

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA EM SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE**

**“A GENTE VAI APRENDENDO”: O APOIO MATRICIAL
NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM UM
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL
INTEGRADA**

**TRABALHO FINAL DE CURSO
- Modalidade Artigo Publicável -**

Liara Saldanha Brites

Santa Maria, RS, Brasil

2011

“A GENTE VAI APRENDENDO”:

**O APOIO MATRICIAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM UM
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA**

Liara Saldanha Brites

Trabalho Final de Curso apresentado ao Programa de Pós Graduação em
Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde,
Ênfase Atenção Básica em Saúde da Família, da Universidade Federal de
Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de
Especialista em Sistema Público de Saúde

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Teresinha Heck Weiller

Santa Maria, RS, Brasil

2011

**Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional
Integrada em Sistema Público de Saúde**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada,
aprova o Trabalho Final de Curso

**“A GENTE VAI APRENDENDO”:
O APOIO MATRICIAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM UM
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA**

elaborado por
Liara Saldanha Brites

como requisito parcial para obtenção do grau de
Especialista em Sistema Público de Saúde

COMISSÃO EXAMINADORA:

Teresinha Heck Weiller, Dra.
(Presidente/Orientador)

Liane Betriz Righi, Dra. (UFSM)

Luís Antônio Benvegnú, Dr. (UNIJUI)

Santa Maria, 18 de junho de 2011.

A todos e todas que trilharam esta caminhada e
aos que SUSTentarão esta história...

AGRADECIMENTOS

À **Profª Drª Teresinha Heck Weiller**, pela amizade e por estar desde o princípio disposta a encarar o desafio de aprender a caminhar juntos. Obrigada por depositar sua confiança no nosso trabalho como residentes e sempre garantir uma palavra de conforto.

À **Profª Clara Leonida Marques Colomé** e, em especial, à **Profª Drª Vânia Maria Fighera Olivo**. Obrigada pelo apoio, pela dedicação intensa no processo de construção desta Residência e por terem possibilitado com que enxergássemos que temos uma história pra contar, tecida a muitas mãos.

Aos Enfermeiros **José Cristiano Soster** e **Marcelo da Rosa Maia**, por acreditarem que a Residência também poderia fazer diferença na vida de outros profissionais. Obrigada pela persistência na implantação e na implementação deste Programa de Residência Multiprofissional Integrada na UFSM.

À **Profª Drª Liane Beatriz Righi**, por aceitar co-orientar este trabalho. Obrigada pela contribuição nas reflexões de nossas práticas.

A todos os colegas da primeira turma - em especial, à **Caroline Soriano Baisch, Eliane Caldas da Silva, Elsa Maria Karsburg da Rosa, Fernanda Giordani Kretzmann, Gilmara de Campos, Marion Caroline do Amaral, Pâmela Kurtz Cezar e Raquel da Silveira dos Santos**. Obrigada por compartilharem e me ensinarem o sentido de um trabalho em equipe.

Aos colegas **Ana Paula Wilke François, Daiane Silveira, Fábio Mello da Rosa e Jessye Melgarejo do Amaral Giordani**. Obrigada por estarem sempre por perto para “garantir a pisada” e não se deixar “acodornar”.

A todos os preceptores, em especial à **Profª Drª Elenir Fedosse** e **Profª Drª Maria Saleti Lock Vogt**. Obrigada pela dedicação, disponibilidade na Residência e contribuição no nosso aprendizado.

Aos **usuários**. Obrigada pelos ensinamentos diários e por garantirem, diversas vezes, as forças necessárias para persistir neste caminho. Meu trabalho, meus ideais e minhas escolhas não fariam sentido sem vocês...

Aos profissionais das Unidades de Saúde da Família Maringá, Roberto Binato e São José - em especial aos **Agentes Comunitários de Saúde** e à **Carmem Lúcia**. Obrigada pela convivência, apoio (neste estudo e nas práticas) e por compartilharem conosco seus saberes.

Aos Fonoaudiólogos **Ana Rita Brancalioni, Alexandre Hundertmarck Lessa, Jean Francisco Camargo Longhi** e **Leonardo Henrique Buss**. Obrigada pela parceria desde meus primeiros passos na saúde coletiva.

A todos os sujeitos que contribuem com a qualidade do serviço público prestado na Universidade Federal de Santa Maria.

A todos e todas que, de alguma forma, contribuíram para a realização deste estudo e de nosso trabalho na Residência, e não estão nominalmente citados.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

À minha “manhê” **Iara Regina Saldanha Brites** e meu “paiê” **João Érico Pereira Brites**, por me darem amor e coragem pra aprender a caminhar (em todos os sentidos). Obrigada por estarem sempre por perto vibrando e apoiando incondicionalmente minhas escolhas.

Ao meu “mano” **Ériton Saldanha Brites**. Obrigada por ser meu melhor amigo e exemplo de persistência e superação desde “piquininha”.

Ao meu namorado **Mauricio Figueira**. Obrigada por colorir meus dias com teu amor e ser meu companheiro de todas as horas.

“Até que um dia, por astúcia ou acaso, depois
de quase todos os enganos, ele
descobriu a porta do labirinto...
Nada de ir tateando os muros como um cego.
Nada de muros.
Seus passos tinham, enfim, a liberdade de
traçar seus próprios labirintos”.

(Mário Quintana)

RESUMO

Trabalho Final de Curso
Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em
Sistema Público de Saúde
Universidade Federal de Santa Maria

“A GENTE VAI APRENDENDO”: O APOIO MATRICIAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM UM PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA

AUTORA: LIARA SALDANHA BRITES

ORIENTADORA: TERESINHA HECK WEILLER

Data e Local da Defesa: Santa Maria, 18 de junho de 2011.

Este estudo tem por objetivo analisar a construção do Apoio Matricial (AM) em Saúde da Família (SF) em um Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde (PRMISPS). Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, de abordagem qualitativa. A coleta de dados foi realizada em dois momentos: a) coletadas informações sobre o processo de trabalho e implantação do PRMISPS; b) aplicadas entrevistas semi-estruturadas a cada entrevistado de três grupos: profissionais da Equipe de Referência, profissionais do AM, e usuários Informantes-Chave. Os resultados foram tratados através da análise documental e análise de conteúdo. O PRMISPS propôs um trabalho integrado de AM em SF com a maioria dos residentes sem experiência profissional em saúde pública e sem formação acadêmica para ser ou trabalhar com apoiador matricial. Embora já se sintam instrumentalizados após um ano e meio de atividades, a falta de espaço para diálogo, integração, trocas e discussões de casos são as principais dificuldades enfrentadas. E os usuários entrevistados ainda não conhecem ou não são informados sobre a proposta do trabalho do AM em SF. Enfim, os espaços dialógicos são insuficientes ainda perto da sua potência. Verificou-se que não basta apenas fornecer o suporte teórico para operacionalizar o trabalho do apoio matricial em saúde da família. É imprescindível que profissionais (residentes e do serviço), gestão (da residência e do município) e usuários tenham um canal constante de discussão e pactuações e o reconheçam como importante para que se possa operacionalizar o trabalho e amenizar qualquer dificuldade existente.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Saúde da Família. Promoção da Saúde. Gestão em Saúde. Saúde Coletiva. Internato Não Médico.

ABSTRACT

Final Year Project
Graduate Program in Multidisciplinary Residency in Integrated Health Care
System
Universidade Federal de Santa Maria

"WE WILL LEARNING" THE MATRIX IN SUPPORT OF FAMILY HEALTH STRATEGY IN AN INTEGRATED PROGRAM OF RESIDENCE MULTIPROFESSIONAL

AUTHOR: LIARA SALDANHA BRITES

ADVISER: TERESINHA HECK WEILLER

Defense Place and Date: Santa Maria, June 18nd, 2011.

This study aims to examine the construction of the Matrix Support (MS) Family Health (FH) in a Multidisciplinary Residency Program in Integrated Health Care System (MRPIHCS). This is a descriptive, exploratory qualitative approach. Data collection was performed in two stages: a) collect information on the work process and deployment MRPIHCS b) applied semi-structured interview to each of three groups: Professional Team of Reference, MS practitioners and users Key Informant. The results were treated by the documental analysis and content analysis. The proposed integrated work MRPIHCS MS in FH with the majority of residents without experience in public health and without academic training or work with to be supportive matrix. Although already feel exploited after a year and a half of activities, lack of space for dialogue, integration, exchange and case discussions are the main difficulties. And users surveyed still do not know or are not informed about the proposal of the work of MS in FH. Finally, the dialogic space is insufficient even close to its power. It was found that not only provide theoretical support to operationalize the work of matrix support in family health. It is imperative that professionals (residents and service), management (and the municipality of residence) and users have a constant channel of discussion and pacts and recognize how important activity so that we can operationalize the work and mitigate any existing difficulty.

Key words: Primary Health Care. Family Health. Health Promotion. Health Management. Public Health. Internship, Nonmedical.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. MÉTODOS	15
3. RESULTADOS	17
3.1. “Faltou base”: o contexto da experiência e a experiência dos atores para o contexto	17
3.2. “A experiência do tentar fazer”: o método e seus efeitos sobre a formação	18
3.3. “Em espaço informal”: o apoio matricial em cenários de precariedade da Atenção Básica	20
4. DISCUSSÃO	26
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	32
REFERÊNCIAS	34

1. INTRODUÇÃO

Os textos legais de ordenamento do Sistema de Saúde no Brasil, como Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) e Lei Orgânica da Saúde 8080/90 (BRASIL, 1990) e os relatórios finais a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 1986) apontam responsabilidades da gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) com relação à educação de recursos humanos durante a experiência profissional (como educação continuada, educação permanente, capacitação e aperfeiçoamentos) e a formação de recursos humanos em saúde (educação formal). Nesta, incluem-se programas e cursos de educação profissional, graduação e pós-graduação.

Consideradas uma modalidade de formação em serviço, pós graduação *latu senso* (BRASIL, 2005), as Residências Multiprofissionais em Saúde tem por objetivo favorecer a inserção qualificada dos jovens profissionais da saúde no mercado de trabalho, particularmente em áreas prioritárias do SUS e, conforme Portaria Interministerial nº45/2007, devem ser orientadas pelos princípios do SUS (BRASIL, 2007a).

Nessa perspectiva intersetorial, interdisciplinar e interinstitucional, a construção de um Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde (PRMISPS) no interior do estado do Rio Grande do Sul teve seu embrião em 2003. A partir de 2006 foi retomada através de reuniões periódicas, seminários temáticos e discussões entre representantes docentes e técnico-administrativos de todos os núcleos profissionais envolvidos no Programa (Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional), gestor e profissionais da Secretaria Municipal de Saúde e representações do controle social, em diferentes fóruns públicos, como Conselhos Regional de Saúde, Conselho Municipal de saúde, Conselhos de Gestores, etc. Com início somente em junho de 2009, o PRMISPS busca qualificar profissionais da saúde para atuar no sistema público de saúde. Estimula-se criar e experimentar novas metodologias de ensino e integração com serviço público de saúde que possam impactar na reestruturação dos modelos de gestão, assistência e ensino a partir da inserção dos residentes em serviços de saúde. Estes estão sustentados em diferentes níveis de

densidade tecnológica e ênfases: Gestão e Políticas de Saúde; Atenção em Rede Hospitalar; e Atenção Básica em Saúde da Família - ênfase destaque neste estudo.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) - antes considerada Programa da Saúde da Família - foi idealizada no Brasil em 1994 com o propósito de mudança do modelo da atenção à saúde, tendo como núcleo do cuidado as famílias - abordadas e compreendidas a partir do meio onde vivem. Em seus dez anos de existência, a Estratégia de Saúde da Família é considerada um modelo inovador, fundamentado em uma nova ética social e cultural, concretizando o ideário de promoção da saúde, na perspectiva da qualidade de vida do povo brasileiro. Porém, sua sustentabilidade requer o estabelecimento contínuo de parcerias intersetoriais, articulando ações interdisciplinares de assistência, prevenção e promoção da saúde (SOUZA, 2004).

Uma abordagem integral, propalada como um dos princípios estruturantes do SUS, pressupõe a reestruturação do sistema público de saúde, tendo como uma das referências a ampliação do trabalho clínico e do trabalho sanitário (BRASIL, 1990). Nestes termos, considera-se que nenhum especialista, de modo isolado, poderá assegurar esta abordagem integral. Deverá, pois, atuar a partir da estruturação de novos processos de trabalho, de base interdisciplinar, tendo as Equipes de Referência (ER) e o Apoio Matricial (AM) como novos dispositivos metodológicos operacionais (CAMPOS & DOMITTI, 2007).

Assim, na ênfase Atenção Básica em Saúde da Família do PRMISPS os residentes enfermeiros e cirurgiões-dentistas passaram a agregar aos profissionais das ERs e os demais profissionais foram convocados a compor uma equipe de AM, tendo como campo de atuação três Unidades de Estratégia de Saúde da Família (UESF). No entanto, o processo de construção do método de trabalho destes residentes foi sendo desenhado a partir da prática nos serviços.

O AM e a ER são dispositivos operativos e filosóficos da Clínica Ampliada, a qual se constitui pela interface entre outros elementos tais como: formação de vínculo; responsabilização clínica e sanitária; identificação de risco e vulnerabilidade; utilização de múltiplos paradigmas; construção de autonomias; elaboração de projetos terapêuticos singulares e trabalho em equipe (COELHO, 2008). Pode-se dizer ainda que o AM e ER são, ao mesmo tempo, arranjos organizacionais e uma metodologia para a

gestão do trabalho em saúde, objetivando ampliar as possibilidades de se realizar clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões (CAMPOS & DOMITTI, 2007).

Mais especificamente, a ER é composta por profissionais que se vinculam a certo número de cidadãos ou famílias pelos quais a equipe se responsabiliza, acompanhando-os ao longo do tempo, seja nos aspectos que envolvem o controle de suas doenças, seja em relação à promoção de sua saúde. Para as situações onde o conjunto de conhecimento e instrumentos da ER não se mostra suficiente para a solução de um determinado caso, deve-se lançar mão de outros conhecimentos, em geral especializados, organizados sob a forma de AM (COELHO, 2008).

O AM, no seu sentido original, seria equicomposto por um ou mais profissionais de saúde, detentores de certo saber específico, que apóia uma ou mais ERs no que se refere tanto a questões assistenciais quanto a suporte técnico-pedagógico (CAMPOS, 1999). Segundo Oliveira (2008), a operacionalização do AM dependerá de um conjunto de condições: número e qualificação dos profissionais disponíveis; necessidade de qualificação dos profissionais envolvidos; cultura organizacional dos gestores e dos trabalhadores envolvidos; rede de serviços disponível e organização do processo de trabalho nos serviços.

Tendo como pano de fundo esses temas, propomos refletir a inserção dos residentes da primeira turma do PRMISPS como a primeira experiência de Apoio Matricial em Saúde da Família no município. Deste modo, este estudo tem por objetivo analisar a construção desse método de acordo com as possibilidades locais.

2. MÉTODOS

O presente estudo é parte integrante do projeto intitulado “Apoio matricial em saúde da família: ações desenvolvidas e sinalização de caminhos para a organização de critérios e metodologias de trabalho na Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde/UFSM”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em dezembro de 2010 sob protocolo nº CAAE 0313.0.243.000-10. Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, de abordagem qualitativa, realizado de dezembro de 2010 a março de 2011 em um município do interior do Rio Grande do Sul nos espaços de atuação da ênfase Atenção Básica em Saúde da Família do PRMISPS.

Caracteriza-se como um estudo de caso descrito por sujeitos que agem na posição de pesquisadores, mas, sobretudo, que partiram da condição de atores da vivência aqui analisada. Trata-se, portanto, não apenas de reflexões dos resultados de um pesquisador, mas de uma tentativa de produção de sentidos para a própria experiência.

A coleta de dados da pesquisa foi realizada em dois momentos, a fim de contemplar os objetivos do estudo.

No primeiro, a partir da Análise Documental, foram coletadas informações sobre o processo de trabalho e implantação do PRMISPS/UFSM-RS.

No segundo, foram elaborados três distintos instrumentos de entrevistas semi-estruturadas. Estas foram distribuídas em três etapas e gravadas para conferência dos dados: a) realizadas perguntas sobre dados de identificação, tempo de trabalho ou residência no local, necessidades de saúde da comunidade, dificuldades no trabalho, quando ouviu falar em AM pela primeira vez e os entendimentos sobre AM, ER e forma de atuação destes; b) fornecido verbalmente elementos teóricos sobre a opção metodológica usada pelo PRMISPS, visando facilitar a identificação dos profissionais como AM ou ER nas respostas às posteriores perguntas; c) realizadas perguntas sobre a prática do trabalho de AM com a ER. Foi aplicado um mesmo instrumento a cada entrevistado de acordo com os três grupos assim considerados:

- ER - profissionais das três UESF (Unidade de Estratégia de Saúde da Família) - duas UESFs contendo duas equipes de profissionais cada e uma UESF

contendo uma equipe de profissionais - nas quais o PRMISPS/UFSM-RS está inserido, sendo: 03 médicos, 03 enfermeiros, 01 Técnico de Enfermagem, 26 Agentes Comunitários de Saúde; 01 Cirurgião-dentista, bem como 04 residentes da primeira turma do PRMISPS/UFSM-RS – 03 Enfermeiros e 01 Cirurgião-Dentista;

- Residentes da primeira turma do PRMISPS/UFSM-RS que realizaram apoio matricial às UESFs, sendo: 02 Fisioterapeutas, 01 Fonoaudiólogo, 01 Nutricionista, 02 Psicólogos e 01 Terapeuta Ocupacional;

- Usuários Informantes-Chave (ICs), sendo: 57 usuários de 22 microáreas. Foi solicitado aos Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) das áreas adscritas as três UESFs no qual o PRMISPS está inserido, que indicassem 03 ICs de sua microárea. Para tal, foram considerados como critérios de inclusão: ser adulto (maior de 18 anos), ter condições cognitivas para responder às perguntas, residir na microárea de cobertura há pelo menos cinco anos e ser considerado pelo seu ACS como uma figura importante de liderança na sua comunidade. Nas microáreas onde não há cobertura de ACS, foi solicitado aos demais ACSs daquela ER em questão que indicassem esses ICs. Após, os informantes foram contatados, informados sobre o estudo e aqueles que aceitaram participar assinaram o TCLE. O informante-chave (IC), na literatura antropológica e sociológica, é uma pessoa que pertence ao grupo a ser estudado e/ou que conhece bem o assunto pesquisado, representando assim uma preciosa fonte de informações (WHO, 1994).

Foram incluídos neste estudo apenas os profissionais que estavam trabalhando nas UESFs no período em que foi realizada a pesquisa (independentes do vínculo empregatício, tempo de serviço e carga horária de trabalho) e que aceitaram participar, assinando o TCLE.

Os dados das entrevistas foram tratados através da técnica de Análise de Conteúdo, na modalidade Análise Temática, conforme Minayo (2010).

3. RESULTADOS

Os resultados obtidos através da análise documental e análise de conteúdo serão apresentados a partir de três categorias, procurando fazer uma mediação entre as respostas dos sujeitos e reflexões sobre a experiência do apoio matricial compreendido como um modo de saber-fazer diferenciado que está sendo construído no PRMISPS.

“Faltou base”: o contexto da experiência e a experiência dos atores para o contexto

O cenário inicial já sinalizava que a organização e o fortalecimento dos serviços de Atenção Básica em Saúde não seriam priorizados. Este aspecto apresentava-se como um primeiro obstáculo a ser enfrentado. Embora tenham ocorrido articulações interdisciplinares e interinstitucionais durante a construção do projeto inicial, 2009 foi o primeiro ano do PRMISPS e também de uma nova gestão municipal. Os residentes foram inseridos em um cenário de fragilidades da Saúde da Família no município, marcado principalmente pela dificuldade na continuidade das ações em saúde das Equipes de Referência e, conseqüentemente, de construção de vínculo. A gestão anterior, publicamente mais comprometida com a proposta inicial, não implantou uma política de pessoal na saúde com contratação por concurso e a nova gestão manteve durante os dois anos seguintes as equipes com contratos precários emergenciais semestrais.

O segundo obstáculo estaria relacionado à falta de experiência e formação dos residentes. A primeira experiência dos residentes como profissional na Saúde da Família e apoiador matricial, simultaneamente, deu-se durante as atividades da Residência. Constatou-se que nenhum dos 07 residentes apoiadores matriciais teve experiência profissional em saúde pública antes das atividades da residência e todos ouviram falar em Apoio Matricial pela primeira vez ao estudar para a prova da residência. Estes resultados são semelhantes aos dos demais residentes que compõem a ER. Dentre os 04, apenas 01 teve experiência em saúde pública anterior à residência e 02 ouviram falar sobre apoio AM somente na prova da residência.

Em linhas gerais, o PRMISPS propôs um trabalho integrado de AM em Saúde da Família com a maioria dos residentes sem experiência profissional em saúde pública e sem formação acadêmica para ser ou trabalhar com apoiador matricial. Ou seja: *“Faltou base pra essa discussão na graduação com outros profissionais que não sejam só enfermeiro, médico e equipe mínima (de Saúde da Família)”* (ER-02) e *“faltou ter contato com isso antes. A graduação deu pouca base pra isso”* (AM-01).

Os residentes enfermeiros foram distribuídos nas Unidades de Estratégia de Saúde da Família e os residentes das outras categorias profissionais foram organizados para a função de apoio matricial.

“A experiência do tentar fazer”: o método e seus efeitos sobre a formação

No Projeto inicial do PRMISPS 2009-2011 (UFSM, 2009) não há delimitações nem atribuições específicas para o trabalho dos residentes como apoiadores matriciais em saúde da família¹.

A formação desse apoiador matricial em saúde da família dar-se-ia durante o percurso. Ainda que com o apoio das gestões (municipal e da residência) e profissionais (do serviço e do ensino), todos os residentes seriam convocados a serem sujeitos do seu próprio aprendizado ao construir suas funções e experimentar a metodologia proposta de AM em saúde da família - independente das condições para tal apresentarem-se ou não controversas.

Esta opção teórico-metodológica do PRMISPS foi referida nas respostas que os residentes deram quando questionados a respeito de sentirem-se ou não instrumentalizados para exercer a função de AM. Dentre os 07 apoiadores matriciais, 05

¹ Ao elaborar o projeto ainda não se tinha clareza de como se daria o trabalho interdisciplinar dos residentes nos campos de atuação. O Apoio Matricial começou a ser discutido após a aprovação, em função de se tratar de uma metodologia nova. Quando aprovado, foi flexibilizado a alterações para que se construísse a estratégia de trabalho durante o percurso. Conforme a idéia inicial, cada apoiador permaneceu o mesmo tempo durante a semana em cada uma das Unidades. Após um semestre, em uma avaliação coletiva posterior a um estágio de vivência em Campinas-SP, os residentes se questionaram se suas práticas estavam sendo de AM e, a fim de fortalecer o vínculo e as práticas, definiu-se a realocação de cada apoiador em uma USF-referência durante três dias na semana, sendo que nos demais dias prestariam apoio às outras duas USFs.

deles optaram por “sim” e “não”². Apenas 02 responderam um “sim” absoluto, atribuindo suas respostas à experiência vivenciada: “*Sim. Trabalho em equipe e suporte teórico não tem receita.*” (AM-04) e “*Acho que a Residência ajudou a entender muitos conceitos e perceber necessidades na prática, ampliar os conceitos de saúde, trabalhar com outros núcleos.*” (AM-06).

Todos os “Sim” dos residentes (ER e AM) foram atribuídos à experiência adquirida. Quanto aos profissionais das ER, 30 dentre os 38 afirmaram se sentirem instrumentalizados com “sim” absoluto.

Várias respostas evidenciam a importância da prática na experimentação desse modelo de trabalho:

- “*Sim. Estou aprendendo, se considerar como resposta estar disposta e munida de algumas coisas enquanto apoio.*” (AM-01)

- “*Hoje sim, mas há um ano e meio atrás não.*” (AM-02)

- “*Sim, quando foi permitido que buscasse teoria, construir algo e não ter sido exigido um trabalho taylorista. Com liberdade de estudo e trabalho com pessoas que estavam aprendendo a fazer apoio matricial, foi muito bom.*” (AM-03)

- “*Sim, pela prática e experiência.*” (AM-05)

- “*Sim. O nosso trabalho, o que tentamos fazer, metendo a cara, aprendendo com os nossos erros, isto nos fez mais capacitado. Conseguimos, de uma maneira ou outra, errando e acertando, aprender.*” (AM-06)

- “*Sim, e a partir da residência não vejo mais como trabalhar sem o apoio matricial.*” (ER-02)

- “*Sim, no dia-a-dia de trabalho. Não tivemos orientação e não sabíamos trabalhar, foi a partir da apresentação do apoio matricial.*” (ER-07)

- “*Sim, o dia-a-dia de trabalho que me fez ter este olhar.*” (ER-18)

- “*Sim, a convivência com os outros AM, conhecer o trabalho do AM.*” (ER-25)

- “*Sim, no trabalho mesmo. A gente vai aprendendo.*” (ER-30)

- “*Sim, pela experiência do tentar fazer. Foi o apoio matricial que fez com que eu trabalhasse junto, senão o enfermeiro faria só o trabalho de enfermeiro.*” (ER-32)

² O instrumento de coleta de informações permitia a escolha das duas alternativas e convidava os entrevistados a relatar fatores que justificavam tais respostas.

- *“Para alguns momentos sim, outros não, depende da situação. Pra conhecimentos complementares tive uma vivência maior. E é a vivência que aprofunda esta capacitação.”* (ER-38)

Embora a experiência se sobressaia como fator decisivo, diversos entrevistados atribuíram a leitura como ferramenta adquirida para trabalhar com o apoio ou como apoiador matricial. E a falta de suporte teórico é considerada uma limitação da experiência. Há destaque para o pouco conhecimento e falta de estudo de outras experiências semelhantes:

- *“Faltou na residência mais estudo e mais contato com pessoas que trabalham com isso”.* (AM-01)

- *“Falta discussão na residência sobre o tema teórico como prática, inclusive com as equipes de referência.”* (AM-02)

- *“Faltou muita teoria, como nas aulas práticas.”* (AM-06)

- *“Faltou uma definição. Se tivesse algo mais claro... Mesmo que a gente saiba que o que existe é teoria, faltou uma experiência concreta sobre o trabalho.”* (ER-32)

- *“(...) ausência de capacitação específica, procura, troca, leitura sobre esses dispositivos, como projeto terapêutico singular e clínica ampliada.”* (ER-38)

“Em espaço informal”: o Apoio Matricial em cenários de precariedade da Atenção Básica

No caso em discussão, o Apoio não integrou uma proposta da gestão da saúde no município e, portanto, não foi acompanhado de nenhum novo investimento. O modelo de gestão da Secretaria também não foi alterado.

Ao serem interrogados a respeito das dificuldades para desenvolver o trabalho do Apoio, residentes e trabalhadores salientaram a precariedade das Unidades (falta de equipamentos e falta de recursos para trabalhar):

- *“Às vezes me sinto incapaz pela falta de recursos, tem de se trabalhar só com o que se tem.”* (AM-01)

- *“Falta instrumentos que viabilizem ações organizadas. O trabalho seria bem otimizado se acontecesse isso.”* (AM-03)

- *“Falta recursos pra ações diferenciadas.”* (AM-05)
- *“Por falta de recursos materiais não se pôde investir em pouco mais. Ficou-se dependendo da boa vontade de algumas pessoas”.* (AM-07)

- *“Falta de equipamentos adequados pra trabalhar”.* (ER-16)

- *“Falta estrutura física (refere-se a equipamento)”* (ER-38)

Também identificam a falta de fluxos como uma limitação ao trabalho com Apoio:

- *“Falta organização dos fluxos”.* (AM-02)

- *“Não existe protocolo de encaminhamento pra rede (refere-se ao seu núcleo profissional).”* (ER-38)

É indispensável que - para se permitir um processo crítico de análise dos seus modos de saber e fazer - haja comunicação entre os sujeitos envolvidos. Mas, como compor um espaço de troca de saberes, invenções, experimentações que auxiliem a equipe a ampliar sua clínica? Os resultados revelam que, embora já se sintam instrumentalizados, a falta de espaço para a discussão, de diálogo, é vista como principal dificuldade:

- *“Falta comunicação e planejamento de ações.”* (AM-04)

- *“Falta diálogo com as equipes.”* (AM-06)

- *“Dificuldade de comunicação entre os profissionais”.* (ER-09)

- *“Falta de diálogo entre a própria equipe, a equipe e os residentes e entre os residentes”.* (ER-12)

- *“Falta de discussão de casos.”* (ER-14)

- *“Tem de estar juntos, dialogando e se responsabilizando concomitantemente entre todos os profissionais, sobre os casos existentes.”* (ER-12)

- *“Há trabalho em rede, mas falta comunicação.”* (ER-27)

- *“Deveria ser pactuada as necessidades das Equipes de Referência, que tipo de apoio e qual necessidade a comunidade tem. Pactuação de ações em espaços de troca e discussões dos casos”.* (AM-02)

- *“Pactuar com os dois (AM e ER) de que forma pode acontecer”.* (ER-02)

- *“Falta discussão de casos e pactos não existem”.* (ER-14)

- *“Deveria ser integrado, tem que ter comunicação, planejamento, trabalho integrado com encontros fixos estabelecidos, possibilitando construção de metodologias de trabalho para cada comunidade específica”.* (AM-04)

Como um processo dinâmico e de envolvimento de relações pessoais, no trabalho em AM será imprescindível o estabelecimento de pactuações entre os envolvidos, para que haja um espaço permanente de elaboração de contratos, avaliação e reconstrução de expectativas e responsabilidades coletivas e individuais, ainda que elas tenham de ser remodeladas com freqüência e os obstáculos não sejam removidos.

O AM não é um supervisor de caso nem deve ser considerado a referência de um caso (no sentido de único responsável por tal), pois isto vai de encontro à lógica do AM em SF. Para viabilizar a co-responsabilização na prática, é necessário pactuar a função e o lugar dos apoiadores e dos profissionais de referência nessa rede. Contudo, se não houver diálogo e espaço para tal (no sentido espaço físico e no sentido de disponibilidade individual – neste momento do percurso já garantido pelo reconhecimento dos profissionais como instrumentalizados para tal), não serão pactuados estas funções ou responsabilidades. Uma das questões importantes é que houve um baixo investimento na contratualização (formação para contratar) e na criação de espaços que colocassem o próprio Apoio em análise do coletivo. Cada um *fez do seu jeito*, conforme se pode observar:

- *“Hoje é a falta de informação (refere-se à principal dificuldade). Todo mundo quer fazer do seu jeito (...). Não sei explicar o que muita gente faz aqui, mesmo quando trata de uma pessoa da minha área mínima. Eu chego nas casas e as pessoas me perguntam e eu não estou nem sabendo (...)”* (ER-28)

- *“Não adianta cabo de guerra, tem de estar os dois puxando (refere-se aos apoiadores matriciais e profissionais das ERs) pro mesmo lado”.* (ER-08)

- *“Oficialmente, (refere-se à equipe de referência) é a equipe mínima da Unidade, mas a gente (apoiador matricial) acaba transitando, porque a gente é os dois na prática”.* (AM-01)

- *“Na prática (refere-se ao apoio matricial) acaba se aproximando do trabalho da equipe de referência, porque acabamos sendo referência e o vínculo mais estável com a*

comunidade do que a equipe de profissionais que está aqui. (...) Algumas vezes se conseguiu discutir casos, mas não houve co-responsabilização (...)". (AM-05)

- *"Deveríamos trabalhar como apoio matricial e acabamos trabalhando como referência, pela falta de profissionais. Em algumas unidades, sou apoio matricial, mas acabo também como referência para alguns casos. Apoiador matricial seria aquele em que tem equipe de referência e agrega na equipe com discussões na forma de apoio matricial. Pela falta de profissionais, a gente acaba sendo equipe de referência e apoio matricial para nós mesmos (residentes)".* (AM-07)

- *"Hoje (o AM) não faz o q deveria fazer porque tá trabalhando como equipe de referência".* (ER-02)

- *"Ora a equipe de referência vira apoio matricial, ora o apoio matricial vira equipe de referência".* (ER-38)

- *"(o que o AM faz) seria substituir o profissional que não tem na USF. Não teria que ser isso, mas como não tem os profissionais, acabam fazendo isso".* (ER-39)

Nota-se que os apoiadores matriciais, além de construir seu espaço de formação, tiveram de operar na constituição das Equipes de Referência e muitas vezes desempenhar uma função de referência. Esta contradição é reconhecida tanto pelos apoiadores matriciais quanto pelos profissionais dos serviços da própria ER. Há um obstáculo significativo na rede de saúde local com relação, principalmente, à precariedade dos vínculos empregatícios e contratação vertical de profissionais que vão de encontro ao modo de operar o Apoio Matricial. Todavia, se a remoção deste dependerá de uma governabilidade para além da vontade dos profissionais e usuários, como viabilizar o trabalho de AM em saúde da família?

A fragilidade da atenção básica em saúde e as sucessivas transferências ou trocas de trabalhadores que aconteceram no período explicam, em grande parte, a leitura dos profissionais a respeito da dificuldade para identificar um lugar para o apoiador. Contudo, este dilema é também resultado da dificuldade (de cada um e de todo o coletivo) de habitar um lugar institucional mais instável.

A não realização das reuniões de equipes nas Unidades de Saúde da Família e de outros espaços para integração, trocas e discussões de casos entre os profissionais

são citados. Mas, contraditoriamente, os espaços viabilizados no horário de serviço, durante as práticas, são considerados “informais”:

- *“As reuniões de equipe deveriam contribuir, mas são tantos atravessamentos que elas não ocorrem.”* (AM-01)

- *“Se dá em espaço informal na maioria das vezes (refere-se às trocas e discussões de casos).”* (AM-02)

- *“As discussões são interessantes, mas informais.”* (AM-03)

- *“Em reuniões onde se discute os casos, mas a maioria é em espaços informais (refere-se às trocas e discussões de casos).”* (AM-04)

- *“ER é uma coisa que está em déficit, mas da forma que acontece entre nós residentes, eu acho que é uma forma não instituída, é uma forma mais informal.”* (AM-07)

- *“Poderia ter mais reuniões pra poder falar, fundir os conhecimentos, explanar, mas não tem troca aqui, não deixam nem falar.”* (ER-01)

- *“Nem sempre tem espaços de conversa, é informal na unidade.”* (ER-07)

- *“Conversa na sala de reuniões da unidade ou então conversamos uma vez por semana, quando tem reunião de equipe.”* (ER-16)

- *“Nos corredores, na cozinha, nos espaços informais, quando demandado, a qualquer momento que seja necessário.”* (ER-25)

- *“Reuniões de equipe, quando acontecem, e em conversas informais com a equipe.”* (ER-38)

Os sujeitos citam não haver as reuniões de equipe - que consideram um espaço instituído - e desvalorizam a estratégia criada durante o trabalho para suas práticas interdisciplinares, muitas vezes reafirmando as práticas de um modelo de trabalho fragmentado:

- *“Com eles (refere-se aos ACSs) a gente consegue diálogo e troca. Mas o algo mais aprofundado, de planejamento de ação com os profissionais, a gente não consegue porque as reuniões de equipe não estão acontecendo. E os profissionais chegam aqui e vão atender, não param pra discutir alguma coisa.”* (AM-05)

- *“Não se dá na reunião de Equipe (...). É passado o caso, falado sobre ele, mas não é esmiuçado, não tem tempo pra isso.”* (ER-05)

- *“Em alguns momentos que a gente está menos ocupado, consegue parar pra ouvir e pra fazer esta discussão (refere-se à troca de casos)”*. (ER-19)

Os espaços dialógicos são insuficientes ainda perto da sua potência. Pode-se observar que a informação inicial sobre o trabalho do AM e ER é pouco garantida aos profissionais novos nas UESFs - o que também poderia ser resolvido em reuniões do coletivo. Por exemplo: 08 sujeitos referiram ouvir pela primeira vez em AM no momento da entrevista, sendo que 06 deles contabilizavam menos de 3 meses de trabalho no local.

Se há deficiência da garantia da informação e de diálogo entre profissionais que trabalham cotidianamente no mesmo local, no que tange ao relacionamento com os usuários essa lacuna se apresenta mais evidente: com exceção de 01 usuário, todos os demais ouviram falar em apoio matricial em saúde da família apenas no momento da entrevista – e este ouviu falar não através da residência ou profissionais do serviço, mas por acadêmicos de outra instituição de ensino.

A análise dos resultados que envolvem as outras perguntas também revela que poucos citam o trabalho dos residentes na Unidade. Ou seja, os usuários entrevistados ainda não conhecem ou não são informados sobre a proposta do trabalho do AM em SF.

4. DISCUSSÃO

No PRMISPS, independente de haver ou não condições nos serviços de saúde mais convergentes com a proposta da Atenção Básica à Saúde, a provocação já estaria posta à medida que se optou por unir distintos núcleos profissionais (historicamente titulados para atuarem em serviços como os de média densidade tecnológica) para aprender a trabalhar numa lógica que se propõe a superar a especialização e a fragmentação das práticas. Um processo de mudança que vai além de definir quem é o responsável por qual procedimento (até porque o estabelecimento das funções individuais de cada núcleo profissional é apreendido na academia), pois perpassa por compreender co-responsabilidades para que se garanta o princípio da integralidade.

Conforme Machado *et al.* (2007), a proposta de desenvolvimento de trabalhadores para o SUS parte do pressuposto que o campo da Saúde não é exclusivo de nenhum núcleo profissional, uma vez que os espaços terapêuticos, de cuidado e escuta somente são definidos pelo encontro e relação dos diversos sujeitos envolvidos na produção do cuidado. Neste contexto, a integralidade não é apenas uma diretriz do Sistema Único de Saúde (SUS) definida constitucionalmente, apresenta-se como uma “bandeira de luta” (p. 335).

Segundo Campos & Domitti (2007), o apoio matricial busca construir e ativar um espaço para comunicação e compartilhamento de conhecimento entre todos os profissionais. Os apoiadores matriciais são especialistas com conhecimento e perfil distinto dos demais profissionais da equipe de referência que podem, portanto, agregar seu saber e contribuir no aumento da capacidade desta equipe na resolução dos problemas de saúde no seu território.

Para além da construção do conhecimento, o apoio matricial lida com a produção do trabalhador, com a invenção do lugar deste na equipe de saúde, entre o instituído e o instituinte. Busca visualizar as fronteiras entre as especialidades, identificando os lugares e modo onde a ruptura com os modelos prescritivos emerge. Atua também na maneira com que as equipes interagem com a rede e na relação entre trabalhador e usuário, apostando que nesta relação que ambos se inventam e as técnicas são construídas (PENA, 20--).

De alguma forma, o trabalho entre AM e ER questiona as especialidades, num movimento de constante aprendizado e (trans)formação dos profissionais envolvidos e de suas práticas. Logo, não surpreende que após quase 16 meses de trabalho todos os residentes (apoiadores matriciais ou não) tenham mencionado durante a pesquisa sentirem-se instrumentalizados para trabalhar como apoiador matricial ou com este profissional, bem como vários profissionais das ERs.

Para atenuar o efeito fragmentário advindo dessas diferentes especialidades que devem responder às demandas de um sujeito e aumentar as possibilidades para um cuidado integral, Oliveira & Guareschi (2010) referem que é necessário que os profissionais tenham espaço para análise, busca e criação de modelos diversos de atenção à saúde e organização dos serviços. E que a mudança no rompimento com os saberes auxilia na formação do sistema – e não só o sistema formação dos trabalhadores - na medida em que estes articulam para sua construção. Neste sentido, Ceccim (2010) cita que as Residências Multiprofissionais em Saúde permitem, além do contato entre trabalho e formação, possibilidades de mudanças no modelo tecnoassistencial a partir da atuação multiprofissional ou integrada adequada às necessidades locais, constituinte de um processo de Educação Permanente em Saúde.

Segundo Oliveira (2011) operacionalizar o apoio matricial dependerá de diversas condições, como: número e qualificação dos profissionais disponíveis; cultura organizacional dos gestores e dos trabalhadores envolvidos; rede de serviços disponível; e organização dos processos de trabalho.

Algumas condições organizacionais ampliam muito as possibilidades de sucesso e de impacto do apoio matricial. A adoção de estratégias de desprecarização das relações de trabalho, como a contratação por concurso e a fixação de profissionais diaristas e não em regime de plantão para integrar as equipes, por exemplo. A adoção de tecnologias de educação permanente em saúde como estratégia de qualificação dos trabalhadores e dos gestores. A organização dos serviços de saúde com base em equipes de referência com adscrição de clientela e definição de responsabilidade sanitária pelo recorte territorial. A adoção de arranjos e dispositivos de cogestão, como a criação e a qualificação de espaços permanentes de encontro entre as equipes, como já foi aqui exposto. A criação de colegiados de cogestão nos serviços e nas áreas de gerências técnicas da gestão municipal. (OLIVEIRA, 2011, p. 42)

O mesmo autor na obra supracitada cita ainda que para viabilizar um projeto de apoio matricial nos serviços de saúde uma série de condições de organização do processo de trabalho, de agenda, de fluxos e de disponibilidades pessoais e institucionais dos profissionais envolvidos, precisa acontecer. Nesses casos, dispositivos e de arranjos de gestão que favoreçam a criação e a sustentabilidade dos encontros da equipe devem acompanhar a implementação do AM. Há necessidade de espaços de discussão das equipes de referência, entre as equipes e os apoiadores matriciais e a participação destes em espaços a fim de possibilitar a discussão do processo de trabalho, dos fluxos e do cardápio de ofertas do serviço, da rede local ou loco-regional. Acrescenta ainda que “uma equipe que não se reúne, que não se encontra, dificilmente conseguirá operá-lo.” (p. 41), o que justifica os resultados encontrados nos quais as dificuldades de comunicação, de espaços de discussões e estabelecimento de pactuações foram significativamente mais citados do que a falta de recursos e insumos e definição de fluxos.

Campos (1999) acrescenta que apenas com discurso não se altera a estrutura que reforça a segregação do trabalho, mas o reconhecimento da necessidade de comunicação entre as distintas profissões que atuam nos serviços de saúde representa o início do enfrentamento do problema e, portanto, um avanço.

Ao serem desafiados, foi tecendo com as possibilidades que os sujeitos da pesquisa elaboraram estratégias de enfrentamento das dificuldades. Esses espaços cunhados, embora chamados “informais”, já sinalizam que o trabalho integrado na produção do cuidado - necessário pra efetivar o apoio matricial - está começando a fazer sentido. Estes atores estão garantindo um espaço para uma ampliação da clínica, independente da autorização ou reconhecimento da gestão municipal ou da gestão da residência. Talvez o modelo tradicional no qual sustentamos historicamente nossas práticas biomédicas, de território seguro, embebidas de fórmulas cientificamente comprovadas, receitas médicas, prontuários, impeça-os de visualizar e reconhecer que existe nessas atitudes um movimento que pode estar produzindo um novo modo de fazer saúde e pensar saúde. Cunha (2009) cita que a comunicação tem de se dar em um processo crítico em relação ao suposto poder/saber, o que representa um grande

obstáculo, inclusive cultural, uma vez que existe um forte desejo por soluções tão mágicas, simplistas e sem efeito colateral, tal qual uma vacina contra pólio.

Dentre as várias experiências de apoio matricial no SUS, as dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) aproximam-se mais da descrita neste estudo. E os NASFs valorizam os espaços dialógicos, por exemplo, ao reconhecerem para a organização e o desenvolvimento do seu processo de trabalho uma ferramenta tecnológica além das de apoio à atenção (apoio matricial, clínica ampliada, projeto terapêutico singular, etc.): a de apoio à gestão, chamada de Pactuação do Apoio. Torna-se necessário, para tanto, que os profissionais assumam sua responsabilidade na co-gestão e os gestores coordenem esses processos, em constante construção. Esta Pactuação é estabelecida em duas atividades: a) Avaliação conjunta da situação inicial do território entre os gestores, equipes de saúde da família e o Conselho de Saúde; b) Pactuação do desenvolvimento do processo de trabalho e das metas, entre os gestores, a equipe do NASF e a equipe de saúde da família com a participação social (BRASIL, 2009).

Os resultados deste estudo demonstram que há dificuldades de diálogo entre os profissionais, no entendimento de suas funções e obstáculos no trabalho que refletem na relação com os usuários. Revelam ainda que a informação sobre a mudança de modelo proposta no trabalho do apoio matricial está insuficiente, o que representa um outro obstáculo a ser enfrentado.

O apoio matricial faz repensar o processo de saúde ao pensar a doença não como ocupante do espaço principal na vida do sujeito (ONOCKO, 2001). Portanto, para buscar superar o modelo centrado na doença e centrá-lo no sujeito, será preciso garantir a participação dos usuários nesse processo, a fim de que o controle social possa contribuir para dimensionar o cuidado às necessidades dos usuários do SUS. Segundo Campos (2000, p. 223), é necessário “tomar o próprio processo de participação como uma escola em que a capacidade dirigente dos cidadãos iria se construindo”. Faz-se importante reconhecer o usuário como parte do trabalho em equipe, garantindo a co-responsabilidade de todos os sujeitos envolvidos na produção da saúde.

Uma das principais metas da Atenção Básica é promover prevenção à saúde junto à população através das políticas de educação (BRASIL, 2007b). Neste ambiente,

a Saúde da Família e o Apoio Matricial consoam em estratégias importantes na concretização do SUS e torna-se impossível dissociar a participação social. Para que a educação aconteça é necessário que os usuários sejam sujeitos da sua saúde, (re)pensar a educação em saúde na perspectiva da participação social, compreendendo que as práticas educativas somente têm lugar entre sujeitos sociais. Considerando o princípio da integralidade, torna-se necessário então o desenvolvimento de ações em saúde numa perspectiva dialógica, emancipadora, participativa, criativa, que possa contribuir para a autonomia do usuário (BRASIL, 2007c).

Oliveira & Guareschi (2010) citam que a integração ensino-serviço-comunidade pode ser compreendida como uma diretriz de educação para o SUS, uma vez que diz respeito à oportunidade que todos os cidadãos têm de inclusão nas discussões, decisões e legitimações das propostas de gestão e ações dentro desse sistema. Sobre a educação em serviço:

A educação em serviço apresenta-se como importante estratégia das Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS), pois coloca aos trabalhadores o exercício contínuo de análise do sentido das práticas nos locais de produção, o que propicia o estabelecimento de ações questionadoras na resignificação para aprendizagem. O desafio colocado é a quebra da reprodução social de práticas hegemônicas, flexibilizando os procedimentos instituídos e deixando de lado a necessidade de construção de uma verdade absoluta. (OLIVEIRA & GUARESCHI, p. 100)

Conforme Ceccim (2010), as propostas multiprofissionais e integradas das RMS apresentam uma perspectiva teórico-pedagógica convergente com os princípios e as diretrizes da integralidade da atenção e da intersetorialidade do SUS, com as demais políticas que ocorrem nos determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva e da equidade no acesso e no direito à saúde.

Portanto, inseridas e convergentes com o SUS, as práticas das RMS, tal qual, permanecerão em movimento, num processo de aprendizagem desafiador e por vezes contraditório, que permeará realidade e teoria num universo de possibilidades, conforme apresentado neste estudo. Concordando com Da Ros (2009):

“Se entendemos a dinâmica dos processos brasileiros veremos que é, na luta que se constrói o possível. Não é a partir das idéias que nos parecem certas que a realidade estará posta. É processo, e luta. É bom lembrar, por exemplo, que

desde 1988, quando foi aprovada a Constituição, e nela diz que cabe ao SUS ordenar a formação de recursos humanos em saúde, no Brasil, até hoje, só conseguimos aprovar duas leis orgânicas do SUS, e ambas em 1990. De lá para cá, se esperássemos as condições ideais, hoje não teríamos 30 mil equipes de Programa de Saúde da Família, nem núcleos de apoio, nem Residências Multiprofissionais em Saúde. Portanto, contra-hegemonia se faz quando se podem ampliar espaços. Eles não são perfeitos, e são contraditórios. Mas, contradição é mola da história.” (DA ROS, 2009, p. 232)

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como experimento de uma metodologia ainda não utilizada nos serviços da rede municipal de saúde e pensada na formação em serviço de uma primeira turma de recursos humanos para o SUS, não foi possível estabelecer previamente funções e formas de operacionalização do apoio matricial em saúde da família. Porém, foi permitido aos residentes - juntamente com os demais profissionais das equipes de referência - iniciar a construção de um método adequando-o às possibilidades e realidade local.

Verificou-se o quanto é preciso instrumentalizar os profissionais, afinal, muitos ainda (pensando em residência e em qualquer outro cenário) virão pra trabalhar como apoiador matricial ou com o AM sem conhecê-lo (sem formação acadêmica e sem prática), como na experiência aqui relatada. Porém, não basta apenas fornecer o suporte teórico para operacionalizar o trabalho do apoio matricial em saúde da família. É imprescindível que profissionais (residentes e do serviço), gestão (da residência e do município) e usuários tenham um canal constante de discussão e pactuações e o reconheça como importante atividade para que se possa operacionalizar o trabalho e amenizar qualquer dificuldade existente.

Em um movimento constante, pactuações vão ter de ser feitas e refeitas - entre gestão da residência, gestão da SMS, profissionais do apoio matricial, profissionais das equipes de referências e usuários - por que o trabalho de apoio matricial em saúde da família demanda que todos os sujeitos envolvidos nesses cenários sejam co-responsáveis na produção de um novo modo de saber-fazer saúde. Nos espaços dialógicos cotidianos será possível treinar o movimento de produzir reflexão das ações e aprender a ler e reconhecer a própria experiência como válida, como produtora de significados.

Embora discreta, nota-se que as práticas, mediadas pelo conhecimento adquirido e, principalmente, produzido, está atuando na realidade local, sendo operacionalizada dentro de um universo de possibilidades - o que se torna rico para sujeitos em formação (residentes ou não) comprometidos a garantir os princípios do SUS. Talvez em curto prazo, como em dois anos, as mudanças possam ser pouco visualizadas e não

impactem num modelo de gestão municipal, porém nos deparamos com as condições objetivas de um tempo histórico local que haverá de ser considerado.

Partiu-se para o desafio de vivenciar e remodelar um método de apoio matricial em saúde da família, no entanto, hoje já não se parte de um lugar qualquer. Os próximos sujeitos a participarem deste processo partem de uma experiência que instiga novas adaptações e desdobramentos a fim de auxiliar na efetivação do SUS no cenário local.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da 8a Conferência Nacional de Saúde**. Saúde como direito inerente à personalidade e à cidadania; reformulação do sistema nacional de saúde e financiamento setorial. Brasília, DF. 1986. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf> Acesso em 01 abr. 2011.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF. 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm> Acesso em 19 out. 2010.

BRASIL. Lei Orgânica 8080, de 19 de setembro de 1990. Ministério da Saúde. *In: Diário Oficial da União*. Brasília, 19 set. 1990. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>> Acesso em 01 abr. 2011.

BRASIL. Portaria Interministerial nº 2.117, de 3 de novembro de 2005. Institui no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação a Residência Multiprofissional em Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 4 nov. 2005.

BRASIL. Portaria Interministerial nº 45, de 12 de janeiro de 2007. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 15 jan. 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Série E. Legislação de Saúde. V. 4. Brasília-DF: MS, 2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Série B. **Textos Básicos de Saúde**. Brasília-DF: MS, 2007c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Básica de Diretrizes do NASF**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf>. Acesso em: 05 maio 2011.

CAMPOS G.W.S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: uma proposta de reorganização do trabalho em saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.4, n.2, 1999.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Saúde pública e Saúde Coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000200016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 maio 2011.

CECCIM, R. B. Residências em saúde: as muitas faces de uma especialização em área profissional integrada ao SUS. FAJARDO, A. P.; ROCHA, C. M. F.; PASSINI, V. R. (Org.). **Residências em saúde: fazeres & saberes na formação em saúde**; Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010.

COELHO, I. B. Formas de pensar e organizar o sistema de saúde: os modelos assistenciais em saúde. In: CAMPOS & GUERRERO. CAMPOS, G.W.S. GUERRERO, A. V. P. (orgs). **Manual de Práticas da Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Hucitec, 2008.

CUNHA, G. T. O apoio matricial: obstáculos e potencialidades nas práticas em construção. In: Blog Rede Humaniza SUS. São Paulo: Rede Humaniza SUS, 2009. Disponível em: <<http://www.redehumanizasus.net/7077-o-apoio-matricial-obstaculos-e-potencialidades-nas-praticas-em-construcao>>. Acesso em: 03 maio 2011.

DA ROS, M. A. Sobre "o olho do furacão". **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 13, n. 28, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000100021&lng=en>. Acesso em: 10 maio 2011.

MACHADO, M. F. A. S; MONTEIRO, E. M. L. M.; QUEIROZ, D. T.; VIEIRA, N. F. C.; BARROSO, M. G. T. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 335-342, 2007.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12ª ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

ONOCKO, C. R. Clínica: a palavra negada - sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos se saúde mental. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v.25, n.58, 2001.

OLIVEIRA, G. N. Apoio Matricial como Tecnologia de Gestão e Articulação em Rede. In: CAMPOS, G.W.S; GUERRERO, A.V.P. (orgs). **Manual de Práticas da Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Hucitec, 2008.

OLIVEIRA, G. N. **Devir apoiador: uma cartografia da função apoio**. 2011. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2011.

OLIVEIRA, C. F.; GUARESCHI, N. M. F. Formação profissional para o SUS: há brechas para novas formas de conhecimento? *In*: FAJARDO, A. P.; ROCHA, C. M. F.; PASSINI, V. R. (Org.). **Residências em saúde: fazeres & saberes na formação em saúde**; Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA. Centro de Ciências da Saúde. **Projeto do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistemas Público de Saúde**. Santa Maria, 2009.

PENA, R. S. O apoio matricial na atenção básica: por onde ele passa? *In*: Humaniza SUS na Bahia: Ampliando saberes e aprimorando práticas. Salvador: SES-BA, [20--]. Disponível em: <www.saude.ba.gov.br/.../Mesa%2015%20-%20Equipe%20de%20referência%20e%20apoio%20matricial.pdf>. Acesso em: 03 maio 2011.

SOUZA, M.F. O Programa Saúde da Família: uma visão nacional. *In*: Fernandes, M.E.L.; DOWBOR, T. P.; KRETZER, M. R.; GOUVEIA, I. SUCUPIRA, A. C.; MENEZES, L.; RESEGUE, R; (org.). **AIDS: prevenção porta a porta**. São Paulo: Hucitec; 2004. p. 41-5.

WHO. World Health Association. **Qualitative Research for health programmes**. Division of Mental Health. Genebra: WHO; 1994.

ANEXOS



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
(CONEP)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP- UFSM
REGISTRO CONEP: 243



CARTA DE APROVAÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa – UFSM, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – (CONEP/MS) analisou o protocolo de pesquisa:

Título: Apoio matricial em saúde da família: ações desenvolvidas e sinalização de caminhos para a organização de critérios e metodologias de trabalho na residência multiprofissional integrada em sistema público de saúde

Número do processo: 23081. 017043/2010-57

CAAE (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética): 0313.0.243.000-10

Pesquisador Responsável: Teresinha Heck Weiller

Este projeto foi **APROVADO** em seus aspectos éticos e metodológicos de acordo com as Diretrizes estabelecidas na Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Toda e qualquer alteração do Projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente a este Comitê.

O pesquisador deve apresentar ao CEP:

Junho/2011 - Relatório final

Os membros do CEP-UFSM não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores.

DATA DA REUNIÃO DE APROVAÇÃO: 02/12/2010

Santa Maria, 02 de Dezembro de 2010.

Félix A. Antunes Soares
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa-UFSM
Registro CONEP N. 243.



PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA
SECRETARIA DE MUNICÍPIO DA SAÚDE
NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE
e-mail nepessm@yahoo.com.br – Fone (55) 3921-7201

OFÍCIO Nº. 0667/2010/SMS/NEPeS

Santa Maria, 2 de Dezembro de 2010

Vimos por meio deste informar que o projeto de pesquisa "Apoio Matricial em Saúde da Família: ações desenvolvidas e sinalização de caminhos para a organização de critérios e metodologias de trabalho na RMISPS", de autoria de Ana Paula Wilke François, Daiane Silveira, Fábio Mello da Rosa, Liara Saldanha Brites e Melina Lorenz Renz, vinculados ao Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde (PRMISPS) da Universidade Federal de Santa Maria, poderá ser desenvolvido junto a rede de saúde pública do Município de Santa Maria-RS mediante aprovação prévia do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos – CEP - da referida Instituição. A pesquisa tem por objetivo identificar pressupostos que possam subsidiar a elaboração de critérios e metodologias capazes de contribuir com a construção do processo de trabalho de apoio matricial em Saúde da Família do PRMISPS/UFSM-RS. Os sujeitos de pesquisa serão os profissionais das Unidades de Saúde da Família Maringá, Roberto Binato e São José; representantes dos usuários destas comunidades; e residentes em Saúde da Família da primeira turma do PRMISPS/UFSM-RS.

Ressaltamos que a coleta de dados somente estará autorizada mediante apresentação do documento fornecido pelo CEP.

Vale destacar que a Secretaria de Município de Saúde (SMS) não dispõe de carimbo de cada profissional que nela atua, sendo que nos documentos é colocado somente o carimbo da SMS. No entanto, a veracidade desse documento pode ser obtida junto ao profissional que o assina no endereço e/ou telefone que consta no timbre dessa folha.

Na certeza de compartilharmos interesses comuns. Sendo o que tínhamos para o momento.

Prefeitura Municipal de Santa Maria
Secretaria de Município da Saúde
Núcleo De Educação Permanente da Saúde
Portaria Nº 0040/2007/SMS

P. Rodrigo Silva Jardim

Ft. Hedioneia Maria Foletto Pivetta
Núcleo de Educação Permanente da Saúde

