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

APOIO MATRICIAL: O OLHAR DA EQUIPE DE REFERÊNCIA MEDIADO PELO TRABALHO DO PRMISPS/UFSM

TRABALHO FINAL DE CURSO - Modalidade Artigo Publicável -

Fábio Mello da Rosa

Santa Maria, RS, Brasil 2011

"APOIO MATRICIAL": O OLHAR DA EQUIPE DE REFERÊNCIA MEDIADO PELO TRABALHO DO PRMISPS/UFSM

Fábio Mello da Rosa

Monografia apresentada 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: Profa. Dra. 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 Conclusão

APOIO MATRICIAL: O OLHAR DA EQUIPE DE REFERÊNCIA MEDIADO PELO TRABALHO DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA EM SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE/UFSM

Elaborado por **Fábio Mello da Rosa**

como requisito parcial para obtenção do grau de **ESPECIALISTA EM SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE**

Comissão Examinadora:

Teresinha H. Weiller, Dra. (UFSM)
(Presidente/orientador)

Liane Righi, Dra. (UFSM)

Liliane Simon Ferigolo, Esp. (4aCRS/RS)

Luís Antônio Benvegnú, Dr. (4°CRS/RS)

Santa Maria, 18 de junho de 2011.



AGRADECIMENTOS

À **Prof^a Dr^a Teresinha Heck Weiller**, pelo companheirismo, amizade e paciência com nossos anseios e questionamento, e pelo exemplo de garra e determinação, sempre apontando os melhores caminhos a serem trilhados.

À Prof^a Clara Leonida Marques Colomé e, em especial, à Prof^a Dr^a Vânia Maria Fighera Olivo. Obrigada pelo apoio, pela dedicação e persistência na construção desta Residência.

Aos Enfermeiros **José Cristiano Soster** e **Marcelo Maia**, por acreditarem na Residência como formação qualificada de recursos humanos para o SUS.

A todos os colegas da primeira turma, pelos momentos de alegria, troca e discussões que vieram a acrescer no meu aprendizado e por me ensinaram o real significado do trabalho em equipe.

Aos colegas Ana Paula Wilke François, Daiane Silveira, Liara Saldanha Brites e Jessye Melgarejo do Amaral Giordani. Obrigada pela parceria, dedicação e comprometimento com o trabalho realizado, pelos momentos que vivemos, pelo auxilio que foi dado um ao outro, pela ajuda no desenvolvimento das práticas, e pelo apoio e amizade que se fortaleceu a cada dia.

A todos os preceptores. Obrigada pela dedicação e disponibilidade na Residência e contribuição no nosso aprendizado.

Aos **usuários**. Pela convivência, confiança e pela certeza de que estaria fazendo o melhor, com muita responsabilidade, dedicação e carinho.

Aos profissionais das Unidades de Saúde da Família Maringá - em especial à **Carmem Lúcia** e **Agentes Comunitários de Saúde**. Obrigada pela convivência, apoio neste estudo e nas práticas e por compartilhar conosco seus saberes.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

A minha família, pelo carinho e apoio constante e incondicional, manifestado com o único propósito de me ver crescer pessoal e profissionalmente.

A minha noiva Katiusci, pelo carinho, paciência e compreensão com que me tratava, quando me sentia inseguro e por ter me apoiado de maneira integral em todos os momentos.

RESUMO

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

"APOIO MATRICIAL": O OLHAR DA EQUIPE DE REFERÊNCIA MEDIADO PELO TRABALHO DO PRMISPS/UFSM

AUTORA: FÁBIO MELLO DA ROSA ORIENTADORA: TERESINHA HECK WEILLER Data e Local da Defesa: Santa Maria, 18 de junho de 2011.

Considerando a inserção dos residentes da primeira turma do PRMISPS/UFSM como a primeira experiência local de equipe de referência e apoio matricial em saúde da família, este estudo teve por objetivo analisar o olhar da equipe de referência sobre o trabalho realizado pelo apoio matricial. Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, de abordagem qualitativa, realizado de dezembro de dois mil e dez a março de dois mil e onze, em um município do interior do Rio Grande do Sul nos espaços de atuação da ênfase Atenção Básica em Saúde da Família do PRMISPS. A coleta de dados da pesquisa foi realizada em dois momentos, e áudio-gravadas em gravador portátil e anotadas manualmente pelo pesquisador-entrevistador. Enquanto resultados, a pesquisa revela que nesses dois anos de implantação de um Programa de Residência muito há que se caminhar no sentido da construção de pactos cotidianos entre ensino e serviço, tendo o diálogo como ferramenta e tecnologia necessária para a construção de projetos terapêuticos que respondam efetivamente a necessidade dos usuários.

Palavras-chave: Atenção Básica, Saúde da Família, Políticas Públicas.

ABSTRACT

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

"SUPPORT MATRIX" LOOK TEAM WORK OF REFERENCE FOR MEDIATED PRMISPS / UFSM

AUTHOR: FÁBIO MELLO DA ROSA ADVISER: TERESINHA HECK WEILLER Defense Place and Date: Santa Maria, June 18nd, 2011.

Consider the insertion of the first class of residents PRMISPS / UFSM as the first local experience of the reference team and matrix support in family health, this study aimed to analyze the look of the reference team on the work done by the support matrix. This is a descriptive, exploratory, qualitative study, conducted in December two thousand and ten to March two thousand and eleven, in an inland city of Rio Grande do Sul in the activities of the emphasis Primary Health Care Family of PRMISPS. The collection of data from the survey was conducted in two phases, and audio recorded on portable tape recorder and recorded manually by the researcher and interviewer. As results, the research reveals that in two years of implementation of a Residency Program there is much that is moving towards construction of agreements between everyday teaching and service, with dialogue as a tool and technology necessary for the development of therapeutic projects that meet effectively the needs of users.

Key words: Primary Care, Family Health, Public Policy.

LISTA DE SIGLAS

ACS - Agente Comunitário de Saúde

AM – Apoio Matricial

CAPS – Centros de Atenção Psicossocial

CD – Cirurgião-Dentista

ENF - Enfermeiro

ER – Equipe de Referência

ESF – Estratégia da Saúde da Família

MÉD – Médico

PRMISPS – Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de

Saúde da Universidade Federal de Santa Maria

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento livre e Esclarecido

TÉC. DE ENF – Técnico de Enfermagem

USF - Unidade de Saúde da Família

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A Carta de Aprovação	37
ANEXO B Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	38

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 METODOLOGIA	14
3 RESULTADOS	16
3.1 Caracterização dos Participantes do Estudo	16
3.2 Equipe de Referência - ER	16
3.3 Apoio Matricial - AM	19
3.4 Distribuição dos Residentes	21
3.5 Seleção dos Casos no Território	23
3.6 Socialização dos Casos	25
4 DISCUSSÃO	28
5 CONCLUSÃO	34
6 REFERÊNCIA	
ANEXOS	36
ANEXO A - Carta de Aprovação	37
ANEXO B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	38

1 INTRODUÇÃO

Durante muito tempo, inúmeras foram as discussões sobre saúde tanto em nível nacional como internacional, para que se pudesse chegar a algo mais conciso e adequado às necessidades humanas de saúde.

Baseado nas propostas da 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986, a Constituição de 1988 estabeleceu pela primeira vez de forma relevante a criação de um novo modelo de saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS), de caráter público, formado por uma rede de serviços regionalizada, hierarquizada e descentralizada, com direção única em cada esfera de governo e sob controle dos usuários, tentando melhorar, assim a qualidade da atenção à saúde no país.

Na tentativa de implementar os pressupostos do SUS, é lançada em 1994 a Estratégia da Saúde da Família (ESF), com o propósito de superar um modelo ineficiente de assistência à saúde, objetivando a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado até então só para cura de doença.

Nessa estratégia, a atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que possibilita às equipes uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas.

No sentido de qualificação e formação de recursos humanos para o trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS), vem as residência multiprofissionais em saúde.

Nesse sentido, os cursos de Especialização e Residência Multiprofissional em saúde da família foram concebidos para dar suporte teórico-prático aos profissionais já inseridos nas equipes e oferecer, em especial, aos recém-egressos, uma formação mais voltada às necessidades das ESF. Outro objetivo esperado era estimular, no interior das universidades e escolas estaduais de saúde pública, a inserção deste tema nos programas de pós-graduação Lato Sensu (BRASIL, 1999).

Dessa forma, a construção do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (PRMISPS) iniciou em maio de 2007, a partir de reuniões periódicas, seminários e discussões, como intenção de englobar os seguintes núcleos da área da saúde: Enfermagem, Cirurgião-Dentista, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional.

A partir de junho de 2009, o PRMISPS buscou qualificar profissionais da saúde para atuar no SUS, com a proposição de alavancar novas metodologias de trabalho, olhando para ampliação do cuidado e a integralidade das ações, fazendo um movimento rumo a

transformação do modelo atual de saúde, a partir da troca de conhecimento entre residentes e profissionais do serviço.

Assim, 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).

Nessa perspectiva de trabalho de ER e AM, os residentes iniciaram suas práticas, os enfermeiros e o cirurgião-dentista atuando como equipe de referência conjuntamente com os profissionais das ESF, e os demais profissionais compuseram a equipe de AM.

O Apoio matricial (AM) e a Equipe de referência (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).

A ER é composta por profissionais os quais se vinculam a determinado 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 conhecimentos e instrumentos da Equipe de Referência não se mostre suficientes para a solução de um determinado caso, deve-se lançar mão de outros conhecimentos, em geral especializados, organizados sob a forma de Apoio Matricial (COELHO, 2008).

Nesse contexto, o Apoio Matricial, pretende oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às equipes de referência. Depende da construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias entre os componentes de uma equipe de referência e os especialistas que oferecem apoio matricial (CAMPOS & DOMITTI, 2007).

Considerando a inserção dos residentes da primeira turma do PRMISPS/UFSM como a primeira experiência local de equipe de referência e de apoio matricial em saúde da família, este estudo teve por objetivo analisar o olhar da equipe de referência sobre o trabalho realizado pela equipe de apoio matricial.

2 METODOLOGIA

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 número 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 partem 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. As entrevistas foram audiogravadas em gravador portátil e anotadas manualmente pelo pesquisador-entrevistador. Porém, não houve transcrição dessas gravações, elas apenas serviram para consulta quando houve dúvidas sobre o preenchimento manual do questionário. Após a análise dos dados, os arquivos audiogravados ficaram sob responsabilidade do professor coordenador da pesquisa. Cada instrumento se constituiu em três etapas: a) 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) na següência foram apresentados elementos teóricos sob AM e ER usada pelo PRMISPS, buscando identificar os profissionais como AM ou ER; c) com base nos esclarecimentos fornecidos foi inquirido sobre a prática dos profissionais que realizaram AM e/ou integravam a ER realizadas perguntas sobre a prática do trabalho de AM com a ER.

Sujeitos da pesquisa

EQUIPE DE REFERÊNCIA (ER) - profissionais de três Unidades de Estratégia de Saúde da Família (USFs), sendo que, duas USFs contavam com mais de uma equipe, nas quais o PRMISPS/UFSM-RS está inserido. Por ocasião da pesquisa as unidades eram compostas pelos seguintes profissionais: 03 (três) médicos, 03 (três) Enfermeiros, 01 (um) Técnico de Enfermagem, 26 (vinte e seis) Agentes Comunitários de Saúde; 01 (um) Cirurgião-dentista, bem como Enfermeiros residentes 03 (três) e Cirurgião-Dentista residente 01 (um) da primeira turma do PRMISPS/UFSM-RS;

APOIO MATRICIAL (AM) - Residentes da primeira turma do PRMISPS/UFSM-RS que atuaram no AM às USFs. 02 (dois) Fisioterapeutas, 01 (um) Fonoaudiólogo, 01 (um) Nutricionista, 02 (dois) Psicólogos e 01 (um) Terapeuta Ocupacional;

Foram incluídos neste estudo apenas os profissionais que estavam trabalhando nas USFs no período em que foi realizada a pesquisa (independentes do vínculo empregatício 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).

Local de estudo

As unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF) escolhidas estão situadas na cidade Santa Maria, na região central do estado do Rio Grande do Sul e integram a 4º Coordenadoria Regional de Saúde e possui 261.031 habitantes (IBGE 2010). O local do estudo consiste nos territórios em que os profissionais das ER e residentes atuavam. As entrevistas com os profissionais ocorreram na ESF, em sala privativa e com os usuários foi no seu próprio domicílio. A escolha por este método, foi em decorrência da viabilidade de conversa com os entrevistados e pela intenção de deixar os participantes do estudo o mais tranqüilo possível, tendo assim, uma maior integração com tema da pesquisa.

Questões éticas

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria do protocolo 23081.017043/2010-57. Após a aprovação do referido projeto os sujeitos da pesquisa foram informados do objetivo e convidados a participar do estudo, sendo solicitada à assinatura do Termo de Consentimento livre e Esclarecido (TCLE).

3 RESULTADOS

Da analise dos dados empíricos emergiram cinco temas, a saber, Equipe de Referência; Apoio Matricial; Distribuição dos Residentes; Existência de Critérios para a Seleção de Casos; Socialização dos Casos. No texto, depoimentos são inseridos para destacar as manifestações dos entrevistados. Os resultados são agrupados por categorias profissionais e por sujeitos, e quando identificadas às diferenças entre as percepções dos diferentes atores, estas foram destacadas.

3.1 Caracterização dos participantes do estudo

As equipes de referência (ER), do território estudado apresentavam o seguinte perfil: do total, 26 (vinte e seis) eram Agentes Comunitários de Saúde (ACS), concursados, 40 (quarenta) horas semanais, com predomínio de escolaridade de nível médio; 03 (três) Enfermeiros concursados 40 (quarenta) horas semanais, destes 02 (dois) com especialização em Saúde Coletiva e um com mestrado; 03 (três) Enfermeiros residentes com jornada de trabalho de 40 (quarenta) horas semanais, destes, 01 (um), com especialização em Saúde Coletiva/ Saúde da Família; 03 (três) médicos, sendo que 02 (dois) com carga de 40 (quarenta) horas semanais e 01 (um) com 30 (trinta) horas, destes 01 (um) clinico geral, 01 (um) pediatra e 01 (um) especialista em Saúde Coletiva. As equipes contavam, ainda, com 01 (um) Cirurgião-Dentista concursado especialista em Saúde Coletiva e 01 (um) residente especialista e mestre em Odontologia e Saúde Coletiva com 40 (quarenta) horas semanais e um técnico de enfermagem, concursado, totalizando 38 (tinta e oito) entrevistados. Ressaltase que do total de trabalhadores entrevistados apenas 8 (oito) manifestaram terem tido experiências anteriores em saúde coletiva.

3.2 Equipe de Referência - ER

Quando perguntado sobre o entendimento/conhecimento que dispunham sobre ER, foi possível identificarmos que um conjunto de trabalhadores conheciam sobre denominação e função de uma equipe de referência e outros trabalhadores não.

Agente Comunitário de Saúde

Dentre os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) alguns manifestaram sua opinião sobre o conhecimento de ER, sendo esta reconhecida a equipe que integram no cotidiano de trabalho (...) Se refere a alguma coisa em que as pessoas podem identificar o profissional e onde podem ser encaminhadas, (ACS); (...) É a equipe onde tu leva o problema e tem tua referência e contra-referência. Tu tem um retorno, tu leva e sabe com quem tu vai falar" (ACS); (...) Não vem a ser a equipe do posto? É aquela que trabalha no posto, e os ACS faziam parte, somos a referência, porque tu conhece a comunidade e tu mora lá, ta sempre ali. No posto é fácil atender e ir embora, mesmo que queira, não dá tempo de saber tudo daquela pessoa, (ACS). Dessa forma, se reconhecem como parte integrante da equipe, e de alguma forma aponta a falta de profissionais nessas unidades, uma vez que, salienta a importância e o papel de uma ER. (...) É possível, mas leva um tempo para ser formada, é o médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, ACS, (ACS); (...) O papel que a ER tem é de (apoio, um suporte, uma salvação que passa a suprir a nossa falta, composta por ENF, médico, ACS; (ACS).

Este grupo demonstrou entendimento sobre ER, uma vez que, apontaram ser esta equipe que atua na comunidade, e identificam os profissionais que fazem parte do trabalho, bem como, reconhecem como sendo a equipe que eles levavam os casos para discutir propostas de intervenções conjuntas.

Outro aspecto diz respeito aos ACS que não se reconhecem e não reconhecem a sua equipe como equipe de referência, (...) Não sei te responder, não sei se tem isso aqui, (ACS); (...) Já ouvi, mas n sei. O nome diz que é uma referência para nós, mas não sei bem, (ACS), (...) Não ouvi falar, (ACS).

Esse último grupo mostrou conhecimento limitado sobre ER, não se reconheceram como parte da equipe, tão pouco como referência para socialização e discussão de casos, pois manifestam não saber sobre o assunto, e nunca ter ouvido falar sobre. Dessa forma, não identificam quais os profissionais que fazem parte dessa equipe, qual o papel da mesma, não reconhecendo que integram uma equipe mínima que é referência no território com ESF.

Enfermeiro

Os Enfermeiros perceberam que a ER corresponde a equipe mínima proposta pela Saúde da Família, apontam os profissionais que a compõe, manifestam ainda como trabalha essa equipe, (...) É a equipe mínima que trabalha em uma Unidade de Saúde da Família, (médico, cirurgião-dentista, enfermeiros, técnicos de enfermagem, ACS, entre outros), (ENF).

(...) é aquele profissional que está mais fixo ou mais presente, que percebe o que é necessário no trabalho, que faz a referência para planejamento, execução, discussão de ações, (ENF).

Em contra partida apenas um enfermeiro não soube definir o que era uma ER, manifestando ser uma unidade que acolhesse os casos mais complexos, vista como referência especializada, (...) Equipe onde possa encaminhar os casos, onde a Unidade de Saúde da Família não consegue dar conta. Ex. câncer de mama (ENF).

Cirurgião-Dentista

Os Cirurgiões-Dentistas (CDs) expressam que a ER é a equipe que trabalha na Unidade de Saúde da Família (USF), e que os profissionais que fazem parte do trabalho na unidade são os da equipe mínima de ESF, mais os trabalhadores de nível médio e elementar que atuam na ESF, como o serviço geral e secretária, o que diferencia este grupo dos outros, (...) equipe que trabalha na unidade, (CDs), (...) acho que é a equipe mínima da SF mais Recurso Humano que trabalham constante na unidade, (CDs). Nesse grupo foi entrevistado apenas 2 (dois) CDs. Todos os CDs entrevistados manifestaram conhecer a conceituação.

Técnico de Enfermagem

Neste grupo foi entrevistada apenas uma profissional, tendo em vista, que esta era a única existente no território estudado no período da realização das entrevistas. Essa manifestou que a ER seria a equipe capaz de acolher o usuário que chega até ela, ficando como referência para este, na medida em que necessita, (...) que eu penso é a equipe completa, disposta a atender o paciente que vem buscar cuidados na unidade. Ele sabe que vai chegar e vai encontrar. Então, isso se torna uma referência pra ele (TÉC. DE ENF). Nessa manifestação é relevante ressaltar que a ER é sinônimo de referência para o usuário e não para a distribuição e/ou fixação dos profissionais no território.

Médico

Apenas 1 (um) profissional falou sobre ER, relacionando a referência como à unidade mais próxima da casa do usuário. Entretanto, não soube informar quais os profissionais que integram essa equipe, uma vez que, não se reconheceu como integrante desse trabalho, (...) aquela da região mais próxima da casa, (MÉD). Os demais profissionais entrevistados

souberam informar do que se tratava o tema ou relacionaram ao atendimento secundário especializado, a partir do referencial do modelo de atenção centrado na referência e contra-referência em saúde.

Observa-se nesse grupo de entrevistados há desconhecimento sobre o tema, na medida em que esses profissionais mesmo trabalhando em unidades de ESF, não se reconhecem o seu trabalho como integrante de uma equipe de referência, e remetem à ação de referência à especialidade médica, sustentado no modelo biomédico, hegemônico no campo da saúde.

3.3 Apoio Matricial - AM

Agente Comunitário de Saúde

Foi observado junto a esses trabalhadores, entendimento limitado sobre o AM, pois verifica-se que esse grupo tem conhecimento dos profissionais que compõe uma equipe de apoio matricial, no entanto, não tem uma definição teórica construída, (...) Entendo, mas não sei explicar. Não é o trabalho que vocês fazem? Tem psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta, um conjunto todo (ACS), (...) É uma equipe extra que vem apoiar a equipe local nas Visitas Domiciliares (VDs), uma saída pra gente se apoiar e conseguir apoio lá fora (pra mim, isso seria tudo de bom!), (ACS). Entretanto foi possível identificar um conjunto de ACS que revelam um entendimento ampliado do AM, sinalizando ser esse o apoio dado a unidade como um todo. Por outro lado, o AM aparece como sendo o apoio destinado apenas para o ACS. (...) residentes que prestam apoio para os ACSs. (ACS), (...) acho importante, mas do que adianta ter apoio se vocês (residentes), se não tem nem espaço físico e falta ACS? (ACS), (...) os profissionais da residência, vários profissionais da área da saúde nos ajudando, (ACS). (...) acho que é esse trabalho junto, multidisciplinar, esse apoio para a família, porque ai não vem só o Enfermeiro e vêem a pessoa como um todo. Emergiu da manifestação dos entrevistados o olhar do apoio matricial como uma equipe que vem para complementar o trabalho da ER, quando o conhecimento dos profissionais ali alocados extrapola seu núcleo, (...) vem uma equipe para ficar a disposição para atendimento e apoiando aquele lugar nos casos trazidos. (ACS), (...) é o complemento em uma equipe, e é muito importante. (ACS).

Identificam-se manifestações de ACS que desconhecem o AM, relatadas nas falas a seguir; (...) iriam dar um apoio, referência e contra-referência, mas isso ficou só no papel. Faz anos que falam em AM. (ACS), (...) nada, até hoje... . Tentaram me explicar, mas não consigo entender, visualizar esse apoio. Eu fico com vergonha, mas é uma realidade. (ACS).

Nesse sentido, verbalizam a insatisfação de não terem sido integrados com o trabalho do AM. Identificou-se, junto aos ACS que ainda não sabem responder sobre o tema ou que não ouviram falar nesse assunto antes, revelando, a fragilidade na articulação do trabalho do AM com os trabalhadores das equipes de referência. Alguns ACS que se referiram à falta de apoio integravam equipes apoiadas pelos residentes.

Enfermeiro

Os Enfermeiros manifestaram de alguma forma, o conhecimento sobre AM, caracterizando como esse se operara no cotidiano, mas em nenhum momento expressaram quais os profissionais que integram a equipe, tão pouco, fizeram referência aos residentes que prestam apoio matricial na unidade até o momento, (...) são profissionais que dão apoio/suporte à ER quando há necessidade, como grupos e casos complexos que extrapolam o conhecimento da ER (ENF), (...) suporte para a ER, e pessoas do serviço especializado que atua na unidade e na comunidade, trabalha de forma preventiva, (ENF). Para alguns Enfermeiros, o trabalho do AM refere-se à capacitação das equipes básicas, relacionando ao trabalho que é proposto pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), sendo que, historicamente a idéia de AM surge com a saúde mental, a partir da perspectiva da Reforma Psiquiátrica, (...) são diferentes categorias profissionais com conhecimentos diferentes para capacitar a equipe básica (ENF.), (...) no CAPS a gente encaminha pra USF ou pro matriciamento. Só que a gente não tem o suporte, grupos pra fazer o apoio e q vão precisar de atendimento especializado, (ENF). Outro aspecto observado é que os profissionais mesmo reconhecendo de que forma trabalham os apoiadores, reiteram que sem o atendimento clínico especializado o cuidado ao usuário não é integral, só o tratamento preventivo não resolve sozinho os problemas dos usuários e da unidade. (...) seriam os profissionais que a gente não tem na equipe e viriam pra auxiliar a ER. Mas tem casos que não tem o que discutir q o especialista Também precisa intervir que só a discussão não dá conta e a gente precisa de especialistas, (ENF).

Médico

Apenas 1 (um) médico demonstrou conhecimento sobre o tema de como trabalha um apoiador, e quais os profissionais que integram uma equipe de AM. Esse profissional se diferencia de alguma forma, pois relaciona o trabalho dos AM como acompanhamento

individual e coletivo ao contrário dos outros profissionais que em alguns momentos colocam apenas como atendimento individual ao usuário, (...) são profissionais que não são da Equipe Mínima (como fonoaudiólogo, psicólogo, e nutricionista), que dão acompanhamento nos casos necessários e nos grupos, (MÉD). Os demais médicos informam não conhecer o que significava AM, mas demonstraram interesse em aprofundar a discussão sobre o tema, (...) desconhece, (MÉD). (...) não, mas gostaria de saber o que é, (MÉD).

Cirurgião-Dentista

Nesse grupo de entrevistado, 1 (um) dos profissionais verbalizou ter conhecimento sobre o tema, refere-se a um conjunto de conhecimento complementar as ER, no entanto não aponta quais os profissionais que integram ou deveriam integrar uma equipe de AM, mas manifesta existir no apoio matricial uma subdivisão, um assistencial e outro gerencial, (...) é aquele apoio que é prestado por um ou mais profissionais, é o apoio de conhecimento complementar daquele da ER. Pode ser assistencial ou gerencial, (CDs). O outro profissional manifestou desconhecimento sobre o tema, portanto, não soube informar/discutir quais os núcleos profissionais integram o AM.

Técnico de Enfermagem

Manifestou desconhecimento sobre o tema, e não sabe do processo de trabalho e da composição da equipe de AM, (...) não sei nada, (TÉC DE ENF).

3.4 Distribuição dos Residentes

Ao buscarmos identificar se por ocasião do inicio dos trabalhos da residência houve a existência ou não de critérios de distribuição dos apoiadores matriciais sejam a partir de demandas da Secretaria Municipal de Saúde e/ou da coordenação do programa de residência na Atenção Básica nos territórios dos eleitos 12 (doze) afirmaram não existiram critérios, 11 (onze) que não sabiam e apenas 1 (um) não lembrava os critérios em um universo de trinta e 38 (oito) entrevistados.

Agente Comunitário de Saúde

A distribuição dos residentes do AM se deu a partir (...) do perfil da população e por ter bastante acadêmicos (ACS); (...) acho que foi feita uma pesquisa com ACS para ver onde mais precisa e pra onde iria (ACS); (...) provavelmente foi uma pesquisa sobre as necessidades da comunidade (ACS). Atribuem à distribuição do AM as demandas apresentadas nos territórios, o manifesto pelas comunidades, associado ao perfil dos profissionais que compõem as ER e da própria comunidade. Outro aspecto obesrvado foi o predomínio de desconhecimento sobre os critérios de alocação do AM, pois, (...) chegaram e disseram que se dividiram e que alguns escolheram ficar aqui. Não sei como isso se deu entre vocês (ACS); (...) não, não sei, provavelmente eram locais que mais precisavam (ACS); foi falado, mas não lembro (ACS); (...) não sei se é o número de pessoas que tem na região, ou pelas áreas, ou se foi o médico que aceitou receber (ACS).

Enfermeiro

Manifestam no sentido de que no primeiro momento foi de forma aleatória e que (...) conforme o diagnóstico e, depois se deu de acordo com a demanda de cada especialidade (ENF); (...) foram pautado nos indicadores de saúde, e sistemas de informação (ENF); (...) foi a necessidade, a demanda, acho, mas não sei porque não me passaram (ENF). As falas revelam que os profissionais de enfermagem possuíam informações insuficientes sobre a forma como os residentes foram alocados para o Apoio Matricial. Dentre os profissionais de enfermagem, um afirma que (...) teve uma reunião há muito tempo atrás, ficou muito distante da época que se falou. Talvez não foi... Algumas coisas ficaram muito vagas (ENF), os demais manifestaram-se no sentido de desconhecer a existência de critérios por parte da rede de atenção básica e da universidade para a alocação nos territórios de residentes que passariam a realizar ações de matriciamento.

Médico

Predomina a opinião de que não existiram critérios para a alocação do AM, (...) não sei mesmo (MÉD); (...) não sei. Acho que não teve critérios, não sei o que fazem, por não trabalharmos juntos (MÉD). Ainda manifestam que a relação profissional estabelecida entre a equipe e o AM se deu preferencialmente (...) com exceção da enfermeira, com os outros profissionais não conseguem trocar pela falta de tempo e diálogo (MÉD).

Os demais entrevistados (Cirurgiões-Dentistas e Técnico de Enfermagem) não manifestaram ou não souberam informar sobre o assunto e os profissionais, médicos, cirurgiões dentistas e técnico de enfermagem não manifestaram conhecer os critérios.

3.5 Seleção dos casos no território

Com relação à presença ou não de critérios para a seleção de casos a serem acompanhados e/ou encaminhados por profissionais da ER ao AM identificamos as seguintes manifestações

Agentes Comunitários de Saúde

Para os Agentes Comunitários de saúde o que determina a seleção dos casos identificados no território é que (...) no começo foi muito imposto. Quem tem que definir é ACS, em reunião, traz a demanda e analisa o caso conforme a prioridade (ACS). Entendem que a definição deva ocorrer por necessidades identificadas nas ESF, pelos riscos, por determinadas situações, e famílias mais vulneráveis, pois (...) para mim é por necessidade da família (ACS); (...) por intermédio da demanda de ACS e visitas dos residentes (ACS); (...) pela necessidade de cada usuário, em especial aqueles que não tem como vir à unidade (ACS). Apontam que o conhecimento que possuem sobre as famílias permite (...) identificar quais são os mais preocupantes, por conhecer as pessoas, conseguir identificar isso (ACS). (...) normalmente é o ACS que identifica, busca o profissional da unidade e vai indo até resolver (ACS); (...) eu levo até as gurias residentes, (...) o ideal seria nas reuniões. Acho falta de reuniões bem estruturadas e espaço dos residentes nas reuniões para colocar seus trabalhos (ACS); (...) quando o médico e enfermeira vêem na consulta que não consegue resolver, encaminha para AM ou quando precisa de especialistas mesmo (ACS). Cabe destacar na manifestação de alguns ACS que colocam não saber da existência critério de seleção de casos, fato esse decorrente de não ter trabalhado com apoio matricial na sua microárea de atuação, (...) Não sabe dizer como é selecionado os casos não ter sido contemplada pelo atendimento do AM (ACS), (...) Não sei, porque na minha área não recebi essa ajuda de vocês. Não sei como vocês fazem isso, já cheguei a julgar que fosse por amizade e conhecimento, ou eu que sou muito antipática. Tu vê que alguém precisa e não consegue o apoio, daí vem vocês e a gente vê uma luz, mas continua tudo igual, a gente fica frustrada (ACS). Novamente aparecem fragilidades e desafios a cerca do trabalho realizado entre os trabalhadores das unidades e a equipe do AM.

Enfermeiro

Dentre os Enfermeiros um número significativo tem conhecimento sobre a existência de critérios para a seleção dos casos, e afirmam que não é observado um protocolo único, como revelam as falas seguir; (...) é os casos que a Equipe necessita de profissional de fora, (ENF), (...) são os casos mais complexos, quando envolve a família inteira ou grande parte dela, casos que a equipe deixou de lado ou não dava conta, casos que a equipe traz (ENF), (...) a partir de casos que se extrapolam os núcleos, encaminhando para o AM (ENF). Apontam ainda que há pactuação na forma de acolher os casos, mas é identificado em mais de uma fala, que a demanda ao AM chega preferencialmente através dos ACS e na sequência por encaminhamento médico e avaliação dos residentes (...) não tem seleção. A demanda é espontânea da comunidade e/ou através dos ACSs, encaminhamentos médicos ou dos próprios residentes que estão fixos nas unidades (ENF), (...) nada planejado é conforme a demanda que vai surgindo. Os ACSs e residentes que trazem muitos casos, porque com a falta de profissionais a gente não ta conseguindo nem fazer visitas domiciliares (ENF), (...) não tem seleção, os casos são trazidos pelas ACSs, pelos acadêmicos ou pelos professores e a gente mata no peito, dá conta. A gente nunca selecionou prioridade, por isso a gente ta enlouquecido (ENF).

Médico

Os médicos manifestaram que os critérios definidos é apartir da demanda espontânea e encaminhamentos realizados conforme a necessidade, revelando disparidade de entendimento entre os profissionais das distintas unidades (...) algum caso que chega até ao médico e foge da sua especialidade. No dia-a-dia de trabalho a demanda vai surgindo e vai sendo encaminhada. Demanda espontânea (MÉD), (...) dependendo da gravidade e da urgência. Também falta de recurso financeiro pra conseguir ir até o centro de especialidade (MÉD). Revelou desconhecer o tema um profissional, pois se manifestou pela inexistência de critérios e sim de conversas com a enfermeira residente sobre os casos da unidade, (...) como esse termo eu desconhecia, então não tem uma seleção específica. Mas seguidamente há conversas com a enfermeira da Universidade (MÉD).

Cirurgião-Dentista

Os CDs manifestaram a existência de critério de seleção de acordo com a necessidade de cada profissional e posteriormente se faz uma conversa sobre os casos, (...) de acordo com a vivencia de cada núcleo as necessidades e há a troca de informação. Um grupo ou pessoa vão ver a demanda e quando achar necessário solicita outro conhecimento (CDs), em contra partida, outro profissional manifestou não existir critério sistemático, sendo este, à demanda espontânea, (...) não tem critério, dependendo da necessidade a gente encaminha (CDs).

Técnico de Enfermagem

Não soube responder e explicar como se dá a seleção dos casos na realidade que vivencia, (...) *não saberia como explicar*, (TÉC DE ENF).

3.6 Socialização dos casos

Por ocasião das entrevistas foi possível identificar a existência de espaços de socialização de casos entre a Equipe de referência e Apoio Matricial, entretanto foi possível identificar contradições entre os membros das equipes, como revelam as falas a seguir:

Agente Comunitário de Saúde

Os ACS identificam a existência de espaço de socialização, entretanto, afirmam que esses não são formais, construiam-se espaços de trocas de forma aleatória quando se sentia a necessidade como revelam as falas a seguir: (...) nem sempre tem espaços de conversa, é informal na unidade e no grupo dos ACSs, ou quando se entra em contato com os ACS (ACS), (...) entre discussão de casos, dependendo de cada situação e área. Depende da demanda e da complexidade do caso (ACS). Foi apontada também a existência de uma outra forma de discussão de casos, apartir da solicitação dos ACSs para com os Enfermeiros, e estes por sua vez, discutindo o caso com o AM, (...) eu falo com a Enfermeira, daí ela vai e discuti o caso com o AM, ou médico detecta o caso e leva para discutir com o AM, em uma consulta com o AM (ACS). Por outro lado alguns ACS manifestam-se no sentido da não existência de espaços de socialização de casos junto nas unidades de referência, como revelam as falas a

seguir; (...) não sei, porque isso fica com os residentes na unidade e não é passado pra mim. Nunca foi sentado com residentes e a equipe de referência pra resolver algum caso meu (ACS), (...) não sei, se existe nunca fiquei sabendo. É muito raro. Brevemente aconteceu reunião de equipe. Não consigo perceber, fica muita coisa (ACS), (...) poderia ter mais reuniões pra poder falar, difundir os conhecimentos, explanar. Não tem troca aqui, não deixam nem falar. Agora tem a enfermeira "Flor", mas antes não tinha (ACS). Observa-se nas falas dois pontos distintos, a insatisfação quanto a ausência de reuniões de equipe e a relação de trabalho dos acs que não foram contemplados ou de alguma forma os apoiadores não conseguiram estabelecer relação de trabalho na micro-área de abrangência desse profissional, (...) não tive experiência ainda, deveria haver mais diálogo entre ER e AM, muitas vezes o trabalho é paralelo, e sem troca de experiências sobre os casos (ACS).

Enfermeiro

Os Enfermeiros manifestam que as discussões de casos ocorrem nas reuniões de equipe, ao contrario do segmento anterior que posicionaram-se pela não existência de reuniões ou essas eram insuficiente, (...) através das reuniões de equipe quando os residentes clamam por reunião para apresentar os casos. Porque a ER só busca o AM quando não consegue dar conta da sua própria demanda. Muitas vezes nem é caso para o AM, mas é dado resolutividade e a ER não é instrumentalizada para trabalhar com AM (ENF), nessa fala aparece pela primeira vez a insatisfação em não tido instrumentalização anterior para trabalhar com apoio matricial, e se evidencia a insistência dos residentes em propor reuniões de equipe para a socialização dos casos com as equipes das unidades, (...) discussão em reuniões de equipe, espaços informais, sala de reuniões, troca de informações dos casos, entre encaminhamentos de AM e unidade (ENF). Um (1), profissional manifestou não haver socialização de casos nas reuniões de equipe, mas de outra forma, consegue-se de forma insuficiente conversar sobre os casos com aponta a seguinte fala: (...) não se dá na reunião de Equipe. É passado o caso, falado sobre ele, mas não é esmiuçado, não tem tempo pra isso (ENF).

Médico

Os médicos manifestaram que existem trocas de informações, mesmo que informalmente. Não se observa até o momento espaços formais e horários pré-estabelecidos

para socialização independente de unidade e de segmento de profissional entrevistado. Observa-se trocas com residentes conforme a necessidade da equipe. Outra questão colocada pelos médicos é a questão do livre acesso aos residentes para conversar, não existindo entraves para as conversas e trocas de idéias no trabalho cotidiano, uma vez, que apontam a forma normativa que o gestor municipal coloca para o dialogo com os profissionais, (...) a gente tem feito discussão de casos na equipe, nas interconsultas (MÉD), (...) com os residentes a troca de experiência se dá através do diálogo, diferente da Secretaria de Saúde que é um documento escrito (MÉD). Ocorreu a manifestação de um (1) profissional não reconhecendo haver socialização de caso, tão pouco a existência de AM na sua unidade de referência, (...) não tem troca e nem AM (MÉD).

Cirurgião-Dentista

Os CDs afirmam existir espaço informal de socialização de casos, além das reuniões de equipe, quando essas ocorrem durante a semana, (...) reuniões de equipe, quando acontecem, e conversas informais com a equipe (CDs), (...) conversa na sala de reuniões da unidade ou então conversamos uma vez por semana quando tem reunião de equipe (CDs). Nesse segmento de profissionais não ocorreu à manifestação relatando a inexistência de socialização casos.

Técnico de Enfermagem

Esse profissional não coloca a inexistência de troca sobre os casos, somente afirma que nunca participou de um espaço de socialização de casos, ressaltando a falta de pactuação de espaços formais e rotina de conversa sobre os casos observados na unidade. (...) *nunca participei* (TÉC DE ENF).

4 DISCUSSÃO

A partir deste estudo, foi possível reunir informações das equipes de referência sobre o Apoio Matricial realizado por residentes do PRMISPS/UFSM.

O olhar sob si mesmo como Equipe de Referência

Nesse universo estudado foi possível identificarmos junto aos trabalhadores ausência de conhecimento sobre ER e AM, uma vez que, os mesmos são "... ao mesmo tempo, arranjos organizacionais e uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde, objetivando ampliar as possibilidades de realizar-se clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões" (CAMPOS & DOMITTI, 2007). Dessa forma, hoje o Ministério da Saúde estimula essa prática através do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), através da Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008.

Assim, o NASF preconiza que sua constituição seja por uma equipe, na qual profissionais de diferentes áreas de conhecimento atuam em conjunto com os profissionais das equipes de Saúde da Família, compartilhando e apoiando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das equipes de Saúde da Família. Tal composição deve ser definida pelos próprios gestores municipais e as equipes de Saúde da Família, mediante critérios de prioridades identificadas a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações. O NASF não se constitui porta de entrada do sistema para os usuários, mas sim de apoio às equipes de Saúde da Família (BRASIL, 2009).

Dentro desse contexto, identificou-se que existem profissionais que não se reconhecem como integrantes de uma ER, pois apenas 1 (um) dos 3 (três) médicos entrevistados relacionou ER ao trabalho que realiza no cotidiano. Também se observou nesse estudo, que predomina nas práticas dos trabalhadores de saúde concepções teóricas que reforçam o modelo biomédico de cuidado e atenção, pois como afirma (BARATA, 1985) "esse caracterizado pela explicação unicausal da doença, pelo biologicismo, fragmentação, mecanicismo, nosocentrismo, recuperação e reabilitação, tecnicismo, especialização. A unicausalidade pressupõe o reconhecimento do agente etiológico, é este que deverá ser

identificado e combatido". No mesmo sentido afirma Cecim (2011)¹ que o modelo de atenção que predomina na rede de saúde é o assistencial, pautado no ideal da especialização, fragmentação do cuidado, consumo de tecnologias acríticas, demanda espontânea, não avaliação de resultados. Esse modelo de atenção foi verificado na forma como a assistência é organizada nas ESF estudadas, uma vez que a assistência é organizada a partir da demanda espontânea, por fichas, falta de reuniões da ER, rede desestruturada para encaminhamento dos casos e também verifica-se desconhecimento do potencial do trabalho dos apoiadores residentes que permaneceram por dois anos nos territórios..

Identifica-se a emergência da discussão nas equipes da busca de um novo modo de operar o cuidado nas unidades, através de um olhar mais ampliado e integral sobre as necessidades de cuidado do indivíduo e comunidade. No entanto, verifica-se que as equipes não conseguem reconhecer o potencial de trabalho que lhe são oferecidos através dos cursos de graduação da universidade, os quais utilizam as unidades como campo de aprendizado. Além dos alunos da graduação, as unidades participantes do estudo disponibilizavam de residentes multiprofissionais, que são profissionais já formados tinham inicialmente como ação, trabalhar nas unidades como apoiadores, com exceção dos enfermeiros que vinham com a proposta de fixar nas unidades e auxiliar como ER. Verificou-se ao longo de dois anos, que os trabalhadores das ERs tinham grande dificuldade e /ou resistência de reconhecer que o residente não era um "aluno" e sim, um profissional em processo de formação continuada no trabalho com um potencial complementar as mesmas.

O apoio matricial no olhar da equipe de referência

No começo das atividades a residência entrou nos campos se propondo a trabalhar com uma inovadora e desconhecida metodologia de ação, mas, integrando o ensino com o serviço. Assim, as unidades trabalhariam de forma integrada com a residência atuando sob o conceito de apoio matricial e equipe de referência, corroborando assim com Campos (2000) que propõe a função de apoio como ação de sujeitos que contribuem com coletivos de trabalho para qualificar suas ofertas clínicas, para fortalecer inovações da gestão dos processos de trabalho, para fortalecer a grupalidade.

_

¹ Palestra apresentada no Hospital Universitário de Santa Maria no evento VII semana de enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, IV Fórum das Escolas de Enfermagem do Rio Grande do Sul no Interior do Estado, I Colóquio Nacional de Enfermagem e Redes de Cuidados e Formação, I Encontro das Instituições de Ensino e Saúde de Santa Maria e Região, Santa Maria, maio de 2011.

A partir da entrada dos residentes, as ESFs do município identificaram um movimento de "sucateamento" das unidades básicas, os profissionais contratados estavam com o contrato vencendo sem prerrogativa de renovação, ocasionando desta forma a troca maciça de trabalhadores, ocasionando um vácuo no atendimento aos usuários entre a saída de uma equipe e a entrada de outra nos territórios. Esse processo ocorreu cinco vezes em um período de dois anos, período de integralização das atividades teórico-práticas da primeira turma de residentes na atenção básica.

Percebeu-se na fala das equipes que a integração entre residentes e profissionais do serviço deu-se de forma insuficiente, pois essas manifestam ter conhecido o trabalho do apoio matricial no cotidiano. Por outro lado, os profissionais que não entraram em contato com o as práticas desenvolvidas pelos residentes nos territórios revelam desconhecimento sobre o mesmo.

Esse contexto reafirma uma prática fragmentada do trabalho, uma vez que, a os profissionais não conseguiram entre si uma articulação para a gestão do cuidado ficando o usuário refém da falta de informações, conversa, troca de casos entre a equipe, afetando diretamente seu processo terapêutico, fato que corrobora para a não abordagem integral da atenção e do cuidado. Nesse mesmo sentido nos ensina Campos (2007) que embora se pense em novas abordagens na perspectiva da integralidade, ainda há uma construção fragmentada do olhar e do prestar atendimento ao usuário nas unidades. O apoio matricial e equipe de referencia vêm nesse sentido, de reunir conhecimentos e trabalhá-los de forma ampla e horizontal, mas para isso, algumas questões devem ser discutidas anteriormente, conforme salienta

Há duas maneiras básicas para o estabelecimento desse contato entre referências e apoiadores. Primeiro, mediante a combinação de encontros periódicos e regulares — a cada semana, quinzena ou mais espaçados — entre equipe de referência e apoiador matricial. Nesses encontros, objetiva-se discutir casos ou problemas de saúde selecionados pela equipe de referência e procura-se elaborar projetos terapêuticos e acordar linhas de intervenção para os vários profissionais envolvidos. Recomenda-se reservar algum tempo para diálogo sobre temas clínicos, de saúde coletiva ou de gestão do sistema. Segundo, além desses encontros, em casos imprevistos e urgentes, em que não seria recomendável aguardar a reunião regular, como na lógica dos sistemas hierarquizados, o profissional de referência aciona o apoio matricial, de preferência por meios diretos de comunicação personalizados, contato pessoal, eletrônico ou telefônico e não apenas por meio de encaminhamento impresso entregue ao paciente, solicitando-se algum tipo de intervenção ao apoiador. Nessas circunstâncias, é recomendável proceder-se a uma avaliação de risco para se acordar uma agenda possível (CAMPOS, 2007).

A combinação de encontros periódicos e regulares aparece na fala dos entrevistados como uma fragilidade, pois, enquanto os profissionais de nível superior afirmam que as

reuniões de equipe acontecem regularmente, e que as discussões de caso ocorrem, o apoio matricial se realiza, os profissionais de nível médio referem insatisfação, pois afirmam que muitas vezes as reuniões não acontecem, ou são insuficientes para o volume de discussão que é necessário sobre os casos nos territórios.

A insatisfação de alguns e o entendimento limitado de outros se justifica, pois, em nenhum momento foi mencionada a gestão municipal como incentivadora das práticas na atenção básica, tão pouco foi referida como suporte teórico em capacitações e/ou cursos de educação permanente. Salienta-se, que o Ministério da Saúde preconiza a política de educação permanente para os trabalhadores dos serviços de saúde, através do pacto de gestão da portaria 399/2006. Esse possibilitaria a discussão sobre metodologias de trabalho, composição da equipe, e o papel da equipe de referência e apoio matricial na atenção básica. Cabe registrar que o município em questão não aderiu o pacto, tendo assumido compromisso de fazê-lo até novembro de 2011.

Quando os residentes foram distribuídos nas unidades

Cabe registrar que as unidades destinadas para a alocação dos residentes recém chegados foram determinadas pela gestão municipal, não havendo espaço de negociação. Entretanto, as ações a serem desenvolvidas pelos residentes e a metodologia de trabalho foi pactuadas os governantes da gestão anterior no município, fato esse que dificultou o entendimento das atividades por parte da nova gestão da proposta que a residência trazia consigo. Assim, a escolha das unidades foi decorrente da demanda do gestor, e esse foi irredutível na sua decisão. Nenhuma governabilidade teve os trabalhadores, usuários e a própria universidade na escolha dos campos.

Dessa forma, evidenciou-se a desinformação dos profissionais das unidades quanto a forma de distribuição dos residentes nos territórios, pois não souberam relatar o que foi levado em conta para distribuir dos residentes Apenas sabiam que existia no grupo profissionais tais como; fonoaudióloga, cirurgião-dentista, fisioterapeutas, nutricionista, terapeuta ocupacional, assistente social, e enfermeiros para serem distribuídos em quatro equipes.

Todos esses profissionais foram para as unidades e levavam consigo responsabilidades com relação a sua formação, experienciar o trabalho em equipe, implementar o apoio matricial, compartilhar conhecimento com as equipes. Entretanto esse exercício foi muito difícil uma vez que o vínculo não se consolidava com os profissionais em função, principalmente da alta rotatividade das equipes.

Dessa forma, os desafios impostos pela estrutura organizacional não agruparam ao vínculo como agenciador das relações fragmentadas durante o processo de trabalho da equipe de saúde, pois não há construção de vínculo sem que o indivíduo seja reconhecido na condição de sujeito, que fala, julga e deseja. Merhy (1997, p. 113-150)

Os profissionais não foram consultados sobre a distribuição dos residentes, no entanto, apontam que o mesmo deveria ter distribuídos pela necessidade identificada junto a comunidade em cada território.

A seleção e socialização dos casos para o Apoio Matricial

Conforme foi se delineando o trabalho do AM nas unidades foi surgindo a demanda de usuários pela necessidade de atendimento dos profissionais que ali estavam os quais não integram a equipe mínima de ESF, sendo essa, integrada idealmente por um médico, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde, além do cirurgião-dentista, técnico de higiene dental e auxiliar de consultório dentário (BRASIL, 2000).

Foi possível identificar na pesquisa que os casos encaminhados para o AM deu-se preferencialmente via ACS. Quando questionado sobre quais foram os critérios que esses usaram para selecionar os casos, não foi possível identificar, essa situação foi referida pelos profissionais da ER que também não souberam informar quais foram os critérios utilizados, entretanto, reconhecem a existência de pactuação entre a ER e AM para a condução dos casos. Na inexistência de critérios pactuados entre AM e ER, cada profissional afirma que o critério era dado por sua avaliação, ou seja, o ACS tinha uma leitura de necessidade de acompanhamento de caso, o médico tinha outro, o enfermeiro e assim por diante, inclusive os próprios residentes. Essa situação também revela fragilidades na metodologia em construção, se por um lado apresenta potencia de construir a partir de casos, por outro, revela que não consegui romper com a lógica de demanda espontânea, fato que no entendimento dos residentes foi fortemente marcada pela fragilidade em estabelecer vínculos com uma ER que por sua vez, também não construiu vínculo com comunidade em função da forma como a atenção básica foi gerida no período estudado.

Com relação à socialização dos casos há consenso entre os trabalhadores que esta, era feita em espaços informais, evidenciando ausência de encontros regulares da equipe. Esse fato também nos remete a refletir que o modelo de produção dos serviços privilegiava o fazer em detrimento da reflexão sobre o fazer.

Por outro lado, o não reconhecimento que no espaço de práticas há possibilidade de encontros entre trabalhadores, destes com usuários e de usuários entre si, que não necessariamente precisam ser realizados com hora marcada. E sim compreender o que diferencia e potencializa a produção do cuidado são os movimentos no sentido de significar o que se está produzindo, independentemente do espaço, do oficial, formal.

5 CONCLUSÃO

Ao concluirmos essa pesquisa sobre o olhar da ER sobre AM desenvolvido pelo programa de residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde, Ênfase na Saúde da Família, verifica-se que a experiência aqui relatada é fruto do esforço produzido por um conjunto de atores, residentes, gestores, usuários, trabalhadores da rede e da universidade no sentido de implantar um programa de formação de trabalhadores para o SUS. Esse desafio por si só já se torna grandioso na medida em que se enfrenta cotidianamente um processo/movimento de fragilização e de descontinuação da rede de atenção de saúde pública em nosso país. Reconhecer que os processos, sejam eles de formação de trabalhadores para o cuidado, seja do envolvimento/sedução dos trabalhadores e gestores do SUS para o redesenho de novas redes de cuidados, conectadas, resolutivas, universais é um processo permanente. A pesquisa revela que nesses dois anos de implantação de um programa de residência muito há que se caminhar no sentido de construção de pactos cotidianos entre ensino e serviço. O diálogo como ferramenta e tecnologia necessária para a construção de projetos terapêuticos que respondam efetivamente a necessidade dos usuários sob responsabilidades das equipes envolvidas. A co-responsabilização dos trabalhadores e gestores da rede municipal na formação dos trabalhadores para o SUS, no caso, os residentes da atenção básica, é uma meta a ser perseguida nos próximos anos. O novo século vem a exigir novas modalidade de formação continuada dos trabalhadores e que dela não pode retirar-se a universidade de contribuir na reflexão, ação, proposição de práticas que contribuam para a modificação do modelo de atenção centrado na assistência para um modelo de atenção integral à saúde como nos ensina Ricardo Cecim, assim, significando o trabalho executados pelos profissionais, não valorizando somente a estrutura física e sim, a prática realizada (informação verbal)². Cabe registrar que os programas de Residência Multiprofissional têm a possibilidade concreta de construir novas conexões na formação dos profissionais do campo da saúde.

_

² Palestra apresentada no Hospital Universitário de Santa Maria no evento VII semana de enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, IV Fórum das Escolas de Enfermagem do Rio Grande do Sul no Interior do Estado, I Colóquio Nacional de Enfermagem e Redes de Cuidados e Formação, I Encontro das Instituições de Ensino e Saúde de Santa Maria e Região, Santa Maria, maio de 2011.

6 REFERÊNCIAS

IBGE-CIDADES [internet] Disponível em: htt://www.ibge.gov.br/cidade/topwindow.htm?1. Acesso em: 04 mai. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Termos de referência para licitação internacional dos cursos de especialização em saúde da família.** Brasília: Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde; 1999.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. 44 p. (Cadernos de Atenção Básica).

BARATA, R. C. B. A **Historicidade do Conceito de Causa**. In: Textos de Apoio - Epidemiologia I. Rio de Janeiro: Ed. ABRASCO, 1985, p. 13-27.

CAMPO, G. W. S, 2007 [internet]. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311x2007000200016&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12 mai. 2011.

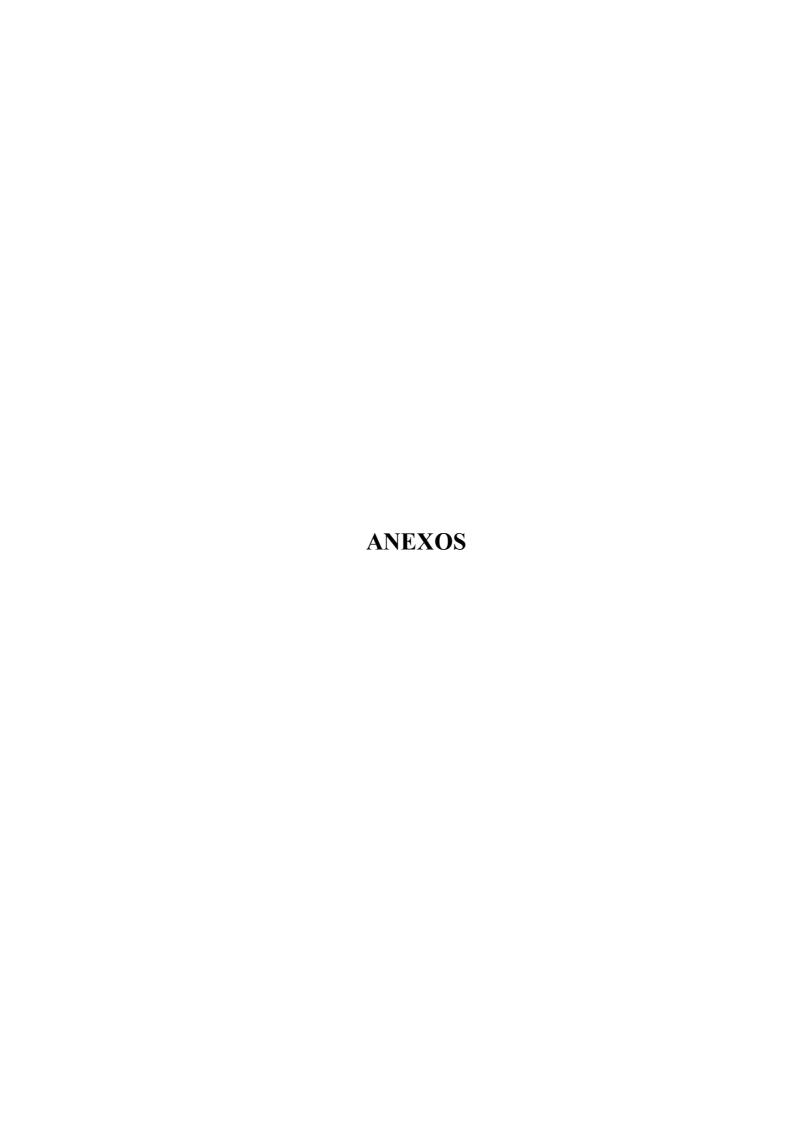
CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, 2007. Disponível em: http://www.scielosp.org/pdf/csp/v23n2/16.pdf Acesso em: 17 mai 2011.

CAMPOS, G. W. S. Um método para análise e co-gestão de coletivos – a construção do sujeito, produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec, 2000.

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.

MERHY, E. E. et al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia-a-dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.) **Agir em saúde: um desafio para o público.** São Paulo: Hucitec, 1997, p. 113-150. (Saúde em Debate n. 108 - Série didática n. 6).

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





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.

Anexo B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA EM SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do estudo: 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.

Pesquisadora responsável: Teresinha Heck Weiller.

Pesquisadores integrantes: Ana Paula Wilke François, Clara Leonida Marques Colomé, Daiane Silveira, Fábio Mello da Rosa, Liara Saldanha Brites, Melina Lorenz Renz, Vânia Maria Fighera Olivo.

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria - Coordenação da Residência

Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde – UFSM

Telefone para contato: (55)32209544

Local da coleta de dados: Unidades de Saúde da Família Maringá, Roberto Binato e São José, do Município de Santa Maria-RS - campos de atuação da Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde/ UFSM.

Os pesquisadores garantem o acesso aos dados e informações desta pesquisa a qualquer momento que o (a) voluntário (a) solicitar, conforme exposto nos itens seguintes:

- 1. Essas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo, que tem o objetivo principal, a partir da aplicação de metodologias quantitativas e qualitativas, de 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. Especificamente, busca-se a) analisar as produções documentadas dos residentes em saúde da família; b) investigar as percepções relativas ao processo de matriciamento apresentadas pelos profissionais e usuários envolvidos neste contexto; c) reconhecer unidades de significados, a partir dos dados analisados, balisadores dos pressupostos inerentes à construção do processo de matriciamento; e d) fomentar a definição de critérios e metodologias, tendo como referência os pressupostos identificados, visando contribuir para a construção do processo de trabalho de apoio matricial em Saúde da Família.
- 2. A coleta de dados inclui análise documental de documentos produzidos pelos residentes em Saúde da Família da primeira turma do PRMISPS/UFSM-RS e entrevista aos profissionais das Unidades de Saúde da Família nas quais o PRMISPS/UFSM-RS atua, aos residentes em saúde da família da primeira turma e a usuários das áreas adscritas às USFs incluídas no estudo (Maringá, Roberto Binato e São José). Estes dados serão analisados pelos pesquisadores, sendo mantidos na sala da coordenação da Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde/UFSM, sobre a responsabilidade da coordenadora do curso Vânia Maria Fighera Olivo, onde permanecerão por cinco anos, e após serão destruídos.
- 3. A pesquisa possui riscos como a possibilidade de o participante sentir-se cansado ou com desconforto físico em razão do tempo da entrevista.
- 4. Os benefícios para o participante estão na possibilidade de permitir um processo crítico-reflexivo capaz de revelar potencialidades e contribuir para o protagonismo social de cada

sujeito envolvido.

- 5. A intervenção planejada não possui procedimentos alternativos.
- 6. É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento. Pode-se deixar de participar do estudo sem qualquer prejuízo.
- 7. As informações obtidas serão tratadas com confidencialidade, sendo utilizadas apenas de forma coletiva na divulgação dos resultados da pesquisa. Será também garantida a fidedignidade dos dados que serão apresentados.
- 8. Os voluntários que desejarem, receberão informações atualizadas sobre os resultados parciais das pesquisas, além dos resultados finais da pesquisa.
- 9. Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada a sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.
- 10. Não há possibilidades de dano pessoal, mas se o voluntário se sentir constrangido ou prejudicado, pode solicitar seu desligamento da pesquisa.
- 11. O pesquisador mantém o compromisso de utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente esclarecido a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo "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".

Eu discuti com o pesquisador _______ sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento (antes ou durante), sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Santa Maria,	de	de 201 .

		Nº identidade:				
Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa ou representante legal para a participação neste studo.						
Santa Maria,	de	de 201				
		Assinatura do responsável pela pesquisa				
		Nº identidade:				

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa/UFSM. Endereço: Avenida Roraima nº 1000, Prédio da Reitoria, 7º andar, sala 702, Cidade Universitária, Bairro Camobi, Cep 97105-900, Santa Maria-RS. Telefone: (55)32209362. Email: comiteeticapesquisa@mail.ufsm.br