31

Como trabalhar coletivamente? Práticas Colaborativas Intersetoriais 34

Mas como construir e realizar práticas colaborativas no enfrentamento às situações de exposição à violência? 36

Qualificando os encontros - cogestão e corresponsabilização 40

(Re)criando o sentido no trabalho a partir do Apoio Matricial Intersetorial 43

Em síntese 45

Referências 46

Apêndices 49

- Apêndice A – Sugestão de roteiro para discussão intersetorial de casos de violência (criança/adolescente) 49
- Apêndice B – Sugestão de roteiro para discussão intersetorial de caso de violência (mulheres) 53
- Apêndice C – Sugestão de roteiro para discussão intersetorial de caso de violência (idosos) 57



Apresentação

Este material foi escrito por profissionais e pesquisadores que têm trabalhado cotidianamente com situações de exposição à violência e buscado estratégias para seu enfrentamento.

Partindo do referencial da Ciência de Implementação (que visa a superação da lacuna entre o que é descoberto pela ciência e o que efetivamente acontece na realidade dos serviços[1]) foi criado o Liame - Serviço Público de Psicanálise e Matriciamento para Situações de Violência, que funciona como uma usina permanente de produção de conhecimento sobre o tema. Temos reunido profissionais das políticas de Saúde, Assistência Social e Educação para favorecer a construção de redes intersetoriais no enfrentamento às situações de violência. O que vocês encontrarão nesta série de cartilhas é proveniente do saber construído coletivamente e de maneira participativa.

Se considerarmos a totalidade das formas de expressão da violência, percebemos que esta atravessa os sujeitos de muitas maneiras e gera procura por diferentes serviços públicos: crianças que vivem situações de violência intrafamiliar e comunitária estão nas escolas, mulheres em situação de violência doméstica chegam aos serviços de saúde e, por vezes, se queixam de problemas de ordens físicas sem diagnóstico explícito[2]. Nos Centros de Referências da Assistência Social (Cras), muitas vezes, a tentativa dos profissionais em prevenir situações

de vulnerabilidade e risco social[3] se vê frustrada pela violência estrutural que nega direitos a populações marcadas de maneira interseccional por posicionamentos de classe, raça, gênero, orientação sexual, entre outros. A violência, portanto, está por toda parte.

Diante do tamanho do problema, escutamos com frequência a angústia sentida pelos profissionais quando se veem defrontados com a violência. "Por que eu fui perguntar se estava acontecendo alguma coisa?", "O que eu faço agora?", "A gente sabe identificar, mas o que vamos fazer?" são algumas das questões que os trabalhadores se fazem após escutarem relatos de violência. Você já se perguntou ou escutou algum colega realizar os mesmos questionamentos?

Sendo assim, esta série de cartilhas busca construir possíveis caminhos para enfrentar as situações de exposição à violência e suas sequelas sobre a saúde mental. Entendemos que existem mecanismos que são próprios dela que a tornam não só muito difícil de ser denunciada pelos usuários, mas também de ser escutada pelos profissionais. É como se a violência fosse não só inominável, mas também inaudível[4], confrontando os trabalhadores com a insuportável realidade que atravessa os usuários das políticas públicas.

É difícil controlar o nó na garganta ao nos depararmos com os dados de violência do Brasil, mas atuar nas diferentes políticas contra a violência com responsabilidades na linha de frente pode ser ainda mais angustiante. Reafirmamos que a lógica para o enfrentamento às situações de violência deve ser a da produção de ações que efetivamente consigam produzir cuidado, para além da mera produtividade[5].

Sabemos que profissionais que escutam e acompanham situações de violência são atravessados pelos efeitos subjetivos e institucionais desse trabalho[6]. A violência vivenciada pelos usuários deixa estilhaços sobre as equipes de frente, produzindo fragmentação, identificação, urgência e impasses de manejo. Buscamos capacitar os profissionais para o reconhecimento da violência na vida do usuário e também ofertar ferramentas para que a rede consiga se sustentar no cuidado aos usuários.

Assim, esta série será composta por cinco cartilhas que procurarão abordar as seguintes questões:

1 - Tecendo redes: o apoio matricial intersetorial

2 - A rede de proteção: acolhimento radical

3 - Entrelaçando o cuidado: estratégias restaurativas e intersetoriais no trabalho com situações de exposição à violência

4 - Desembaraçando o novelo da clínica: intervenções grupais breves

5 - Fiando laço a laço: intertransferências e vínculo-rede

Iniciamos esta série com o **Apoio Matricial Intersetorial** como estratégia e modo de funcionamento porque permite melhorar a leitura compartilhada dos casos, reduzir fragmentação, evitar sobreposição de ações, qualificar o uso da rede já existente e criar a base a partir da qual acolhimento radical, o apoio restaurativo, as intervenções breves e a análise intertransferencial poderão ser, posteriormente, aprofundados.

O exercício da "função" apoio favorece que possamos partir de uma série de iniciativas e políticas que já estão dadas em diversos setores, principalmente na saúde, na assistência social e na educação. Por isso, apostamos que as transformações na forma de funcionar podem ativar e aumentar o impacto das ações já existentes.

Esta série de cartilhas destina-se aos profissionais dos diferentes níveis de complexidade dos serviços das Políticas de Saúde, Assistência Social e Educação que queiram melhorar os resultados de seu trabalho no enfrentamento à violência e visa ampará-los nessa difícil e importantíssima tarefa.

Boa leitura!



O caso da Ana

Ana tem 38 anos. É uma mulher negra, mãe de Eduardo, de 15 anos, e Júlia, de 8 anos. Mora em uma ocupação localizada na periferia de uma cidade de médio porte, num território marcado por vulnerabilidades sociais e dificuldade de acesso a direitos básicos, como alimentação e saneamento básico. A família já teve a casa alagada diversas vezes, o que a aproximou da equipe da Unidade Básica de Saúde e possibilitou seu acesso ao Centro de Referência da Assistência Social (Cras) para o recebimento do Bolsa Família.

Ana trabalha como diarista e é atualmente a principal responsável pela renda da família, o que tem gerado períodos de instabilidade financeira. Relata dificuldade em manter uma rotina devido ao cansaço constante, aos problemas de sono e à insegurança em oferecer seu trabalho a novas pessoas.

Possui poucos vínculos comunitários e costuma dizer que prefere "não incomodar ninguém".

Seu companheiro, Marcos, com quem se relaciona há muitos anos, é pai de Júlia. Foi demitido de seu último emprego, e para compor a renda familiar, realiza pequenos trabalhos como ajudante de pedreiro. Desde a demissão, intensificou o uso de álcool, especialmente em momentos de maior conflito e sofrimento no contexto familiar.

Há cerca de um ano, Ana passou a frequentar a Unidade Básica de Saúde (UBS) com queixas recorrentes de dor de cabeça, sensação de fraqueza, dificuldades para dormir e sensação de preocupação constante e necessidade de permanecer atenta a tudo o que estava ao seu redor, atribuindo inicialmente essas manifestações às alterações da pressão arterial, condição pela qual já realizava acompanhamento em sua cidade natal, em outro estado.

A aproximação com a equipe da UBS acontece por demandas aparentemente desconectadas: renovação de receita, dores persistentes, insônia e preocupação com os filhos. Em diferentes atendimentos, Ana apresenta sofrimento intenso, mas fala pouco sobre sua história.

Costuma ser mais evasiva e apreensiva quando a equipe do acolhimento pergunta sobre seus sentimentos ou sobre sua família. É comum notar marcas em seu corpo durante o exame físico, justificadas sempre por acidentes de trabalho ou domésticos. Para a equipe era perceptível que perguntas muito diretas sobre o contexto atual de vida produziam um certo afastamento, mesmo quando o choro parecia interromper sua fala, fazendo com que Ana deixasse de comparecer aos retornos agendados.

Quando Ana aumenta a frequência de procura pelo serviço, a equipe passa a se perguntar o que fazia com que ela buscasse tantas vezes por atendimento, mostrando-se, ainda assim, tão relutante a falar sobre o que estava vivendo.

Vinha sempre sozinha e evitava permanecer muito tempo na UBS. Em algumas ocasiões, precisou interromper o atendimento para responder mensagens ou atender ligações urgentes no celular, mostrando-se visivelmente tensa.

Bia, Agente Comunitária de Saúde (ACS) a conhecia. Relatou que era comum que alguns vizinhos demonstrassem preocupação ao falar da família de Ana, com quem ela raramente consegue falar, seja por telefone ou nas visitas domiciliares. Sente que Marcos costuma impedir, com hostilidade, a aproximação ou entrada na casa e percebe que a circulação de Ana pelo território é muito escassa.

Entretanto, a violência ainda não havia sido nomeada explicitamente. Em um dos atendimentos, quando perguntada sobre se havia algo acontecendo em casa que pudesse estar aumentando seu sofrimento, Ana responde: “ele é uma boa pessoa. É trabalhador e um bom pai, até para Eduardo, de quem nem pai é. Sempre foi um pouco nervoso, mas tenho certeza de que o problema sou eu. Ninguém merece viver com uma pessoa louca como eu”.

A dificuldade em construir continuidade no cuidado de Ana começa a produzir angústia em alguns trabalhadores do acolhimento, fazendo com que o caso seja levado para discussão na reunião da equipe Saúde da Família (eSF). Nesse encontro, torna-se possível avançar não apenas na história de vida de Ana, mas também na história construída entre Ana e o próprio serviço.

Nessa reunião, Bia conta que não é comum ver Ana circulando pelo bairro. Em uma visita domiciliar de rotina, foi possível conversar com Eduardo que, por sua vez, tem faltado à escola, justificando tais faltas pela preocupação com a irmã.

Uma técnica de enfermagem se lembrou de um atendimento mais longo, no qual Ana conseguiu relatar, ainda com dificuldade, situações marcadas por controle, ameaças e episódios de violência praticados pelo companheiro. Conta que já havia tentado buscar ajuda anteriormente, mas sentiu que precisava repetir muitas vezes sua história para diferentes interlocutores e que, como cada serviço lhe indicava um novo lugar para procurar, não se sentia com forças para tanto.

Neste dia, a assistente social da equipe multiprofissional (eMulti) participava da reunião e propôs uma aproximação com o Cras, pensando na ampliação do cuidado e na garantia de direitos da família. Assim, é realizada uma reunião para compartilhamento do caso entre profissionais da eSF, a assistente social da eMulti e a assistente social do Cras do território, Sílvia. Já havia existido uma aproximação do serviço da Proteção Social Básica em relação a Ana, contudo, ninguém da saúde sabia disso.

A partir dessa articulação com a rede socioassistencial, identifica-se que a família já havia tido contato anterior com o Centro de Referência Especializado da Assistência Social (Creas), após denúncia envolvendo insegurança alimentar e negligência, mas que o acompanhamento havia sido interrompido após sucessivas ausências.

Inicialmente, a demanda da usuária, compartilhada com o Cras, envolvia questões socioeconômicas, mas ao longo do encontro, novos elementos começaram a aparecer: destacando-se o isolamento social, conflitos intrafamiliares e afastamento das relações comunitárias, assim como a dificuldade de reconhecer os serviços como lugares de apoio e cuidado.

Com a ampliação do cuidado, a UBS procura a escola e relata preocupação com Eduardo. O adolescente, antes participativo e interessado especialmente em atividades ligadas à tecnologia, passou a faltar com frequência, a envolver-se em conflitos com colegas e a dormir em sala de aula, sofrendo uma queda importante no rendimento escolar.

Eduardo está há 8 meses fora da escola, que realizou tentativas de contato com a família, sem sucesso. Relatam que o adolescente passou a circular com pessoas mais velhas no território e que realizava trabalhos informais para contribuir com a renda familiar.

Há relatos de que Marcos tem exigido que Eduardo "vire homem", responsabilizando-o pelo pagamento das contas fixas da casa. O adolescente apresenta mudanças importantes de comportamento, incluindo irritabilidade, isolamento e faltas frequentes às atividades comunitárias das quais participava anteriormente.

Compreendendo o comportamento de Eduardo como "agressivo" e "desafiador", a orientadora pedagógica solicita uma avaliação psiquiátrica com urgência, enquanto a professora Elsa - com quem Eduardo era mais vinculado anteriormente - propõe outra leitura: em alguns momentos, o adolescente diz que "ninguém entende o que acontece em casa", demonstrando preocupação constante com a mãe.

Júlia está matriculada em uma escola do ensino fundamental, e em conversa com os educadores, a equipe da saúde soube que ela apresenta dificuldade de aprendizagem e de concentração e que, diferente do irmão, mostra-se mais silenciosa. Chora frequentemente, principalmente quando a mãe se atrasa para buscá-la. Também apresenta faltas frequentes, justificadas por dores no corpo, tonturas e dores abdominais.

Durante uma atividade pedagógica, Júlia desenhou o que parecia ser uma briga entre adultos e relatou à professora que "quando o pai bebe, todo mundo fica com medo". A criança também revelou que, em algumas ocasiões, presenciou o pai empurrando a mãe e quebrando objetos dentro de casa.

A equipe da UBS também começa a sentir-se fragmentada. Alguns trabalhadores enfatizam a necessidade urgente de denúncia, proteção e responsabilização do agressor. Outros se preocupam com a possibilidade de Ana voltar a se afastar caso as estratégias sejam construídas sem sua participação. Angustiada, Dora, a médica de família e comunidade comenta: "Às vezes parece que estamos falando de muitos casos."

Entre o medo de que algo grave aconteça e a frustração relacionada à sensação de que Ana "não seguia as orientações", a equipe se depara com outros fragmentos da história de Ana: a família está em risco de bloqueio do Bolsa Família devido à evasão escolar de Eduardo e Júlia, o que gerou uma notificação à equipe do Conselho Tutelar, que, em tentativa de busca ativa, ouviu

de vizinhos que "as brigas na casa são constantes, com gritos que varam a madrugada" e que em momentos como este, Eduardo passa a noite na rua ou na praça do bairro para não ficar em casa.

Diante da gravidade da situação, alguns trabalhadores desejam construir respostas imediatas que pudessem eliminar rapidamente o risco: acionar todos os serviços disponíveis, definir caminhos pela família e garantir que Ana se afastasse do companheiro. Ao discutirem coletivamente, percebem que parte dessa urgência também expressava o impacto que a violência produzia neles próprios.

Frente ao observado, Dora e Bia se organizam para levar a discussão do caso para uma reunião composta por representantes dos serviços da saúde, assistência social, educação e justiça.

Ao apresentar o caso da "Ana", Dora busca construí-lo como se Ana estivesse presente, cuidando para não expor sua história como um mero conjunto de informações que pudesse reduzi-la a uma sequência de riscos ou violações e não a uma pessoa que sofre.

A partir desse esforço desencadeado por Dora e Bia, o caso passa a ser discutido de forma ampliada. Os fluxos de cuidado começam a aparecer na discussão, possibilitando que os trabalhadores ali presentes pudessem pactuar quais responsabilidades seriam compartilhadas e quais ações caberiam a cada ponto da rede. Além disso, puderam dialogar sobre a importância de se considerar qual era a relação de Ana com cada um dos serviços, mas, o mais importante, com as pessoas que trabalhavam nos serviços e com quem ela se sentia vinculada, e, portanto, tinha mais confiança.

Nessa série de encontros, os trabalhadores puderam perceber que elementos fundamentais não apareciam nos fluxos formais: a professora em quem Eduardo confia, uma vizinha próxima de Júlia, a relação estreita construída com a ACS Bia e um grupo de mulheres existente no território.

A rede deixa então de ser pensada apenas como conjunto de serviços e passa a ser compreendida como uma trama de vínculos que precisa ser reconhecida, fortalecida e sustentada. Uma rede feita de gente para quem a história foi contada, e com quem alguém dessa família confia e está vinculada. Uma rede feita de pessoas com quem a história pôde ser compartilhada e na qual novos laços de confiança poderão ser construídos.

Ana, Eduardo e Júlia são convidados para um atendimento familiar na UBS. Dora e Bia participam do encontro e, juntos, iniciam a construção de um projeto de cuidado feito a muitas mãos, que pode ser validado pela família e depois desdobrado de acordo com as necessidades de cada um.

Ao longo do acompanhamento, novos impasses aparecem e há necessidade de que estratégias de atenção sejam pensadas para seu enfrentamento. Há momentos de aproximação e afastamento, tanto da família quanto dos trabalhadores. Algumas propostas precisam ser revistas a partir da avaliação coletiva do cuidado construído. Mas o caso, agora, permanece no centro, como um analisador dos jeitos de fazer rede.

A equipe percebe que a violência parece não ser um problema apenas de quem a vive diretamente, e passa a sentir seus efeitos tanto nos trabalhadores quanto nos serviços. Diante disso, compreendem que novos encaminhamentos, isolados, não seriam suficientes. Seria necessária uma construção compartilhada do cuidado.

Em vez de perguntar "qual serviço deve assumir o caso?", os trabalhadores passam a construir outra questão: "Que rede podemos construir para que a Ana e sua família possam ser cuidados da forma menos solitária possível?"



Ao final, o que sabemos da violência no Brasil?

A violência é um problema social grave e persistente que acompanha a história da humanidade[7]. É considerada um importante problema para a saúde pública, na medida em que - globalmente - afeta bilhões de pessoas todos os anos, causando impactos na saúde física e mental dos que são por ela atingidos[8].

Sua mitigação está prevista nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da Agenda 2030[9]. Contudo, no contexto brasileiro, ainda estamos distantes de atingir esses objetivos. Em relação aos homicídios, por exemplo, encontramos um cenário desigual entre as regiões: enquanto no Brasil como um todo houve redução de 8,6% entre 2019 e 2024, encontramos expressivo aumento no mesmo período, especialmente nas unidades federativas do Maranhão e do Ceará[10].

Ao mesmo tempo, o que se verifica no País é um recrudescimento da cultura misógina, que mantém operante os valores do patriarcado[10]. Embora entre os anos de 2014 e 2024, a redução na taxa de homicídio de mulheres, notificados pelo sistema de saúde tenha sido de 27,7%, ainda tivemos 46.336 mulheres assassinadas no País neste período de 10 anos[10]. Ademais, houve aumento nas taxas de feminicídio em sete estados brasileiros no mesmo período. São eles: Ceará, Espírito Santo, Goiás, Maranhão, Mato Grosso do Sul, Paraná e Roraima.

Além disso, o racismo estrutural fundante do Estado brasileiro segue operando visivelmente na violência: 77% do total de homicídios registrados no País são de pessoas negras, ou seja, 89,9 pessoas negras são assassinadas todos os dias no País[10]. Ainda é importante considerar que a redução dos registros de homicídios no Brasil entre 2014 e 2024 foi de 21,7% para pessoas negras, enquanto para pessoas não negras foi quase o dobro: 38,9%[10]. Esses dados explicitam a influência dos marcadores sociais da diferença e suas intersecções nas ocorrências de violência em âmbito nacional.



Por que a violência interfere nas condições de saúde mental?

A exposição a situações de violência produz impactos significativos na saúde mental. Em crianças e adolescentes, essa vivência está associada a dificuldades de socialização[11]; entre mulheres, está associada à baixa autoestima, estresse, ansiedade, depressão, uso abusivo de álcool e de outras drogas, entre outros sintomas[2].

Esses efeitos nem sempre chegam aos serviços nomeados como violência. Muitas vezes, aparecem de forma fragmentada e inespecífica no cotidiano das políticas públicas: como sintomas físicos e como sofrimento psíquico que chegam aos serviços de saúde, nas faltas, mudanças de comportamento e dificuldades de aprendizagem percebidas pela escola, ou ainda nas situações de vulnerabilidade e de rompimento de vínculos acompanhadas pela assistência social. É justamente nesse cotidiano, marcado por entradas parciais e leituras ainda dispersas, que se coloca o desafio de construir respostas compartilhadas.

A estrutura racista da sociedade brasileira também impacta a saúde mental dos sujeitos negros. O que se verifica é que o mito da superioridade branca promove estilhaçamento da identidade racial na população negra, produzindo desejos de negação da própria raça e cultura, o que leva ao que Fanon denominou de "inferioridade do colonizado"[12].

Em nosso País, verificamos uma secular vinculação entre a população negra e a loucura, com violento processo de manicomialização desses sujeitos[13]. Estão contempladas

nas estratégias da Política Nacional de Saúde da População Negra as ações de prevenção e enfrentamento às violências e o fortalecimento da atenção à saúde mental das crianças, adolescentes, jovens, adultos e idosos negros[14].

Podemos entender, assim, que a violência não atinge os grupos sociais de forma homogênea, mas é um fenômeno atravessado pela intersecção da posição dos sujeitos em relação a gênero, raça, classe, território, relações familiares, história de vida e dinâmicas institucionais. Ela também atravessa os serviços e os trabalhadores, tensionando a escuta, produzindo urgência, sensação de impotência e sobrecarga. Por isso, enfrentá-la exige criar condições para que diferentes atores possam sustentar, em rede, o cuidado a situações complexas.

Temos um alarmante cenário em relação às violências vivenciadas pelo povo brasileiro. Estratégias para seu enfrentamento precisam ser priorizadas nas políticas públicas. No âmbito do Ministério da Saúde, este tema tem sido recorrentemente debatido e priorizado. Nos últimos anos, tivemos importantes publicações, como o "Guia Prático de Cuidado à Mulher em Situação de Violência"[2], voltado a profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) ou ainda a publicação "Atenção às Situações de Violência"[15] para profissionais médicos da APS.

Ao mesmo tempo, entende-se que o enfrentamento às violências exige ação coletiva por meio de articulações intersetoriais entre os múltiplos setores das políticas públicas - como saúde, educação, assistência social e justiça - e a sociedade civil[16].

É nesse ponto que se insere esta Cartilha, que apresenta o apoio matricial intersetorial e a construção compartilhada do cuidado como dispositivos capazes de qualificar a articulação entre saúde, assistência social e educação no território e ampliar a produção de saúde mental. Não é possível superar as violências por meio de ações isoladas, sendo urgente apoiar a produção de respostas coletivas e intersetoriais no enfrentamento às violências.



Tecendo redes: o que isso muda na minha prática?

É comum ouvirmos no cotidiano dos serviços uma afirmação que atravessa diferentes políticas públicas: "a rede não funciona". Essa sensação, muitas vezes compartilhada entre trabalhadores, usuários e gestores, expressa experiências concretas de fragmentação, descontinuidade e solidão diante de situações complexas. Mas quando dizemos que a rede não funciona, de qual rede estamos falando?

Frequentemente, pensamos em rede a partir dos serviços disponíveis em determinado território: o postinho de saúde, escolas, centros de referência da assistência social, serviços especializados em saúde mental, entre tantos outros pontos que podem compor um certo itinerário de cuidado de uma pessoa.

Sabemos quão importantes são todos esses serviços, que, no geral, têm em seus objetivos principais a garantia de acesso a direitos e uma proposta de complementariedade ou continuidade nos projetos de cuidado. Protocolos, fluxos e pactuações institucionais são conquistas importantes das mais variadas políticas públicas e, no geral, nos auxiliam a dividir responsabilidades na condução de um caso.

Entretanto, mesmo quando há a presença de diferentes serviços no território, a sensação de fragmentação do cuidado é narrada por trabalhadores e por usuários como algo comum. Muitas vezes, acabamos por responsabilizar fluxos ou políticas que pouco conhecemos quando

a lacuna entre a burocracia e a prática nos angustia e produz um sentimento de solidão com relação ao acompanhamento de um caso. E essa sensação se dá de forma ampliada quando somos convocados à sustentação de casos complexos, como o caso da Ana.

É comum que, em casos desta natureza, as diferentes compreensões sobre os processos de trabalho e responsabilidades diante de um caso provoquem nos trabalhadores uma ideia de que os serviços estão paralisados ou ainda que não está se fazendo nada.

Encaminhamentos não acolhidos, usuários que circulam por diferentes serviços repetindo suas histórias para inúmeras pessoas, e questionamentos diante de condutas do outro serviço são experiências comuns no cotidiano dos serviços. Mas afinal, que fluxo é esse que não constrói rede?

Falamos sobre a ruptura dos vínculos ser um dos efeitos deletérios mais evidentes da violência. Para o usuário, a violência traz grandes impactos na forma como se relaciona com as pessoas, com sua família e com sua comunidade, e não é estranho que esses efeitos de ruptura e desligamento se deem também com os serviços. Ao mesmo tempo, a violência produz efeitos nos trabalhadores e nas instituições, mobilizando urgência, impotência, medo de errar ou uma sensação de solidão e abandono, sensações que são amplificadas quando há uma certa insistência em defender que respostas fragmentadas seriam efetivas para o cuidado.

Para os casos em que a violência está no cerne do sofrimento, construir redes de cuidado exigirá mais do que conhecer os serviços disponíveis no território. Exigirá que passemos a nos relacionar com as pessoas que trabalham nesses serviços, identificar como essa relação se dá com o usuário e quais relações precisarão ser estabelecidas para que uma rede se construa de fato.

Agora, convidamos você a pensar a rede como movimento: uma construção produzida no encontro entre usuários, trabalhadores, serviços e territórios, como um bordado feito a muitas mãos. Rede como um fio que se enlaça em outro fio e que se enlaça em outro fio.



Diferença entre rede e fluxo em situações de violência

Voltando à Ana, acompanhamos ao longo da construção do caso a ampliação dos atores envolvidos em seu cuidado. Dos comparecimentos pontuais para renovações de receitas e queixas desconectadas, passamos a acompanhar fragmentos da situação de violência experimentada aparecer: nos relatos dos vizinhos trazidos pela ACS, na consulta com a enfermeira e com a técnica de enfermagem, na preocupação da médica da família Dora. Em seguida, redescobrimos o vínculo pregresso com o Creas, a preocupação da escola, a vizinha próxima da família, o grupo de mulheres do território. Todos esses atores vão se somando ao longo da construção de seu cuidado e criando possibilidades de atenção para a família.

A narrativa do caso coloca em centralidade o quanto situações de violência são problemas complexos que não podem ser cuidados de maneira isolada[2]. É preciso construção compartilhada para elaboração de estratégias de enfrentamento. Reiteramos que o enfrentamento às situações de violências exige ação coletiva e ultrapassa as políticas setoriais, exigindo articulação entre os múltiplos setores das políticas públicas em conjunto com a sociedade civil[16].

Os municípios constroem fluxogramas para o encaminhamento de situações de violência. Estes costumam ser organizados a partir do tipo de público focalizado ou pela tipologia da violência: crianças e adolescentes, mulheres, idosos em situação de violência; ou ainda, fluxos específicos para casos de violência sexual.

No caso dos fluxogramas específicos para assistência às crianças e adolescentes em situação de violência, estes inspiram-se em marcos legais que estabelecem a necessidade de articulação entre diferentes serviços e políticas na assistência em situações de exposição à violência[17,18]. Costumam incluir serviços de saúde em suas diferentes portas de entrada, como UBS, Hospitais, Unidades de Pronto Atendimento, as escolas municipais e estaduais, os Centros de Referência de Assistência Social (Cras), os Centros de Referência Especializados de Assistência Social (Creas), os Conselhos Tutelares, o Ministério Público, entre outros, a depender da organização de cada município.

A existência desses fluxogramas é importante na orientação dos serviços para casos de exposição à violência, afinal, possibilitam o direcionamento da assistência entre diferentes serviços e políticas e criam sistemas de comunicação institucional[19]. As fichas de referência e contrarreferência também entram nesta organização.

Contudo, os fluxogramas, por si só, não são suficientes para dar conta do enfrentamento às situações de violência. Por vezes, burocratizam e não contemplam a efetiva realidade dos serviços e da vida dos usuários. Ou seja, a descrição dos passos a serem seguidos pelos serviços não responde a todas as necessidades dos usuários e do que acontece no encontro entre trabalhadores e usuários nem basta para sua efetiva operacionalização. Neste sentido, fazemos uma distinção importante entre fluxo e rede:

Fluxograma: protocolos de organização dos encaminhamentos e das comunicações entre serviços intersetoriais para garantir atendimento integral a determinada condição

X

Rede: é sempre plástica, mutável e efêmera. Emerge a partir da necessidade de cada usuário e depende das relações que se estabelecem entre profissionais na construção de um projeto comum

Função apoio e o Apoio Matricial Intersetorial no encontro entre trabalhadores de diferentes políticas públicas

Como vimos no caso da Ana, situações de violência exigem práticas coletivas para seu enfrentamento, com articulação entre diferentes profissionais, serviços e políticas. Por isso, é necessário tecer redes intra e intersetoriais a partir da singularidade de cada usuário e do território em que este está inserido e não somente observando as prescrições dos fluxogramas das diferentes políticas.

Acompanhando a rede de cuidado tecida para Ana e sua família, vimos que ela começa a ser composta pelos fios oferecidos pelas diversas políticas, entrelaçando-se na construção de uma malha inteiriça, na direção do cuidado integral da usuária e de sua família.

Ao longo do itinerário terapêutico da usuária, vemos encontros bem-sucedidos entre os trabalhadores: nas reuniões de equipe da eSF da UBS, os diferentes pontos de vista dos profissionais são apresentados e considerados na construção coletiva de seu cuidado; ao mesmo tempo, a aproximação com profissionais das políticas de assistência social e educação foi produtiva, e Ana foi mantida no centro das discussões intersetoriais acerca de seu cuidado.

Pudemos observar como a relação da usuária com a ACS Bia se estreita, como passa a ser incluído em seu cuidado o grupo de mulheres existente no território e que a professora de Eduardo consegue ser reconhecida como aliada no cuidado da família.

Mas, nos dirão: "na prática a teoria é outra!". Pois é, sabemos que nem sempre a realidade opera de maneira tão "feliz" como se vê no caso da Ana: há desencontros na construção do cuidado entre os diferentes atores, as divergências aparecem, nem sempre sabemos como agir e quem acionar, a alta rotatividade de profissionais nos serviços fragiliza a construção de vínculo destes não só com usuários, mas também entre eles, com o território e com a rede intersetorial.

PARA REFLETIR

- No seu serviço, há trocas constantes de profissionais? Se sim, quais impactos você observa na rotina de trabalho de sua equipe?
- No serviço em que você atua, há reuniões de equipe?
- O que costuma ser discutido nas reuniões?
- Você se sente à vontade para falar nos espaços coletivos?
- Como costuma funcionar a articulação intersetorial dentro do seu território ou na sua cidade?
- Você acha que algo pode ser mudado nos espaços coletivos para que o cuidado às pessoas em situação de violência seja melhor sustentado?

Porém, mesmo com todas as dificuldades encontradas no cotidiano das políticas públicas e na articulação intersetorial, afirmamos que há esperança possível. Há uma multiplicidade de trabalhadores que constroem as políticas de saúde, assistência social e educação todos os dias. Experiências desenvolvidas em diferentes regiões do País demonstram que é possível construir respostas qualificadas para o enfrentamento da violência por meio do trabalho colaborativo.

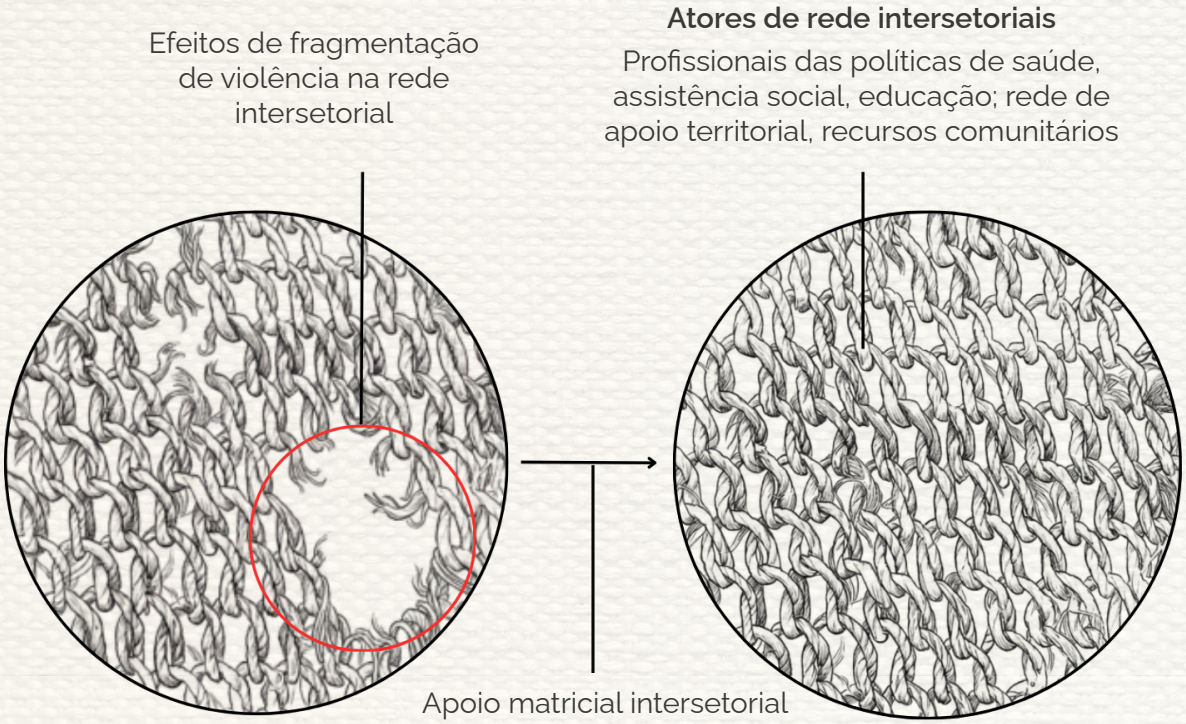
Apresentamos o **Apoio Matricial Intersetorial** como um arranjo capaz de transformar os encontros entre os trabalhadores das diferentes políticas públicas. Entendemos que diferentes profissionais (em diferentes cargos e em diversas políticas públicas) podem exercer a **Função Apoio**, tendo em mãos uma maleta de ferramentas que leve em conta elementos da cogestão, da corresponsabilização e do trabalho colaborativo. Portanto, nas próximas páginas apresentaremos esses conceitos, como eles alteram as práticas cotidianas e ofereceremos roteiros que podem auxiliar nos encontros entre trabalhadores que se deparam com situações de exposição à violência.

Abaixo, vê-se uma imagem representativa do percurso construído nesta Cartilha. A colcha de retalhos traz em si a dimensão da Rede, cada retalho diz respeito aos atores da Rede de cuidado intersetorial das políticas de saúde, assistência social e educação. Nela verificam-se

buracos, que representam os efeitos desagregadores da violência, capazes de desentrelaçar as linhas que unem os retalhos. O Apoio Matricial Intersetorial é representado pelas linhas que costuram os retalhos, como uma ferramenta capaz de auxiliar nos encontros da Rede Intersetorial para a construção de "**inéditos viáveis**" - à la Paulo Freire[20] - em relação às situações de exposição à violência.

Traduzindo para a prática	
Conceito: Inédito Viável	No dia a dia, trata-se de superar pouco a pouco as situações-limites, fazendo coisas inusuais como: a partir de uma consulta, ações de prevenção e promoção de saúde, atividades grupais e ações em espaços comunitários no território.

Figura 1 – ilustração dos efeitos esperados do Apoio Matricial Intersetorial na remalhagem da rede intersetorial a partir das ações dos atores da rede intersetorial nas situações de exposição à violência





Em casos de violência, quais situações são comuns em sua rotina de trabalho?

- Dúvidas sobre o que fazer com o caso
- Conflitos entre serviços
- Ausência de comunicação entre serviços
- Ausência de compartilhamento do caso
- Encaminhamentos repetidos
- Falta de definição de responsabilidades
- Sensação de que ninguém está conseguindo cuidar e/ou acompanhar
- Ausência de vínculo entre profissionais e usuário

Sabemos que nem sempre quando os profissionais se encontram, constroem-se articulações potentes capazes de produzir práticas de cuidado efetivas. O Apoio Matricial Intersetorial é apresentado, portanto, como um arranjo para **qualificar o cuidado e a articulação** entre atores das diversas políticas públicas na construção de práticas colaborativas de enfrentamento às situações de exposição à violência.

VOCÊ SABIA?

O **Apoio Matricial** é uma proposta formulada no campo da Saúde Coletiva, adotada no final da década de 1990, mas nos anos 2000 foi institucionalizado no SUS e passou a ser incorporado às políticas públicas e programas do Ministério da Saúde, tais como o HumanizaSUS, a Política Nacional de Saúde Mental e a Estratégia Saúde da Família [21]. A sua proposta se expandiu para outras áreas especializadas, passando a ser concebido como diálogo entre equipes de referência da Atenção Primária à Saúde (APS) e especialistas, contudo, ainda restrito à área da saúde [21].

O Apoio Matricial propõe um modo de produzir saúde criado por meio de propostas de intervenção **pedagógico-terapêuticas** construídas por duas ou mais equipes em processos compartilhados[22]. Seu sentido está em criar condições para que diferentes profissionais ampliem, juntos, sua capacidade de leitura, intervenção e sustentação de situações complexas.

FIQUE ATENTO

Dimensões do Apoio Matricial

- **Técnico-pedagógica:**

  Nesta dimensão, o apoio matricial tem a função de produzir apoio educativo com e para a equipe. Exemplo: compartilhamento de saberes e tecnologias, tradução do conhecimento e ampliação do processo de reflexão e análise crítica dos casos, processos e serviços.

- **Clínico-Assistencial:**

  Nesta dimensão, podemos identificar a função do apoio matricial no atendimento direto à população. Exemplo: discussão de um caso, atendimento compartilhado, acompanhamento de casos e visita domiciliar compartilhada.

- **Ético-Político:**

  Nesta dimensão, o apoio matricial tem a função de sustentar um posicionamento ético com e para a equipe, e político, em defesa do cuidado ao usuário. Exemplo: isso envolve reconhecer a singularidade do caso, evitar julgamento moral, considerar marcadores de gênero, raça, classe e território e afirmar o trabalho colaborativo como compromisso público.

Da forma como foi concebido, o **Apoio Matricial** consegue estimular a articulação entre diferentes profissionais na construção de redes singulares para cada usuário dentro da área da saúde. Para isso, essa proposta busca romper com a lógica dos excessivos encaminhamentos na direção da corresponsabilização alcançada por meio de um padrão de relação entre trabalhadores e usuários que preconiza o diálogo[23,24].

Para o enfrentamento de situações de exposição à violência, também se faz necessária **a construção compartilhada de uma rede singularizada**. Contudo, sabemos dos desencontros entre os distintos serviços, políticas públicas e ofertas para as pessoas que os acessam. Aderidos a culturas institucionais e setoriais distintas, a simples denominação de uma rede como intersetorial não produz efetivo enfrentamento às violências.



E na prática, como posso fazer o Apoio Matricial?

É comum que surjam dúvidas sobre como agir diante de situações de violência. Para compreender esse processo (figura 2), vamos retomar o caso de Ana. A equipe da UBS **identificou uma situação de violência** e reconheceu que, para construir um plano de cuidado coerente com a realidade da usuária, seria necessário articular a atuação de outros serviços e setores. Nesse contexto, o profissional que possui maior vínculo com Ana — ou aquele que identificou a situação de violência — poderá assumir a função **de apoiador matricial** do caso. Sua função será mobilizar a equipe para mapear os serviços já envolvidos e aqueles que poderão contribuir para o acompanhamento da situação. Após esse levantamento, o apoiador, juntamente com a equipe, compartilhará e discutirá o caso com os demais setores envolvidos (apêndices A, B e C), como a assistência social e a escola. O objetivo é construir, de forma colaborativa, um plano de cuidado integrado, definindo as ações necessárias, os fluxos de comunicação e as responsabilidades de cada serviço e profissional envolvido.

Figura 2 – Seguindo os passos do apoio matricial intersetorial



Insistimos em destacar que **o apoio matricial é uma função** e não um posto de trabalho ou um cargo. Todos podemos exercê-lo quando necessário.

Em relação às mulheres expostas a situações de violência, retomamos aqui a definição de **"rotas críticas"** ao caracterizar o difícil caminho percorrido pelas usuárias nos diferentes serviços que compõem o mosaico pouco inter-relacionado da rede intersetorial [25].

SAIBA MAIS **SOBRE A ROTA CRÍTICA:**

A Publicação "*La Ruta Crítica que Siguen las Mujeres Afectadas por la Violencia Intrafamiliar en América Latina*", produzida pela Opas, narra as experiências de mulheres em Situação de Violência Intrafamiliar de 10 países da América Latina em serviços de saúde, justiça, assistência social e nas polícias.

Nele, produzem-se recomendações para as autoridades públicas de como qualificar políticas e programas na atenção às mulheres e famílias que vivem situações de violência. Entre elas, encontra-se a necessidade de esforços para a superação de fronteiras entre os diferentes setores e atores envolvidos (Sagot, 2000).

Ao não se constituírem relações qualificadas entre os diferentes serviços e políticas públicas, são produzidas respostas isoladas em cada instituição que, por vezes, se contradizem ou fazem ofertas que não contemplam a demanda de cuidado[25]. Neste processo, as mulheres em situação de violência interrompem sua busca de cuidado nas instituições públicas, caindo por entre os buracos da rede.

Temos observado em nossa prática que essa realidade não se restringe apenas às mulheres expostas à violência. Conforme explicitado, é característico do fenômeno da violência a fragmentação de coletivos e o isolamento[4], portanto, fazem-se necessárias propostas metodológicas que permitam qualificar o encontro entre sujeitos envolvidos no cuidado a estas situações.

O Apoio Matricial é uma tecnologia com aplicabilidade não só no campo da saúde, mas também no campo da assistência social e da educação. Entendemos que o Apoio Matricial pode ser reformulado dentro de uma perspectiva Intersetorial para auxiliar os profissionais das diferentes políticas públicas a produzirem práticas de cuidado efetivas e conectadas com a realidade diante de situações de exposição à violência.

VOCÊ SABIA?

Percebemos que vários serviços e trabalhadores estão envolvidos no caso de Ana. No entanto, em certos momentos, todos se sentiram sozinhos no cuidado e, por vezes, não conseguiram articular ações efetivas de forma conjunta. É neste lugar que o apoio matricial intersetorial pode ser realizado.

a) E como seria o apoio matricial intersetorial?
Em vez de pensar o caso agora entre profissionais do mesmo setor, ampliamos a discussão para discutir o caso em rede entre as diferentes políticas.
Por exemplo: a equipe de saúde da Ana amplia a discussão para pensar o caso juntamente com o Cras, a escola e os serviços que compõem a rede e o território.

b) Mas quem seria essa equipe? Quem faria esse apoio matricial?
R: Em cidades que possuem serviço de referência para o atendimento a vítimas de violência, qualquer trabalhador ou serviço pode solicitar a discussão do caso da Ana com os demais serviços da rede, em articulação com o serviço de referência.
Já em cidades que não contam com serviços especializados em violência, um profissional de referência, de qualquer serviço da rede, com vínculo com Ana ou com seus filhos, pode atuar como articulador da rede de proteção para a família, ocupando a função de apoiador.
Exemplo: Bia (ACS) é a porta de entrada do caso de Ana na UBS. Ela levou o caso para ser pautado em reunião de equipe, mas não se tornou a única responsável pelo acompanhamento, acionando a corresponsabilização da equipe que, em conjunto, definiu as funções de cada integrante no planejamento do cuidado à família de Ana. Bia (ACS) juntamente com a equipe, acionou o Cras. Daí, também foi possível a articulação com a escola e, assim, juntos, puderam construir um plano singular para cada membro da família, com pactuação das responsabilidades de cada serviço.

No encontro entre os diferentes atores da rede e também com o usuário, podem ser tecidas ações coletivas que considerem as responsabilidades de cada profissional e serviço e, ao mesmo tempo, sejam construídas de forma coletiva em um processo **horizontal** - ou seja - os rumos do cuidado daquela família não serão definidos por um único serviço ou profissional.

Cada um dos atores será integrado considerando seu saber, responsabilidade e possibilidade na direção da costura de uma rede singular que acolha as necessidades trazidas pelo usuário. Esta proposta caminha na direção da construção de coletivos que possam ultrapassar as caixas segmentadas das diferentes políticas públicas, em direção à cogestão, à comunicação efetiva, à cooperação mútua e à corresponsabilização entre os atores nas situações de exposição à violência[26].

APROFUNDE-SE

1. Com a implementação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) pela Portaria N.º 154 (Brasil, 2008), a lógica do Apoio Matricial embasou as diretrizes do trabalho dessas equipes. Sendo assim, houve a institucionalização dentro do SUS do Apoio Matricial como ferramenta de trabalho para as Equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) (Treichel et. al., 2019; Castro, 2017)
2. CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. O apoio Paideia e suas rodas: reflexões sobre práticas em saúde. São Paulo: Hucitec, 2017
3. Guia prático de matriciamento em saúde mental / Dulce Helena Chiaverini (Organizadora) ... [et al.]. [Brasília, DF]: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.
4. CASTRO, CP; CAMPOS, GWS. Apoio Matricial como articulador das 455 relações interprofissionais entre serviços especializados e atenção primária à saúde. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 26 [2]: 455-481, 2016
5. TREICHEL, CAS; ONOCKO-CAMPOS, RT; CAMPOS, GWS. Impasses e desafios para consolidação e efetividade do apoio matricial em saúde mental no Brasil. Interface (Botucatu). 2019; 23: e180617 https://doi.org/10.1590/Interface.180617



Ferramentas para a prática de Apoio Matricial Intersetorial

Até aqui, percorremos os principais conceitos e fundamentos do apoio matricial, compreendendo sua importância para a construção intersetorial de projetos singulares de cuidado e proteção às pessoas em situação de violência. Mas, afinal, como colocar tudo isso em prática? Pensando no caso da Ana, o que poderia ter dado errado?

- Apenas encaminhar ao Creas
- Não envolver a escola
- Apenas encaminhar para à UBS
- Não definir responsáveis
- Não realizar acompanhamento e monitoramento do caso
- Apenas seguir o fluxo estabelecido

Muitas coisas poderiam ter ocorrido. Por isso, organizamos duas ferramentas que poderão auxiliar sua atuação no cotidiano dos serviços. Esperamos que este material possa ser consultado sempre que necessário, fortalecendo a construção compartilhada do cuidado e o trabalho em rede.

Maleta de ferramentas: Apoio matricial

Em quais espaços e serviços posso realizar o apoio matricial?

O apoio matricial pode ser desenvolvido em diferentes serviços e espaços da rede, de acordo com as necessidades do território e das equipes. Alguns exemplos são:

- Unidades Básicas de Saúde (UBS)
- Equipes multiprofissionais na APS (eMulti)
- Centros de Atenção Psicossociais (Caps)
- Centros de Especialidades (Médicas ou Odontológicas)
- Hospitais
- Centros de Referência de Assistência Social (Cras)
- Centros de Referência Especializados de Assistência Social (Creas)
- Centros de Educação Infantil (CEI)
- Escolas estaduais e municipais (Ensino fundamental, Ensino Médio e Ensino de Jovens e Adultos)
- Espaços intersetoriais

De qual forma posso fazer o apoio?

Existem diversas estratégias que podem ser utilizadas, dependendo da necessidade da equipe, do serviço ou do caso em discussão. Entre elas:

- Discussão compartilhada de casos.
- Atendimento compartilhado entre profissionais do mesmo ou de diferentes serviços.
- Atendimento individual.
- Atualizações e capacitações temáticas.
- Visitas domiciliares compartilhadas.
- Discussão de critérios de encaminhamento.
- Construção de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS).
- Reuniões de equipe.
- Discussões temáticas sobre violência.

Quem pode solicitar o apoio matricial intersetorial?

Qualquer serviço ou equipe da rede que identifique a necessidade de discutir um caso, qualificar uma intervenção, ampliar a compreensão de determinada situação ou fortalecer o trabalho em rede pode solicitar o apoio matricial.

De quem é a responsabilidade pelo caso após o apoio matricial?

O apoio matricial não transfere a responsabilidade pelo acompanhamento do caso. A responsabilidade deve ser compartilhada entre os serviços envolvidos, conforme as atribuições e competências de cada equipe. Por isso, falamos de co-gestão.

Como definir as responsabilidades de cada profissional e serviço?

É importante estabelecer acordos entre as equipes, construindo um contrato de trabalho compartilhado. Para isso, recomenda-se:

- Mapear os atores envolvidos no caso
- Valorizar o envolvimento de quem já tem vínculo ou empatia pelo usuário ou família em questão
- Identificar as atribuições de cada serviço
- Definir responsabilidades e estratégias de acompanhamento
- Pactuar formas de comunicação entre os profissionais
- Revisar os acordos sempre que necessário

Quando devo acionar a função apoio matricial?

O apoio matricial pode ser desencadeado por qualquer trabalhador quando houver:

- Casos complexos ou de difícil manejo
- Situações de violência
- Necessidade de articulação intersetorial
- Dúvidas sobre encaminhamentos
- Conflitos ou impasses no cuidado
- Necessidade de qualificação técnica das equipes
- Demandas que exijam construção compartilhada de estratégias de cuidado

O que evitar?

- Encaminhar sem acompanhar
- Esperar que um único serviço resolva tudo
- Discutir sem registrar decisões
- Não incluir outras políticas na discussão do caso (educação, saúde, assistência social, cultura, esporte etc.)
- Fazer reuniões apenas para troca de informações
- Não definir prazos
- Discutir o caso sem ouvir o usuário envolvido

No meu município não se fala de apoio para situações de violência?

Isso é mais comum do que se imagina. Por isso, é importante que os profissionais saibam que todos podem ser referência para o acolhimento inicial dos casos de violência, mas que não devem se tornar os únicos responsáveis pela condução dos casos. Esse profissional deve ser a ponte entre o usuário e a equipe, a qual deve ser convocada para a corresponsabilização do cuidado e articulação da rede intersetorial e dos atores necessários para a construção do projeto singular de cuidado.

Maleta de ferramentas: Plano Intersetorial de Cuidado e Proteção

Necessidade	Ação	Responsável	Pessoa de referência	Prazo
Segurança de Ana	Visita domiciliar	Equipe de referência UBS e Cras	Dra Dora; ACS Bia e assistente social Elsa	
Apoio social	Atendimento Cras	Assistente Social	Elsa	
Apoio às crianças	Acompanhamento escolar	Escola	Professora Margarida	
Reavaliação	Discussão de caso	Todos		



Como trabalhar coletivamente? Práticas Colaborativas Intersetoriais

Na construção do cuidado de Ana, pudemos acompanhar encontros produtivos entre trabalhadores, nos quais foram ampliadas as possibilidades de cuidado em relação à violência sofrida pela usuária. A paralisação ou fragmentação que pode surgir diante de casos de violência não inviabilizou o trabalho das equipes, pelo contrário, estas seguiram o movimento de construção de rede intersetorial.

Os resultados produzidos nesses encontros foram potentes por existirem neles **práticas colaborativas** entre os profissionais, tanto no interior do serviço de saúde quanto nas políticas de assistência social e educação.

VOCÊ SABIA?

Práticas colaborativas são bastante estudadas dentro da área da saúde[27,28] mas aqui, apostamos que elas podem ser relevantes também para profissionais dos outros setores, como da assistência social e educação.

As práticas colaborativas não acontecem apenas pelo fato de as pessoas trabalharem juntas, ou seja, essas práticas não estão dadas de maneira óbvia e imediata. Os profissionais podem dividir as mesmas paredes dos serviços todos os dias, mas atuarem com práticas fragmentadas e/ou individualizadas. Em relação às diferentes políticas públicas, isso aparece de forma ainda mais nítida: são muitos os casos em que diferentes setores prestam atendimento aos mesmos usuários, mas sem produzir práticas comuns: "cada um no seu quadrado".

O isolamento dos profissionais em suas práticas encontra origem na própria formação curricular destes[27]. Sendo assim, apostamos que - da mesma forma como aprendemos a trabalhar isoladamente - são possíveis mecanismos no interior das instituições que também nos ensinem a exercer práticas mais colaborativas, visando melhorar a qualidade da assistência prestada aos usuários.

É necessário trabalho para que sejam constituídas equipes integradas que consigam produzir práticas colaborativas. Neste processo, é necessário que se possa aprender a trabalhar juntos, que se conheçam e sejam reconhecidas as possibilidades de atuação de cada um em torno de um projeto de cuidado comum[29].

VOCÊ SABIA?

O Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa, publicado pela Organização Mundial da Saúde[27], afirma que a colaboração interprofissional é uma importante estratégia com potência para reduzir a crise mundial na força de trabalho em saúde, na medida em que possibilita maximizar o que é oferecido em termos de política pública. Profissionais que efetivamente colaboram entre si conseguem prestar assistência da mais alta qualidade com os recursos existentes.



Mas como construir e realizar práticas colaborativas no enfrentamento às situações de exposição à violência?

1) Em primeiro lugar, assim como em qualquer processo de gestão, é preciso haver **um lugar e um tempo** disponíveis para práticas colaborativas[30]. Essas práticas exigem oportunidade para que diferentes trabalhadores possam aprender uns com os outros[27]. Para isso, são necessários espaços protegidos para o efetivo encontro entre eles. Com tempo de trabalho conjunto, são aumentadas a **confiança e o vínculo**[31], importantes para a construção dessas práticas. Privilegia-se a existência de reuniões periódicas que garantam a participação de trabalhadores das diferentes políticas. No território em que Ana reside, esta recebe o nome de Inter-Redes. No local onde você atua, existem reuniões intersetoriais periódicas?

2) Além disso, é preciso **oportunidade para tomada de decisão compartilhada** entre os diferentes atores envolvidos. Aqui, entram elementos da cogestão, que serão melhor elucidados adiante. Cabe pontuar que a **cultura do trabalho**, quando coloca centralidade no trabalho colaborativo, tem importante papel em sua efetivação[27]. Entendemos que há desigualdades entre os diferentes cargos ocupados pelos trabalhadores[32], contudo, se o enfrentamento às violências é um projeto comum, com efetiva comunicação entre os atores e incentivo ao trabalho colaborativo (como será discutido adiante), é possível compartilhar as decisões de forma mais horizontal. Todos os atores envolvidos, independentemente do cargo em que estão alocados, têm papel importante no cuidado aos usuários em situação de violência.

3) As **lideranças** têm papel fundamental para que práticas colaborativas ocorram[27]. Ou seja, ações de gestores que apoiem encontros entre os trabalhadores são fundamentais para que elas possam se efetivar. Não basta que os trabalhadores tenham capacidade de colaborar com seus pares, se não conseguem espaço reservado em suas agendas para tais encontros. Sendo assim, acreditamos que pessoas que ocupam cargos de gestão têm importante papel no incentivo para práticas colaborativas.

4) A **comunicação** é de suma importância para que práticas colaborativas possam ocorrer. Escutar aqueles que fazem parte da mesma rede de cuidado que nós é uma tarefa fundamental: como as agulhas que tricotam onde havia espaços esburacados: a pergunta "o que você acha que pode fazer neste caso?" possibilita a existência de pontos de conexão, mesmo que seja pela diferença. É importante manter no radar que para uma efetiva comunicação, deve ser possível o diálogo entre os atores envolvidos, de forma a evitar que a reunião se transforme em repasse de informações[31]. Para que a comunicação se efetive, é necessário o reconhecimento da alteridade e da dimensão interdependente inerente ao trabalho de cuidado às situações de exposição à violência.

VOCÊ SABIA?

A teoria do agir-comunicativo proposto por Habermas (1981) nos auxilia a compreender aspectos da comunicação para práticas colaborativas:

1) Agir-instrumental: conhecimento técnico-científico de cada profissional[32]. Este aparece dentro da construção de cuidado, mas não podemos reduzir a efetividade da construção do cuidado às situações de exposição à violência ao saber técnico isolado de cada profissional.
2) Agir-comunicativo: contempla o diálogo e o entendimento entre os atores envolvidos no cuidado às situações de exposição à violência. Alinhado à perspectiva do agir-comunicativo, espera-se que os profissionais consigam trabalhar os conflitos que aparecem no diálogo restaurando o consenso e a vontade comum.

Para isso, é importante resgatar a construção de acordos entre os atores e o protagonismo dos usuários. [32].

5) A definição de **projetos assistenciais comuns** é fundamental para que se efetivem práticas colaborativas. Neste sentido, é necessário que os profissionais que se encontram possam abrir mão da ilusão de uma suposta autonomia plena na direção da necessária interdependência para o enfrentamento deste complexo problema[32]. É necessário que os profissionais envolvidos tenham a compreensão de que, em situações de violência, a qualidade da assistência depende da união dos esforços em torno de um projeto único. Portanto, faz-se necessário o desejo de contribuir para este projeto coletivo, colocando de lado a competição e as relações de poder, não só entre os diferentes cargos profissionais, mas também em relação aos usuários[32].

Abaixo são descritas algumas perguntas que podem auxiliar no diálogo para a construção de encontros colaborativos.

Checklist

- Quais as especificidades do trabalho dos profissionais que compõem a mesma Rede Intersetorial em que atuo, a partir das necessidades daquela pessoa?
- Quais as responsabilidades de cada política pública para este caso que estamos discutindo?
- Quais ações podemos fazer juntos?
- De que forma poderemos complementar nossas práticas de cuidado?
- O que é específico em cada política, serviço e prática profissional?

Sendo assim, profissionais preparados para práticas colaborativas transitam entre as diferentes áreas de formação e políticas públicas, articulando seus conhecimentos e possibilidades de práticas com as de outros trabalhadores e serviços[28]. Entendemos que quanto maior for a construção de diálogo nas relações de trabalho, mais integrado será o cuidado prestado aos usuários, o que é fundamental, considerando o efeito já fragmentador da própria violência [32].

O trabalho colaborativo em rede para situações de exposição à violência, portanto, pretende superar a fragmentação do trabalho entre os diferentes serviços e políticas públicas, aumentando a qualidade da assistência prestada. Com isso, é possível não só construir práticas de trabalho mais democráticas, mas também aumentar a satisfação no trabalho dos profissionais envolvidos[32].

Na construção do cuidado de Ana e sua família estão envolvidos a Agente Comunitária de Saúde Bia, a técnica de enfermagem, a médica Dora, a assistente social da eMulti, a assistente social do Cras, Elsa, e a professora Margarida. Cada um desses atores tem consigo as responsabilidades inerentes ao cargo, à política pública que representam e do vínculo que possuem com a usuária. Com espaços e tempos reservados, estes puderam se ouvir e entender quais as possibilidades de cada um naquele momento para **aquele caso em específico**.

Percebe-se que, em seu caso, os atores envolvidos tiveram um **lugar e um tempo** disponíveis para se reunirem e compartilharem suas percepções a partir do contato que tiveram com Ana: tanto na reunião de equipe, quanto nas conversas com os profissionais da educação e da assistência social e na reunião intersetorial no território. Nestes espaços, puderam compartilhar as percepções que tinham a partir dos encontros com a usuária, suas angústias e possibilidades - houve construção **dialógica**. Com isso, foi possível construir um **projeto assistencial comum** considerando as possibilidades de cada um e com oportunidade de efetivação das **decisões tomadas coletivamente**.



Qualificando os encontros - cogestão e corresponsabilização

Como já exposto, o Apoio Matricial Intersetorial pretende ampliar a capacidade de intervenção dos diferentes trabalhadores, das diferentes instituições e das políticas públicas com a introdução de mecanismos de funcionamento democrático e horizontais no interior dos grupos. É aí que a **cogestão** aparece: como facilitadora da democratização dos espaços.

A cogestão parte do pressuposto de que não existe possibilidade de ação efetiva de forma solitária e sem compartilhamento de graus de poder. Parte também do entendimento de que cada um de nós possui algum grau de autonomia para desempenhar nossas atividades. Sendo assim, para que seja possível sua existência, a capacidade de tomada de decisões deve ser ampliada. É um compartilhamento do caso e do cuidado, sem ser hierarquizado, rompendo com o lugar de poder do conhecimento exclusivamente de um profissional ou de um serviço. Desta forma, estabelece-se o compartilhamento de poder entre esses atores por meio do diálogo e da negociação do projeto de cuidado construído em rede[33].

Traduzindo para a prática	
Conceito	O que significa no dia a dia:
Cogestão	Decidir junto com outros profissionais e com o usuário

Sabemos que dentro das instituições públicas e, por vezes, entre elas, as relações de poder incidem sobre as capacidades decisórias e ações dos atores, não nos iludimos quanto a isso. O que propomos não exclui as organizações internas de cada serviço, mas indica que sejam criados — quando ainda não existem, ou qualificados — quando já estiverem implementados — espaços intersetoriais em que diferentes atores com distintos cargos possam deliberar coletivamente — **mantendo o usuário no centro** da discussão — sobre os caminhos de cuidado a serem construídos.

A proposta é que os encontros entre diferentes atores da rede se deem por meio de uma construção interprofissional e intersetorial em um modelo de gestão horizontalizado e democrático da construção do cuidado às situações de violência. Para isso, é de fundamental importância que estejam integradas as dimensões do pensar e do agir, ou seja, **aqueles que executam as práticas também são os que refletem sobre elas.**

Esta proposta caminha na direção oposta daquela do encaminhamento. Se a enfermeira que escutou o relato de Ana acerca da violência doméstica vivenciada tivesse apenas produzido uma ficha de referência desta usuária para os outros serviços da rede existentes no fluxograma do município, a produção de cuidado para a família de Ana estaria comprometida e, ao mesmo tempo, a profissional permaneceria alienada do resultado de seu próprio trabalho no enfrentamento à violência relatada.

Nestes espaços coletivos, é fundamental que os usuários e suas necessidades não se percam em meio a um emaranhado de atores que se encontram, mas não conseguem compor relações produtivas. Sabemos que, por vezes, quando já instituídos nos municípios, os espaços de encontro intersetorial acabam caindo em lógicas burocratizadas, que reproduzem os mesmos mecanismos do encaminhamento: transferir a responsabilidade ao outro serviço ou profissional.

Afirmamos que, para que se exerça o Apoio Matricial Intersetorial, é necessária a formação de compromissos coletivos que tenham como centralidade a garantia dos direitos humanos e sociais dos usuários das políticas públicas em situação de violência[25,33]. Aqueles que exercerem a **função apoio** têm a responsabilidade de auxiliar o grupo a não perder de vista que o objetivo da discussão deve ser manter a pessoa usuária no centro da questão.

Não queremos propor um modelo prescritivo do Apoio Matricial Intersetorial, afinal, para que possam operar na direção do cuidado, estarão em jogo os desejos, os interesses dos trabalhadores e os limites dos serviços. Contudo, propomos que estejam consideradas

as **dimensões subjetivas dos atores envolvidos**, afinal, só assim é possível o investimento no projeto coletivo. Se há bloqueio da vontade das pessoas envolvidas, a prática se torna burocrática e alienada[33].

Ou seja, mantendo a pessoa usuária no centro da discussão, mas sem excluir aquilo que os trabalhadores trazem de si, e que os mobiliza a partir daquela discussão: o que os preocupa? O que os motiva para o cuidado daquela pessoa em específico? Nos apêndices 1, 2 e 3, vocês encontrarão roteiros que podem auxiliar nas práticas de apoio matricial intersetorial.

Pensemos novamente na Ana, se o caminho adotado pela equipe de saúde da UBS tivesse sido o de enviar uma ficha de encaminhamento da usuária ao Creas do território, não teria havido implicação da subjetividade dos trabalhadores na direção de um projeto coletivo comum, suas vontades e interesses não teriam sido considerados. Desta maneira, a burocratização se expressaria em uma lógica que reduz os usuários a números[34], junto de uma produção discursiva que afirma: "é só mais um caso diante de tantos". Contudo, o movimento da equipe carrega consigo a consideração da responsabilidade de todos e do vínculo que estes possuem com a usuária na direção da garantia de seus direitos. Ainda, a equipe poderá se orgulhar de seu trabalho, recuperar o sentido do mesmo e isso fará mais suportável lidar com as agruras inevitáveis do cotidiano.

Por meio do Apoio Matricial Intersetorial, entendemos que é possível criar práticas em serviço nas quais os trabalhadores e usuários se vejam representados, o que permite relações mais afetivas e prazerosas com o trabalho[33]. Isto não se dará com os trabalhadores fazendo o que bem entenderem, mas quando todos possam compartilhar do mesmo objetivo[33]: **a garantia dos direitos sociais e humanos da pessoa em situação de violência**. Objetivo comum que só pode ser almejado se houver, efetivamente, compartilhamento de responsabilidades entre todos os envolvidos e condições para tal.

Checklist

Durante a reunião:

- Todos os participantes puderam falar?
- O usuário foi considerado nas decisões?
- Houve definição conjunta dos encaminhamentos?
- Algum serviço ficou com toda a responsabilidade?
- Os acordos foram registrados?



(Re)criando o sentido no trabalho a partir do Apoio Matricial Intersetorial

Entendemos que, no exercício do Apoio Matricial Intersetorial, quando efetivadas a cogestão e a corresponsabilização do cuidado, podem ser criados ou (re)criados os sentidos no trabalho.

Conforme explicitado, o Apoio Matricial procura romper com práticas burocratizadas de cuidado. Para isso, busca-se enfrentar práticas gerencialistas que, por vezes, esperam que os sujeitos renunciem a suas próprias subjetividades[33].

Se as subjetividades não puderem aparecer, vão embora também os desejos e os interesses pessoais, condição necessária para a construção de cuidado em relação à complexidade do tema da violência.

É neste sentido que a prática do Apoio Matricial Intersetorial será apresentada como possibilidade de, não só produzir enfrentamentos efetivos às situações de exposição à violência, mas também promover nos sujeitos participantes a possibilidade de relações mais prazerosas em relação ao próprio trabalho[33].

Em nossa prática, por diversas vezes, temos escutado dos trabalhadores que praticar o apoio matricial intersetorial na construção de projetos de cuidado motiva-os a seguir, afinal, neles, viabilizam-se processos que, solitários em seus serviços e políticas, não teriam se dado.

Situações de exposição à violência mobilizam aqueles que testemunham essas narrativas. Dizemos que os trabalhadores vão sendo marcados pelos "estilhaços da violência", que deixam fragmentos cortantes pelo caminho. Ao mesmo tempo, é importante considerar que essa escuta pode remeter às próprias experiências dos trabalhadores com situações de violência em suas próprias vidas, desencadeando diversas formas de reações emocionais.

Por isso, a dimensão subjetiva de cada trabalhador deve poder aparecer e ser reconhecida como parte legítima do processo. É nesse movimento que o Apoio Matricial Intersetorial se afirma como prática coletiva capaz de enfrentar a racionalidade gerencial hegemônica, que aprisiona a vontade e separa os sujeitos da gestão de seu próprio trabalho e de seu próprio sentir.

Ao contrário, ao exercer a função apoio, a cogestão amplia a capacidade de direção de todos os participantes, permitindo que desejos, necessidades e interesses sejam considerados sem perder de vista o projeto comum. A construção compartilhada de compromissos e projetos pode produzir relações mais afetivas e prazerosas com o próprio fazer.



Em síntese

- O apoio matricial intersetorial é uma função, não depende de cargos, organogramas ou autorizações para acontecer.
- É uma forma de trabalhar que estimula a construção de redes inéditas e inusitadas para cada caso ou família, para além dos fluxogramas prescritos pelas diferentes políticas.
- Permite que as pessoas que têm vínculo ou motivações pessoais e desejos de ajudar uma dada família possam ter protagonismo no manejo do caso.
- Propicia que os trabalhadores se orgulhem de seu próprio trabalho.
- Visa superar a fragmentação e a sensação de urgência características do enfrentamento à violência.
- Contribui para a promoção da saúde mental dos trabalhadores e usuários.

Referências

1. TREICHEL, C. A. dos S.; CAMPOS, R. T. O. Implementation: A Missing Link Between Planning And Evaluation In Brazilian Collective Health Field? *In:* AGUDELO-HERNÁNDEZ, F.; ROJAS-ANDRADE, R. (ed.). **A closer look at implementation science**. New York: Nova Science Publishers, 2024. p. 98–106.
2. BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Gestão do Cuidado Integral. **Guia Prático de Cuidado à Mulher em Situação de Violência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2025.
3. BRASIL. Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, 7 dez. 1993.
4. BENGHOZI, P. **Malhagem, Filiação e Afiliação**: Psicanálise Dos Vínculos Casal, Família, Grupo, Instituição e Campo Social. São Paulo: Vetor Editora, 2010.
5. ONOCKO-CAMPOS, R. **O planejamento no labirinto**: uma viagem hermenêutica. São Paulo: Hucitec, 2003.
6. MIRANDA, R. M. R.; ALMEIDA, K. K. O.; CAMPOS, R. T. O. Malhagens e 'nós' na fase de implementação de um serviço público de psicanálise e matriciamento para situações de violência. **Rev. Latinoam. Psicopatol. Fundam.**, v. 28, 2025.
7. MINAYO, M. C. de S. Conceitos, teorias e tipologias de violência: a violência faz mal à saúde individual e coletiva. *In:* MINAYO, M. C. de S. (ed.). **Impactos da violência na saúde**. Brasília: Ministério da Saúde. p. 21–42.
8. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Violence Prevention Unit**: approach, objectives and activities, 2022–2026. Geneva: WHO, 2022.
9. ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Transformando nosso mundo: a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável**. Nova Iorque: ONU, 2015.
10. CERQUEIRA, D. *et al.* **Atlas da violência 2026**. São Paulo: IPEA: FBSP, 2026.
11. RIBEIRO, W. S. *et al.* Exposição à violência e problemas de saúde mental em países em desenvolvimento: uma revisão da literatura. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 31, p. 49-57, 2009.

12. FANON, F. **Alienação e liberdade**: escritos psiquiátricos. São Paulo: Ubu editora, 2020.

13. DAVID, E. de C. **Aquilombamento da saúde mental**: cuidado antirracista na atenção psicossocial infantojuvenil. São Paulo: Hucitec, 2023.

14. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**: Uma Política do SUS. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

15. UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS (Brasil). Módulo 26: atenção às situações de violência. In: UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS (Brasil). **Curso de Especialização em Medicina de Família e Comunidade**: Eixo 5: cuidado a grupos populacionais específicos e situações especiais. Programa Médicos pelo Brasil. Brasília, DF: UNA-SUS,2023. 1 recurso eletrônico.

16. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO Violence Prevention Unit**: approach, objectives and activities, 2022-2026. Geneva: WHO, 2022.

17. Brasil. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990.

18. BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 9.603, de 10 de dezembro de 2018**. Regulamenta a Lei nº 13.431, de 4 de abril de 2017, que estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência. Brasília: Presidência da República, 2018.

19. CORTES, L. F.; PADOIN, S. M. de M.; ARBOIT, J. Rede Intersetorial de Atendimento às Mulheres em Situação de Violência: Trabalho Artesanal Construído Pelas Pessoas. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 75, p. 1-8, 2022.

20. FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2021.

21. CASTRO, C. P. Apoio Matricial no SUS Campinas: a construção de Práticas Compartilhadas. *In:* CAMPOS, G. W. S. *et al.* (ed.). **Investigação sobre cogestão, apoio institucional e apoio matricial no SUS**. São Paulo: Hucitec, 2017. p. 112–140.

22. CHIAVERINI, D. *et al.* **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

23. SOEIRO, E. Tecnologia e Inovação na Gestão do Cuidado: o Apoio Matricial na ampliação da clínica e formação de profissionais em saúde. *In:* CAMPOS, G. W. S. *et al.* (ed.). **Investigação sobre cogestão, apoio institucional e apoio matricial no SUS**. São Paulo: Hucitec, 2017. p. 141–175.

24. TREICHEL, C. A. dos S.; CAMPOS, R. T. O.; CAMPOS, G. W. de S. Impasses e desafios para consolidação e efetividade do apoio matricial em saúde mental no Brasil. **Interface**, v. 23, 2019.

25. SCHRAIBER, L. B. *et al.* Assistência a mulheres em situação de violência – da trama de serviços à rede intersetorial. **Athenea Digit. Rev. Pensam. Investig. Soc.**, v. 12, p. 237-254, 2012.

26. SILVA, A. A. **O processo de implementação de uma tecnologia psicossocial**: grupos breves psicanalíticos para pessoas expostas à violência. 2023. Tese (Doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2023. Disponível em: https://repositorio.unicamp.br/acervo/detalhe/1380143. Acesso em: 5 nov. 2026.

27. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa**. Genebra, Suíça: Departamento de Recursos Humanos para a Saúde, 2010.

28. PEDUZZI, M. *et al.* Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 47, p. 977-983, 2013.

29. PEDUZZI, M.; AGRELI, H. F. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. **Interface**, v. 22, p. 1525-1534, 2018.

30. ONOCKO-CAMPOS, R. T. A gestão: espaço de intervenção, análise e especificidades técnicas. *In:* CAMPOS, G. W. de S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Ed. Hucitec, 2003. p. 122-149.

31. SOUZA, G. C. de *et al.* Teamwork in nursing: restricted to nursing professionals or an interprofessional collaboration? **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 52, p. 642–649, 2016.

32. PEDUZZI, M. *et al.* Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. **Trab. Educ. Saúde**, v. 18, 2020.

33. CAMPOS, G. W. 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. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2011.

34. BLEICHMAR, S. **Psicoanálisis extramuros**: Puesta a prueba frente a lo traumático. Buenos Aires: Editorial Entreideas, 2010.

Apêndices

Apêndice A – Sugestão de roteiro para discussão intersetorial de casos de violência (criança/adolescente)

1. Identificação

Nome da criança/adolescente:

Idade:

Data de nascimento:

Endereço:

Contato (quando houver):

Responsáveis legais:

Com quem reside:

Escola:

Unidade de Saúde de referência:

Outros serviços já vinculados:

2. Apresentação da criança/adolescente

(Importante começar pela pessoa e não pela violência)

Quem é esta criança/adolescente?

Quais são suas potencialidades, interesses e habilidades?

Quais vínculos afetivos parecem mais significativos?

Quais espaços frequenta no território?

3. Como o caso chegou à rede?

Quem identificou a situação?

Quando foi identificada?

Qual foi a demanda inicial?

Houve revelação espontânea ou suspeita observada por profissionais?

Já houve notificações anteriores?

4. Situação de violência

Qual a situação de violência identificada ou suspeita?

Há informações sobre frequência, duração ou agravamento?

Quem são as pessoas envolvidas?

Existem fatores de risco imediatos?

Existem fatores de proteção já identificados?

5. Contexto familiar e comunitário

Como são as relações familiares?

Existem conflitos familiares importantes?

Há pessoas de confiança para a criança/adolescente?

Existem apoios na comunidade (vizinhos, lideranças, grupos, projetos, organizações religiosas etc.)?

O que a violência interrompeu na vida dessa criança/adolescente?

6. Rede já existente

Quais serviços acompanham atualmente?

Qual o papel de cada serviço?

Quais ações já foram realizadas?

O que produziu efeitos positivos?

O que não funcionou até o momento?

7. Construção da rede de cuidado

Quem compõe a rede dessa criança hoje?

Pessoas significativas:

Serviços:

Equipamentos comunitários:

Grupos e projetos:

Quais apoios ainda não foram mobilizados?

Família:

Comunidade:

Rede intersetorial:

Outros recursos do território:

8. Análise compartilhada

Perguntas disparadoras:

O que cada serviço consegue enxergar neste caso?

O que ainda permanece invisível?

Quais hipóteses estamos construindo coletivamente?

Quais são as maiores preocupações neste momento?

O que precisa ser protegido imediatamente?

O que demanda acompanhamento longitudinal?

9. Pactuação:

O que cada serviço irá realizar?

10. Acompanhamento

Como será feita a comunicação entre os serviços?

Quem será a referência para articulação do caso?

Quando o caso será rediscutido?

Data da próxima reunião:

Apêndice B – Sugestão de roteiro para discussão intersetorial de caso de violência (mulheres)

1. Identificação da usuária

Nome:

Idade:
Data de Nascimento:

Endereço/Bairro:

Contato (quando houver):

Com quem reside:

Filhos(as):

Responsável pelo acompanhamento do caso:

Unidade de Saúde de referência:

Outros serviços já vinculados:

2. Quem é esta mulher?

(Importante iniciar pela pessoa e não pela violência)

Como ela se apresenta?

Quais são suas potencialidades, interesses e projetos de vida?

Quais atividades realiza no cotidiano?

Quais espaços frequenta no território?

Quais vínculos ela considera importantes?

3. Como o caso chegou à rede?

Quem identificou a situação?

Como a situação chegou ao serviço?

Qual foi a demanda inicial?

A violência foi relatada pela usuária ou identificada pela equipe?

Há histórico de acompanhamentos anteriores?

4. Situação de violência

Qual situação de violência foi identificada ou suspeita?

Há informações sobre frequência ou agravamento?

Existem ameaças atuais?

Há acesso do agressor à usuária?

Há crianças ou outras pessoas impactadas pela situação?

5. Avaliação de riscos e proteção

Quais são os riscos identificados neste momento?

Risco de feminicídio

Ameaças recentes

Escalada da violência

Isolamento social

Dependência econômica

Uso de álcool e outras drogas pelo agressor

Presença de armas

Outros

Quais fatores de proteção estão presentes?

Familiares de apoio

Amigos(as)

Vizinhos(as)

Trabalho

Escola dos filhos

Serviços da rede

Grupos comunitários

Organizações religiosas

Outros

6. Contexto familiar, social e territorial

Como são as relações familiares?

Existem pessoas de confiança?

Como está a participação comunitária?

Houve mudanças na circulação pelo território?

O que a violência interrompeu ou dificultou em sua vida?

7. Rede já existente

Quem compõe a rede desta mulher atualmente?

Pessoas significativas

Serviços

Recursos comunitários

8. Análise compartilhada do caso

Perguntas norteadoras:

O que cada serviço conhece sobre a situação?

O que ainda permanece invisível?

Como a usuária compreende sua situação?

Quais estratégias ela já utilizou para buscar proteção?

Quais apoios permanecem ativos?

Quais vínculos precisam ser fortalecidos?

O que este caso convoca a rede a construir?

9. Projeto compartilhado de cuidado e proteção

Objetivos prioritários

O que precisa ser protegido imediatamente?

O que pode ser construído a médio prazo?

O que fortalece a autonomia da usuária?

10. Acompanhamento

Quem fará a articulação do caso?

Como ocorrerá a comunicação entre os serviços?

Quando o caso será rediscutido?

Data da próxima reunião:

Apêndice C – Sugestão de roteiro para discussão intersetorial de caso de violência (idosos)

1. Identificação

Nome:

Idade:

Data de nascimento:

Telefone para contato (quando houver):

Pessoa de referência indicada pelo idoso:

Benefícios recebidos (aposentadoria, BPC, pensão etc.)

Situação de moradia (própria, alugada, cedida, instituição de longa permanência)

Existência de cuidador formal ou informal?

Existência de procuração, curatela ou tomada de decisão apoiada?

2. Apresentação da pessoa idosa - "Quem é esta pessoa idosa?"

Como a pessoa idosa descreve sua própria história e trajetória?

Quais são seus interesses, habilidades e atividades significativas?

O que é importante para sua qualidade de vida?

Como ela percebe sua situação atual?

Quais vínculos afetivos e sociais são mais significativos?

Quais espaços frequenta ou frequentava no território?

3. Como o caso chegou à rede?

A situação foi relatada pela própria pessoa idosa?

A pessoa idosa reconhece a situação como violência?

Existem dificuldades de comunicação, audição, visão ou cognição que impactem a compreensão do caso?

4. Situação de violência

Ampliar para contemplar tipos frequentes de violência contra idosos:

Perguntas adicionais:

Há dependência para atividades da vida diária?

Existe sobrecarga do cuidador?

Há risco de perda patrimonial ou financeira?

Há risco de isolamento social?

5. Contexto familiar e comunitário

Como a família compreende o envelhecimento e as necessidades de cuidado?

Existem disputas familiares relacionadas a patrimônio, renda ou cuidados?

Quem participa efetivamente dos cuidados?

Existem conflitos entre autonomia e proteção?

Há situações de dependência econômica entre familiares e a pessoa idosa?

6. Rede já existente

Serviços de assistência social

Serviços de saúde mental

Atenção domiciliar

Centros de convivência

Instituições de longa permanência (quando houver)

Organizações de defesa dos direitos da pessoa idosa

Conselho Municipal da Pessoa Idosa

A pessoa idosa participa de grupos sociais, culturais, religiosos ou comunitários?

7. Construção da rede de cuidado, proteção e garantia de direitos.

Quais estratégias fortalecem a autonomia da pessoa idosa?

Quais adaptações ambientais ou apoios podem reduzir vulnerabilidades?

Quais direitos sociais precisam ser acessados ou garantidos?

8. Análise compartilhada

Como equilibrar proteção e respeito à autonomia da pessoa idosa?

Quais riscos foram identificados pela própria pessoa idosa?

O que ela deseja para sua vida neste momento?

Existem barreiras para o exercício de seus direitos?

Há necessidade de medidas protetivas urgentes?

9. Pactuação

Ações pactuadas com a pessoa idosa:

Responsáveis por cada ação ou encaminhamento:

Prazos previstos:

Como a pessoa idosa participará do acompanhamento?

Quais indicadores sinalizam melhora ou agravamento da situação?

Quando será realizada a reavaliação do plano de cuidado?

Conte-nos o que pensa sobre esta publicação. **Clique aqui** e responda a pesquisa.

Ouv SUS 136
Ouvidoria-Geral do SUS

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
bvsms.saude.gov.br

FIOCRUZ UNICAMP SUS MINISTÉRIO DA SAÚDE Governo Federal