

**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: REVELANDO POTÊNCIAS E
FRAGILIDADES PARA PRODUÇÃO DE EFEITOS NO
TRABALHO EM SAÚDE DA FAMÍLIA DURANTE A
IMPLANTAÇÃO DE UM PROGRAMA DE
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL**

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

Daiane Silveira

Santa Maria, RS, Brasil

2011

**APOIO MATRICIAL: REVELANDO POTÊNCIAS E
FRAGILIDADES PARA PRODUÇÃO DE EFEITOS NO
TRABALHO EM SAÚDE DA FAMÍLIA DURANTE A
IMPLANTAÇÃO DE UM PROGRAMA DE RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL**

Daiane Silveira

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: 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 a Monografia de Especialização

**APOIO MATRICIAL: REVELANDO POTÊNCIAS E FRAGILIDADES
PARA PRODUÇÃO DE EFEITOS NO TRABALHO EM SAÚDE DA
FAMÍLIA DURANTE A IMPLANTAÇÃO DE UM PROGRAMA DE
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL**

elaborada por
Daiane Silveira

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)

Maria Saleti L. Vogt, Dra. (UFSM)

Luís Antônio Benvegnú, Dr. (4ªCRS/RS)

Santa Maria, 18 de junho de 2011.

À toda gente que, em algum momento, teve ou tem sonhos, e que acredita na vida, seja ela como, onde e para quem for.

AGRADECIMENTOS

À Profª Drª Terezinha Heck Weiller, pela sua compreensão, sua incansável persistência em acreditar em cada um de nós, e por andar sempre lado a lado, oferecendo suas mãos como apoio e abrigo durante esse caminho. Porque afinal, o que vale é o próprio caminhar...

À Profª Drª Vânia Figuera Olivo, pela dedicação, força e esperança no ser humano com que sempre conduziu esse programa de Residência.

À Profª Drª Maria Saleti Lock Vogt, por estar presente mais uma vez na minha caminhada, e que, com toda a sabedoria de uma mestra e o carinho de uma mãe, sempre soube dizer as palavras certas e dar o abraço certo.

À profª Clara Leonida Marques Colomé, pela doçura e disponibilidade para nos incentivar a buscar os diamantes escondidos por entre os caminhos aparentemente brutos.

À Profª Drª Liane Beatriz Rigui, por nos ajudar a descobrir as ferramentas e a força necessária para lapidar alguns desses diamantes.

À Profª Drª Elenir Fedosse, por encarar o desafio de um trabalho desconhecido num território também desconhecido, e contribuir para o nosso crescimento.

Ao Enfermeiro José Cristiano Soster, por demonstrar o quanto é importante ser persistente naquilo que se acredita, e que a humildade e o “suar a camisa” é preditivo para qualquer crença.

Ao Enfermeiro Marcelo da Rosa Maia, pela dedicação, paciência e trabalho por cada um de nós.

Aos trabalhadores da saúde de Santa Maria, pela coragem de fazer parte dessa história chamada SUS, construindo-o e buscando fortalecê-lo.

Aos usuários dos serviços, por me mostrarem mil formas de existir, de ser, de viver, de fazer a vida acontecer.

Aos colegas da Primeira Turma do PRMISPS/UFSM, por estarmos, sempre, de uma forma ou outra, de mãos dadas... Obrigada por me fazerem sentir-me compreendida em cada olhar e em cada abraço apertado e confidente. Por termos chegado junto ao fim desse caminho, início de muitos outros.

Aos grandes amigos de labuta, do dia-a-dia de trabalho, que me ensinaram o que é ser companheiro pra todo e qualquer momento, e é claro, garantir a pisada em qualquer tempo:

Ana Paula Wilke François, Fábio Mello da Rosa, Jessye Melgarejo do Amaral Giordani e Liara Saldanha Brites. Amigos para uma vida toda.

Aos amigos de Santa Maria, Aline Balbinot, Camila Dubow e Michele Dubow, irmãs de vida, pela doce presença constante, e aos amigos de Canoas, Tatiane Silveira Maciel, João Vitor Maciel Machado, Natalia Leote e Thiago Tellier, pelos muitos abraços e risadas nos momentos difíceis. E especialmente, ao meu melhor amigo amado, que me dá asas para voar, raízes pra voltar e motivos para ficar, Vinícius Freitas da Silva.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

À minha mãe, Maria de Lourdes Biazus, a “mamis”, minha heroína, meu exemplo de vida e de mulher, que me ensinou, com o maior amor do mundo, a nunca ter medo de ouvir meu coração, e por isso, sempre me apoiou nas escolhas, nos desafios e nas conquistas dessa vida.

Ao meu pai querido, Pedro Romeu Silveira, que mesmo a uns bons quilômetros, consegue estar presente em minhas ações e ser meu grande amigo, inspiração de coragem, alegria e de que tudo sempre dá certo no final.

À minha tia Maria de Fátima Biazus Henz, a “tia Fama”, que lá do céu olha por mim e me lembra sempre que eu sou sua princesa perfumada...

A Deus, minha força maior que, inexplicavelmente, me fazia lembrar que havia apenas um par de pegadas na areia, e que os lírios do campo estavam lá, com toda sua beleza divina, à minha frente, para me mostrar que nunca estou sozinha.

*Eu tenho uma espécie de dever,
dever de sonhar, de sonhar sempre,
pois sendo mais do que um espetáculo
de mim mesmo, eu tenho que ter
o melhor espetáculo que posso.
E, assim, me construo a ouro e sedas,
em salas supostas, invento palco,
cenário para viver o meu sonho
entre luzes brandas e músicas invisíveis.*

Fernando Pessoa

RESUMO

Monografia de Especialização

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

APOIO MATRICIAL: REVELANDO POTÊNCIAS E FRAGILIDADES PARA PRODUÇÃO DE EFEITOS NO TRABALHO EM SAÚDE DA FAMÍLIA DURANTE A IMPLANTAÇÃO DE UM PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL

AUTORA: DAIANE SILVEIRA

ORIENTADORA: TERESINHA HECK WEILLER

CO-ORIENTADORA: LIANE BEATRIZ RIGHI

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

O Programa de Residência Multiprofissional Integrado em Sistema Público de Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (PRMISPS/UFSM) preconiza que os residentes atuem no campo da Saúde da Família (SF) a partir da metodologia de Apoio Matricial (AM) e Equipe de Referência (ER), proposta pelo Ministério da Saúde. Este trabalho tem por objetivo revelar as contribuições que o AM em SF produziu sob o trabalho dos sujeitos envolvidos na implantação desse programa. Trata-se de um estudo qualitativo realizado em um município do interior do Rio Grande do Sul e caracteriza-se como um estudo de caso. A coleta de dados da pesquisa foi realizada através de análise documental e de entrevistas semi-estruturadas aplicadas a dois segmentos: profissionais da ER e profissionais apoiadores matriciais (residentes). O tratamento dos dados realizou-se através da técnica de Análise de Conteúdo, e esta é permeada pela experiência vivida dos residentes no período de integralização do programa. O cenário em que o PRMISPS/UFSM foi implantado encontrava-se com importantes fragilidades, e os apoiadores matriciais não haviam trabalhado com a metodologia do AM até então. Uma nova configuração do AM em SF foi proposta, e a partir disso foi possível ressignificar o trabalho do AM com as ER, fortalecer o trabalho em equipe e abrir possibilidades de cada um usar seu potencial criativo e criador na relação com o usuário. Além da co-gestão do processo de trabalho e cuidado, a troca de saberes entre equipes e profissionais numa interação dialógica contribuiu para a abordagem integral dos usuários.

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

ABSTRACT

Monograph Specialization
Multi-professional Residence Program at the Federal University of Santa
Maria

SUPPORT MATRIX: REVEALING POWER AND WEAKNESSES FOR EFFECTIVE WORKPLACE HEALTH FAMILY DURING THE ESTABLISHMENT OF A RESIDENCE MULTIPROFESSIONAL

AUTHOR: DAIANE SILVEIRA

ADVISER: TERESINHA HECK WEILLER

CO-SUPERVISOR: LIANE BEATRIZ RIGHI

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

The Multi-professional Residence Program at the Federal University of Santa Maria (PRMISPS/UFSM) recommends that residents are acting in the field of Family Health (FH) from the methodology of Matrix Support (MS) and Reference Team (RT), proposed by the Ministry of Health. This paper aims to reveal the contributions of MS in FH produced under the work of those involved in implementing this program. This is a qualitative study in an inland city of Rio Grande do Sul and is characterized as a case study. The collection of data from the survey was conducted through documentary analysis and semi-structured interviews applied to two segments: professionals of RT and professionals of MS (residents). Data analysis was carried out using the technique of content analysis (thematic analysis), and this is permeated by the experience of residents in the period of payment of the program. The scenario in which the PRMISPS/UFSM was deployed was with significant weaknesses, and supporters had not worked with methodology of MS until then. A new configuration of the MS in FH was proposed, and from this it was possible to reframe the work of MS with the RT, strengthen teamwork and open possibilities for each use their creative potential and creative relationship with the user. Besides co-managing the process of work and care, the exchange of knowledge between teams and professionals in a dialogic interaction contributed to the comprehensive approach of users.

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

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração 1- Matriz ilustrativa da distribuição dos residentes apoiadores matriciais nas Unidades de Saúde da Família.....	22
---	----

LISTA DE SIGLAS

ACD- Auxiliar de Consultório Dentário

ACS- Agente Comunitário de Saúde

AM- Apoio Matricial

ESF- Estratégia de Saúde da Família

ER- Equipe de Referência

MS- Ministério da Saúde

PNH- Política Nacional de Humanização

PRMISPS/UFSM- Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde da Universidade Federal de Santa Maria

SC- Saúde Coletiva

SF- Saúde da Família

SUS- Sistema Público de Saúde

TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS- Unidade Básica de Saúde

UFSM- Universidade Federal de Santa Maria

USF- Unidade de Saúde da Família

VD- Visita domiciliar

LISTA DE ANEXOS

Anexo A- Carta de Aprovação.....	39
Anexo B- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	40

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	15
2 PERCURSO METODOLÓGICO.....	18
3 RESULTADOS.....	20
3.1 Construindo o Apoio Matricial.....	20
3.2 Sobre os atores e seus caminhos.....	22
3.3 Os caminhos percorridos.....	24
4 DISCUSSÃO.....	30
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	34
6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	35
ANEXOS.....	38
Anexo A- Carta de aprovação.....	39
Anexo B- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	40

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), reconhecido na Constituição Federal de 1988, vem construindo caminhos para garantir o direito à saúde dos brasileiros (BRASIL, 1988). Dentre os inúmeros desafios colocados para o SUS, destacamos o papel que desempenha neste novo cenário os trabalhadores do campo da saúde, os quais têm papel central nessa construção. Entretanto, o cenário atual da saúde no país mostra que é preciso redirecionar a formação desses profissionais para atuarem no SUS. O modelo que prevalece ainda é o que gera visões fragmentadas das situações de saúde, a prevalência da hiperespecialização, pensamentos e práticas médico-centradas, consumo de tecnologias acríticas, que produz núcleos profissionais cuidadores empobrecidos e intervenções nas quais predominam o uso de tecnologias “duras”¹ (SILVA; CABALLERO, 2010). Nessa perspectiva, o desafio posto para o SUS é o de formar e qualificar os profissionais para que se supere a segmentação do conhecimento e do cuidado/atenção em saúde.

É nesse contexto que as Residências Multiprofissionais em Saúde, uma modalidade de pós-graduação *latu sensu* que utiliza como metodologia a formação em serviço, apresenta-se como importante estratégia para disparar essa mudança, uma vez que deve seguir eixos norteadores como a integração de saberes e práticas que permitam construir competências compartilhadas para a consolidação do processo de formação em equipe, tendo em vista a necessidade de mudanças no processo de formação, do trabalho e da gestão na saúde (BRASIL, 2007).

O Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (PRMISPS/UFSM), criado a partir dessa perspectiva, teve seu início em junho de 2009, com a entrada de 30 residentes de 09 núcleos profissionais distintos (Enfermagem, Farmácia Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional), distribuídos em três ênfases: Atenção Básica em Saúde da Família, Atenção em Rede Hospitalar e Gestão e Políticas de Saúde (UFSM, 2009).

O PRMISPS/UFSM preconiza que os residentes atuem nos campos de prática a partir da metodologia do Apoio Matricial (AM) e Equipe de Referência (ER), proposta pelo

¹ Segundo Merhy (2002), as tecnologias no trabalho em saúde podem ser classificadas em: leves (tecnologias relacionais, tais como: produção de vínculo, acolhimento, humanização, responsabilização), leve-duras (saberes estruturados que operam no processo de trabalho) e duras (equipamento tecnológico: máquinas, normas, estruturas organizacionais).

Ministério da Saúde (MS) através da Política Nacional de Humanização (PNH) como um arranjo organizacional transversal capaz de estimular e produzir novos padrões de relação entre profissionais e usuários dos serviços de saúde (BRASIL, 2004) a fim de ampliar a capacidade de resposta às necessidades de saúde da população e seus direitos (OLIVEIRA, 2011).

Apoio Matricial (AM) e Equipe de Referência (ER) são, ao mesmo tempo, arranjos organizacionais e uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde, e têm como objetivo ampliar as possibilidades de realizar-se clínica ampliada e integração dialógica entre distintas profissões. A ER é aquela que têm a responsabilidade pela condução e atenção ao longo do tempo de um caso individual, familiar ou comunitário, e é composta por profissionais encarregados de intervir sobre um mesmo objeto (“problema” de saúde), dentro de um determinado campo de conhecimento. Já o profissional que realiza o AM é um especialista que tem um núcleo de conhecimento distinto daquele dos profissionais da ER, e que pode agregar recursos de saber ou contribuir com intervenções que aumentem a capacidade de resolver determinados problemas de saúde pela qual a ER é responsável, ou seja, pode oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às ER (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Um dos campos de atuação dos residentes do PRMISPS/UFSM é a Estratégia de Saúde da Família (ESF), a qual fundamenta-se na reorientação do modelo assistencial de saúde na Atenção Básica, sendo operacionalizada através de equipes multiprofissionais mínimas (médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde) ou ampliadas (incluindo dentista, auxiliar de consultório dentário e técnico em higiene dental) em Unidades Básicas de Saúde (UBS). Esses profissionais são responsáveis por acompanhar um número definido de famílias em um território delimitado, e seu elemento-chave deve ser a comunicação e troca de experiências e conhecimentos entre os integrantes da equipe. A ESF propõe um modelo de atenção centrado na integralidade, continuidade e qualidade das ações, com abordagem multidisciplinar e organização horizontal do trabalho (MS, 2011).

A partir da adoção do AM e da ER como metodologia de trabalho e considerando a ESF como cenário de práticas, os residentes da Ênfase Atenção Básica em Saúde da Família (SF) organizaram-se da seguinte forma: os enfermeiros e cirurgião-dentista passaram a compor as ER de USFs, e os demais profissionais, a equipe de AM que apoiaria essas USFs.

Para Merhy (2011) a Residência Multiprofissional conforma-se num espaço de ousadia, de criação de novos desenhos e possibilidades organizacionais, novos encontros entre os trabalhadores e destes com a população, exigindo a formação para um novo trabalhador

(informação verbal)². Silva e Caballero (2010) manifestam que a Residência Multiprofissional, quando se propõe a ser um espaço de formação pelo trabalho, apresentando a interface entre os setores de Educação e Saúde, torna-se um espaço aberto a múltiplas formas de invenção e criação, implicando também na criação de modos de gestão do processo de trabalho. Pensar o mundo do trabalho como lugar de formação é evidenciar e problematizar a existência de espaços favorecedores da vida e de recriações ou de espaços sociais mortíferos, de repetição e que neutralizam os movimentos de criação (SILVA; CABALLERO, 2010).

Filiando-se à perspectiva de invenção e criação nos modos de gestão do processo de trabalho em que se insere um profissional em formação a partir da residência, este trabalho tem por objetivo revelar as contribuições que o AM em SF produziu sob o trabalho dos sujeitos envolvidos na implantação da RMISPS/UFSM.

² Palestra apresentada no Hospital Universitário de Santa Maria na 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.

2 PERCURSO METODOLÓGICO

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 (ANEXO A). Trata-se de um estudo qualitativo 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/UFSM e caracteriza-se como um estudo de caso.

A coleta de dados da pesquisa foi realizada em duas etapas, sendo a primeira etapa a análise documental do Projeto Político Pedagógico do PRMISPS/UFSM e da sistematização dos relatos dos residentes a partir de um projeto de intervenção vinculado ao mesmo projeto de pesquisa supracitado, e a segunda etapa, entrevistas semi-estruturadas (MINAYO, 2010), as quais foram gravadas. Cada entrevista compôs-se de três momentos: o primeiro tratou de perguntas sobre dados de identificação, tempo de trabalho, dificuldades no trabalho e contato com AM; o segundo, foram ofertados elementos teóricos sobre a opção metodológica usada pelo PRMISPS/UFSM; e o terceiro, versou sobre experiências vivenciadas do trabalho de AM com a ER.

Para cada segmento estudado, foi aplicado um instrumento diferente.

- Primeiro segmento: ER- Profissionais das três Unidades de Estratégia de Saúde da Família (USFs) - duas destas USFs contendo duas equipes de profissionais cada e uma USF contendo uma equipe de profissionais - nas quais o PRMISPS/UFSM-RS está inserido. Foram entrevistados três (03) médicos, três (03) enfermeiros, um (01) Técnico de Enfermagem, vinte e seis (26) Agentes Comunitários de Saúde (ACS); um (01) Cirurgião-dentista, bem como três (03) residentes Enfermeiros e um (01) residente Cirurgião-Dentista da primeira turma do PRMISPS/UFSM-RS.

- Segundo segmento: AM- Residentes da primeira turma do PRMISPS/UFSM-RS que realizaram AM às USFs, sendo: dois (02) Fisioterapeutas, um (01) Fonoaudiólogo, um (01) Nutricionista, dois (02) Psicólogos e um (01) Terapeuta Ocupacional.

Foram incluídos neste estudo apenas os profissionais que estavam trabalhando nas USFs no período em que foi realizada a pesquisa (independentemente do vínculo empregatício e carga horária de trabalho) e que aceitaram participar, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO B).

Os dados das entrevistas foram tratados através da técnica de Análise de Conteúdo, apresentada por Bardin (1977), que é a expressão mais comumente usada para representar o tratamento dos dados de uma pesquisa qualitativa (MINAYO, 2010). Ressaltamos que a análise dos dados é permeada pela experiência vivida dos residentes no período de integralização da mesma. Desta forma, o autor se coloca como narrador de um tempo vivido e experimentado.

3 RESULTADOS

Os resultados apresentados foram obtidos através da análise documental e da análise das entrevistas, os quais tinham por objetivos revelar as contribuições que o AM implementado pelos residentes do PRMISPS/UFSM produziram no trabalho dos sujeitos implicados no período estudado, e serão apresentados a partir de três temas articuladores.

3.1 Construindo o Apoio Matricial

A Residência Multiprofissional em Saúde da Família teve seu início em junho de 2009, com a entrada de treze residentes dos seguintes núcleos profissionais: Enfermagem, Odontologia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Psicologia, Serviço Social e Terapeuta Ocupacional. O trabalho de matriciamento realizado por estes residentes constituiu-se em três momentos.

O primeiro deles se deu a partir da inserção dos residentes nos campos de prática em três USFs e, na compreensão de Weiller (2008), em uma unidade convencional de saúde. Antes de dar início à proposta do trabalho do AM e ER, os residentes distribuíram-se nas unidades referidas para realizar um diagnóstico inicial dos territórios. Houve, então, uma série de questões que influenciaram essa inserção nos campos de prática, entre elas, a residência multiprofissional se apresentar como uma proposta pedagógica nova para a UFSM e para a gestão, que se encontrava em transição de governo. Como resultado desse primeiro momento, foi tomada a decisão, pelos atores envolvidos, que os residentes teriam sua ação circunscrita a Unidades com equipes de ESFs, não sendo campo de prática unidades convencionais.

No mesmo período, os trabalhadores que integravam as equipes das USF enfrentaram um momento de transição em razão dos seus contratos emergenciais estarem chegando ao fim, o que fez com que muitos desses profissionais saíssem dos campos, configurando uma notável desestruturação das equipes.

A entrada dos residentes no campo de prática é relatada por estes como um “choque de realidade”, ao entrarem em contato com uma rede de atenção reveladora das fragilidades daquilo que seria o cenário de atuação da residência por dois anos.

Neste cenário, foi necessário afastar os residentes por um período de trinta dias, até que as equipes fossem reconstituídas, período este potencializado para discussões e estudos sobre o AM.

O segundo momento, caracterizado pelo retorno dos residentes aos territórios, se fez a partir da definição de dois turnos de trabalho para cada residente nas unidades para ações de núcleo e de campo, bem como contou também com a pactuação de reuniões semanais entre todos os residentes para planejamento de ações e estudo da ênfase Atenção Básica em Saúde da Família.

Apesar dos contratos realizados, as USFs continuavam com o quadro de profissionais incompleto, alguns profissionais contratados não permaneciam quarenta horas por semana nas USFs e outros eram transferidos de uma unidade à outra constantemente. Com essa situação, os residentes apoiadores encontravam dificuldade de aproximação e criação de vínculo com os profissionais das equipes de SF, e o entendimento sobre o trabalho do AM por parte desses profissionais não era claro, comprometendo a viabilização e implementação do trabalho do AM. Alguns dispositivos fundamentais para o trabalho na lógica de clínica ampliada, e portanto, para o trabalho de AM, como visitas domiciliares (VD), interconsultas, reuniões de equipe das USFs, grupos, entre outros, muitas vezes não eram priorizadas no trabalho das ER em razão da falta de trabalhadores nas unidades, subvertendo a lógica do trabalho dentro da SF e fazendo com que os profissionais atuassem, na maior parte do tempo, apenas com ações baseadas na relação queixa/conduita com os usuários. Da mesma forma, a não permanência dos profissionais da ER fez com que esse “rodízio” nas três USFs dificultasse a compreensão das necessidades de saúde da comunidade e a criação de vínculo com a mesma, sendo um fator que também fragilizou o trabalho do AM.

O terceiro momento se inicia a partir de um estágio de vivência realizado pelos residentes na rede de saúde de Campinas/SP. Nesse estágio, foi possível conhecer serviços que se utilizam de dispositivos como a clínica ampliada, o AM, apoio institucional, entre outros. Inspirados nesta vivência, ao retornarem para os campos de prática, os residentes trouxeram uma nova proposta para o matriciamento da residência, com a finalidade de reconfigurá-lo no cenário instável no qual se encontrava para potencializar o trabalho do AM.

A proposta baseava-se na criação de um conceito de Unidade de Referência e Unidade de Apoio Matricial para os apoiadores, ou seja, os residentes que prestavam AM iriam fixar-se em uma das três USFs, inserindo-se na ER da mesma, ao mesmo tempo em que matriciavam duas unidades. Objetivava aproximar o apoiador das ER fixando-o em um território, facilitando a criação de vínculo com os sujeitos envolvidos, aproximando o trabalho do AM com a realidade encontrada nos territórios.

O AM na ESF do PRMISPS/UFSM foi desenvolvido a partir da seguinte matriz:

	USF 01	USF 02	USF 03
Unidade de Referência	Fisioterapeuta A Fonoaudióloga	Psicóloga A Terapeuta Ocupacional	Fisioterapeuta B Nutricionista Psicóloga B
Unidade de Apoio Matricial	Fisioterapeuta B Nutricionista Psicóloga A Psicóloga B Terapeuta Ocupacional	Fisioterapeuta A Fisioterapeuta B Fonoaudióloga Nutricionista	Fonoaudióloga Psicóloga A Terapeuta Ocupacional

Ilustração 1- Matriz ilustrativa da distribuição dos residentes apoiadores matriciais nas Unidades de Saúde da Família.

Em suas Unidades de Referência, os apoiadores passaram a participar das reuniões de equipe e ser referência para casos. Além disso, na semana, os apoiadores deslocavam-se da sua Unidade de Referência para apoiar os colegas e ERs nas demais Unidades.

3.2 Sobre os atores e seus caminhos

Os entrevistados no segmento ER totalizam trinta e oito (38) profissionais, sendo vinte e seis (26) ACS, três (03) enfermeiros, três (03) médicos, um (01) cirurgião-dentista, um (01) técnico de Enfermagem, três (03) enfermeiros residentes e um (01) cirurgião-dentista residente. Podemos observar que, de acordo com o preconizado para composição da equipe mínima na ESF (MS, 2011) as equipes das USFs encontravam-se incompletas, já que deveriam contar com o equivalente a cinco equipes de SF, sendo que duas USFs deveriam contar com equipe de Saúde Bucal. Faltam nas equipes Auxiliares de Consultório Dentário (ACD), Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem, Médicos e ACSs. Também sabe-se que na época de coleta de dados desse estudo, os contratos emergenciais de alguns profissionais chegavam ao fim, caracterizando a saída de muitos desses trabalhadores das USFs.

Todos os profissionais possuem uma carga horária semanal prevista de quarenta horas. Com exceção dos residentes, todos são concursados. Porém, nem todos prestaram concurso para ESF, muitos são alocados de outros serviços de saúde do município, especialmente das Unidades Convencionais de Saúde, para dar conta da formação mínima das equipes.

Entre os profissionais com formação de nível superior, apenas três (03) dos onze (11) trabalhadores não possuem formação em Saúde Coletiva (SC), sendo um (01) deles médico e os outros dois (02) enfermeiros residentes. Grande parte optou por Especialização na área. Isso parece demonstrar que há por parte de profissionais uma afinidade com o campo da Saúde Coletiva no que diz respeito à busca por conhecimentos que subsidiem suas práticas.

Em relação à experiência profissional em atenção básica/saúde coletiva, oito (08) dos onze (11) graduados já haviam trabalhado na área. Desses oito (08), cinco (05) tiveram experiência de trabalho em USFs. Entre os ACSs, apenas três (03) dos vinte e seis (26) disseram ter experiência anterior em SC, em trabalhos como Pastoral da Criança, como Agente de Dengue e como Técnico de Enfermagem em SF.

Quanto ao tempo de trabalho no território estudado, identifica-se que dezessete (17) profissionais trabalham há mais de cinco (05) anos nas USFs, sendo quinze (15) ACSs, um (01) médico e um (01) enfermeiro. Identificamos no território a presença de dois (02) profissionais que, desde o início da ESF no município (2004), permanecem no mesmo território. Tendo em vista a mobilidade interna dos trabalhadores, dos demais alguns destes referiram já ter tido experiências anteriores na ESF neste município.

A respeito de “quando ouviram falar em AM pela primeira vez”, oito (08) entrevistados respondem que ouviram apenas no momento da entrevista. Destes oito (08), cinco (05) estavam há menos de seis meses nas USFs e dois (02) destinam poucos turnos nas USFs. Ainda, onze (11) trabalhadores afirmam ter ouvido falar em AM “quando a residência começou/ quando a residência chegou nas USFs”; três (03) dizem ter entrado em contato com o conceito em momentos de estudo (leituras ou congressos); doze (12) dizem ter ouvido falar dentro da USF ou em locais de prática, como o Conselho Municipal de Saúde; um (01) afirma que ouviu em reuniões na Universidade e três (03) não lembram.

Sobre há quanto tempo recebem o AM, doze (12) trabalhadores afirmam receber desde que a residência inseriu-se nas USFs e dezessete (17) afirmam que recebem AM desde que iniciaram seu trabalho nas USFs. Sete (07) trabalhadores relatam não receber o AM, sendo que destes, dois (02) estão há menos de um mês no serviço, dois (02) realizam de quatro a doze horas no serviço e três (03) dizem talvez não ter entendido a proposta pela dificuldade de compreender como é o trabalho do AM, atribuindo possivelmente a isso a razão para não o terem recebido. Percebe-se que, apesar das trocas constantes de profissionais, grande parte deles está em contato com o AM desde que o próprio trabalho ou o trabalho da residência foi iniciado.

Por ocasião das entrevistas realizadas com os profissionais residentes do PRMISPS/UFSM considerados apoiadores matriciais, todos manifestam que o início de sua vivência como apoiador matricial ocorreu há cerca de um ano e seis meses, tempo correspondente ao início do PRMISPS/UFSM.

Dos sete (07) apoiadores, nenhum possuía pós-graduação em SC, bem como afirmam não terem experiência anterior em SC. Relatam que ouviram falar em AM pela primeira vez

ao estudarem para o processo seletivo da PRMISPS/UFSM. Pode-se constatar que os apoiadores tiveram contato com os conceitos de AM pouco antes de trabalharem como tais, ou seja, não tinham experiência do fazer no AM.

3.3 Os caminhos percorridos

Das entrevistas com os profissionais da ER, evidencia-se que a existência de equipes de Saúde da Família incompletas foi apontada com grande frequência como fator que dificulta o trabalho, conforme os dizeres:

- *“Agora tá desmontado, a equipe tá incompleta, daí como a gente vai trabalhar?”* (ER34)

- *“Além de não ter amparo em casos quando tem que discutir, estamos sem enfermeiro, não tem como.”* (ER35)

Os apoiadores matriciais apontam a existência de dificuldade de diálogo com a ER e a falta de co-responsabilização de alguns profissionais da mesma nos casos acompanhados, o que também é atribuído à constante troca de profissionais da ER, dificultando o vínculo, o diálogo, as trocas e a co-responsabilização das ações, explicitado na seguinte argumentação:

- *“Há dificuldade de vínculo com profissionais pela troca constante.”* (AM02)

Também há afirmações de que a ER não consegue trabalhar na lógica de SF ou clínica ampliada em razão da precarização da composição das equipes nas quais se encontram:

- *“Só os ACSs e residentes trabalham na lógica de clínica ampliada, a unidade não.”* (AM03)

Esse fato é confirmado também por trabalhadores da ER:

- *“(…) A estratégia, por falta de Recursos Humanos, está funcionando como UBS. Estamos tentando com a ajuda dos residentes fazer USF, mas quando vier a equipe mesmo tem muito o que fazer, como ver os dados, planejar.”* (ER19)

Dos apoiadores, cinco (05) citam ainda a falta de recursos materiais e estrutura física inadequada para o trabalho:

- *“Como fisio, às vezes me sinto incapaz pela falta de recursos, tem de se trabalhar só com o que tem.”* (AM01).

Pode-se perceber que a grande dificuldade encontrada no trabalho diz respeito à falta de recursos humanos e precarização do quadro de profissionais das equipes, o que resulta em inversão da lógica do trabalho de uma ESF, descaracterizando-a enquanto estratégia que rompe com modelos assistenciais tradicionais.

Muitos trabalhadores da ER afirmam, ainda, que, em várias situações, o AM assumiu o lugar da ER quando estas encontravam-se desestruturadas, bem como algumas funções dos servidores do município, conforme as citações a seguir:

- *“Minha equipe até hoje foi os residentes, que me socorreram muito.”* (ER09)
- *“Hoje não faz o que deveria fazer porque tá trabalhando como ER.”* (ER02)
- *“Substituem o profissionais que não tem na USF... não teria que ser isso, mas como não tem os profissionais, acabam fazendo isso.”* (ER39)

Os apoiadores confirmam que assumiram o papel das ER, tanto para usuários como para os colegas que realizavam matriciamento naquela USF:

- *“Em algumas unidades sou apoio matricial, mas acabo também como referência para alguns casos (...). Pela falta de profissionais a gente acaba sendo ER e AM para nós mesmos.”* (AM07)

Afirmaram não terem tido contato ainda com o AM nove (09) trabalhadores da ER, visto que seis (06) destes iniciaram seu trabalho na USF há menos de seis meses e três (03) afirmam terem se frustrado com o trabalho, uma vez que a expectativa foi maior do que o encontrado:

- *“Não sei, porque na minha área não recebi essa ajuda de vocês. Não sei como vocês fazem isso. 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.”* (ER36)

Aqui, mais uma vez, constata-se que os residentes (tanto do AM como ER) recebem a carga de assumirem o papel de solucionadores dos problemas, numa posição de salvadores de uma situação difícil encontrada pela ER, já que essa não se responsabiliza muitas vezes pelos casos que seriam de sua responsabilidade. Por não ser esse o papel da residência, acabam não correspondendo às expectativas geradas:

- *“A gente tá tentando uma forma de ampliar o olhar, pra tentar melhorar a qualidade de vida das pessoas, embora a gente tenha de apagar incêndio.”* (AM01)

Entre os apoiadores, todos identificaram fragilidades na relação de trabalho com a ER, essa decorrente da constante troca dos profissionais da equipe, com exceção dos ACSs, com os quais os apoiadores afirmam ter estabelecido vínculo e a partir deste, poder planejar e organizar ações conjuntas:

- *“Muito bom e forte (o vínculo) com ACSs, mas com os demais profissionais é um vínculo mais frágil, até pelo fluxo desses profissionais.”* (AM05)
- *“Consegue-se organizar melhor o trabalho, tem grupo de ACSs, construíram vínculo, planejamento de tudo que se passa na unidade.”* (AM04)

Sabe-se que os ACSs foram os trabalhadores que mais constantemente permaneceram na constituição das equipes, o que possibilitou um trabalho longitudinal nesse período, facilitando a formação do vínculo e do diálogo entre ACSs e apoiadores.

Dos entrevistados da ER, vinte e seis (26) trabalhadores afirmam que a relação de trabalho com a equipe do AM é boa ou muito boa, e que quando precisaram do apoio tiveram suas necessidades atendidas, com trocas de idéias, conhecimentos, aprendizado e resolutividade, indicando que há um canal aberto de diálogo e trabalho em equipe:

- *“Sempre que preciso posso contar com eles. Combinamos as visitas domiciliares, tem presteza e vontade.”* (ER39)

Dos trinta e oito (38) trabalhadores da ER, vinte e nove (29) responderam que o AM dá suporte à ER, “ajuda, auxilia, contribui, mostra o caminho possível”:

- *“O AM é referência, pra quando a gente tem uma dúvida, pra dar um conhecimento, um apoio, pra ver qual seria o melhor caminho. Essa troca é importante, a gente aprende muito.”* (ER19)

- *“Auxilia no atendimento, em discussão de casos, nos encaminhamentos, auxilia a equipe interna.”* (ER35)

- *“Muito bom, sem vocês não sei como é que funcionava. Todos os retornos que tive foram positivos. Tem coisa que falta, mas se vocês não viessem aqui na época eu não sei como seria.”* (ER37)

Alguns enfatizam o aprendizado com o AM:

- *“O trabalho sempre é ótimo, porque vem a somar com o trabalho da Saúde e como são pessoas que fazem residência, trazem conhecimento que completa a nossa experiência prática.”* (ER22)

- *“O AM me ensina um monte, faz repensar as minhas práticas, faz ter uma visão diferente.”* (ER12)

- *“A residência ajudou a ampliar conceitos de saúde, trabalhar com outros núcleos. Tu consegues tirar foco do problema e trabalhar com visão mais ampliada.”* (AM07)

Fica claro que o AM trouxe elementos que puderam acrescentar positivamente no trabalho das ER e das USFs, como contribuição para o trabalho a partir de uma visão ampliada de saúde. Constata-se que o AM realizado nesse período aproxima-se com o preconizado pelo MS e encontrado na literatura, pois conseguiu oferecer retaguarda assistencial e suporte técnico-pedagógico às ER.

Dentre os entrevistados da ER, vinte (20) responderam que a troca sobre casos entre AM e ER se dá em discussões em espaços de trabalho (VDs, interconsultas, grupos) ou quando se fizer necessário:

- *“Na prática, quando realiza trabalho junto nas discussões, quando encontra o colega, quando há inquietações, quando tem que discutir casos, em reuniões de equipe, reuniões da atenção básica (se refere às reuniões de planejamento de ações e estudo da Ênfase Atenção Básica em Saúde da Família).”* (ER12)

Entre os residentes apoiadores, quatro (4) respondem que a troca entre ER e AM ocorre preferencialmente em intervalos entre visitas domiciliares e acompanhamentos individuais e coletivos, entretanto definem esses momentos como *“espaços informais”*³ por que não existe agenda definida, não são combinados a priori.

- *“ER é uma coisa que tá em déficit, mas da forma que acontece entre nós residentes, eu acho que é uma forma não instituída, é uma forma mais informal. É discussões, intervalos de uma VD e outra, em brechas de tempo entre um acompanhamento e outro.”* (AM07)

- *“Se dá na prática, no momento em que os profissionais se encontram, nas VDs, e a forma é ir trocando com o que cada um pode contribuir até chegar na proposta pro usuário.”* (AM01)

Apesar de denominarem os espaços de trocas como espaços informais, esses podem estar indicando uma mudança na dinâmica do trabalho, deslocando os espaços de discussões sobre os casos das reuniões para o dia-a-dia, para o momento de encontro entre os envolvidos, portanto, construindo novos palcos de discussões.

Com relação à capacitação, do total de trabalhadores da ER, vinte e seis (26) afirmam que sentem-se aptos para receber o AM, atribuindo à prática cotidiana, à vivência, ao trabalho junto com os residentes.

- *“Foi com o dia-a-dia de trabalho, não tivemos orientação e não sabíamos trabalhar”* (ER07)

Entretanto, seis (6) profissionais respondem que não se sentem capacitados a trabalhar com o AM em função da falta de conversa e de discussões sobre o assunto. A justificativa para tal situação diz respeito tanto à falta de instrumentalização inicial (como capacitações, orientações, discussões prévias e falta de iniciativa da gestão municipal) como a não conversa no trabalho, o que leva a um entendimento insuficiente sobre o AM por parte da ER e gera o desejo de que haja maior esclarecimento e interação com o AM:

³ Grifo nosso

- *“Faltou conversa, diálogo, explicação, capacitação mais detalhada (...) Não é fácil entender de uma hora para a outra e assim... conseguir trabalhar junto.”* (ER28)

- *“Acho que a gente tem de estruturar, interagir a ER com o AM, pra estar mais por dentro dos casos.”* (ER19)

Ainda identifica-se que existem seis (06) trabalhadores da ER, dentre eles três (03) residentes, que afirmam *“sim e não”*. *Sim*, porque a prática os ensinou, e *não* porque faltaram respaldo e discussões teóricas, além de consenso entre os atores envolvidos sobre o papel e lugar do AM e da ER:

- *“Sim, mas ainda falta muito a discussão na residência e profissionais do AM que atuam na unidade. Faltou base pra essa discussão na graduação com outros profissionais que não sejam só enfermeiro, médico e equipe mínima.”* (ER02)

- *“Sim, pela experiência do tentar fazer. Não, porque faltou uma definição. Mesmo que a gente saiba que o que existe é teoria, faltou uma experiência concreta sobre o trabalho.”* (ER32)

Entre os apoiadores, cinco (05) manifestam que *“sentem-se e não se sentem”* capacitados para prestar AM. *Sim*, porque aprenderam com a prática, experiência, com erros e acertos, e também pela busca individual por leituras e *não* por sentirem necessidade de discussões e embasamento teórico antes e durante a residência:

- *“O nosso trabalho, que tentamos fazer, metendo a cara, aprendendo com os nossos erros, isso nos fez mais capacitados. (...). Conseguimos, de uma maneira ou outra, errando e acertando, aprender.”* (AM06)

- *“Sim pela prática e experiência que se adquiriu, e leituras pessoais, o que não é suficiente. Não, porque faltou teoria, discussão e embasamento teórico. Então, consigo apenas falar da minha prática e daquilo que eu li.”* (AM05)

- *“A graduação deu pouca base pra isso, e faltou na residência mais estudo e mais contato com pessoas que trabalham com isso.”* (AM 01)

Apesar de não terem experimentado o trabalho do AM antes de serem apoiadores, esses se reconhecem capacitados para tal trabalho, uma vez que o *“aprender fazendo”* foi a forma com que desenvolveram esse aprendizado.

Grande parte dos entrevistados da ER (27) avaliam o AM como sendo um bom trabalho, importante ou essencial. Sinalizam que ao entrar em contato com diferentes núcleos é possível ampliar o olhar do profissional e também oferecer cuidado mais efetivo aos usuários.

- *“É muito importante, não tem só visão de núcleo, tem olhares diferentes, discussão entre colegas, tem um serviço mais completo, mais especializado, que traga possibilidade de crescer.”* (ER12).

Os apoiadores reconhecem que, apesar de todas as dificuldades já referidas, o AM apresentou efeitos positivos no trabalho das USFs matriciadas:

- *“A gente tem uma equipe de AM fortalecida, que se deu pelo vínculo, pela união. Mas tem muito trabalho que não se conseguiu pela estrutura, pela dificuldade de se relacionar com a ER. Porém, apesar de tudo, vejo resultados positivos.”* (AM01)

“O que a gente tenta fazer, é um novo modelo de estruturar nosso trabalho, contando com diferentes núcleos de saberes que não teriam se não fosse o matriciamento e que dão apoio para tentar resolver o caso com mais resolutividade, discutir de maneira integrada, como na clínica ampliada (...) a gente faz o que tá ao nosso alcance. A gente trabalha dentro das adversidades e tenta fazer o melhor dentro do que a gente conhece.” (AM07)

4 DISCUSSÃO

A Residência Multiprofissional Integrada em Saúde carrega em si, enquanto encontro educação-trabalho-saúde, a intencionalidade de integrar o que há tempo encontra-se fragmentado, ou seja, “construir práticas de Saúde Coletiva solidárias e eficazes na perspectiva do trabalho em equipe, direcionada pelo cuidado” (SILVA; CABALLERO, 2010).

Apesar do tom “salvacionista” que recebe, não só a Residência, como a Educação em si, esse lugar também se configura como o responsável por dar conta de uma formação insuficiente para as demandas de um sistema público do qual a graduação muitas vezes insiste em não se aproximar. Os profissionais ainda são formados a partir de uma tradição médico-hegemônica, a qual produz efeitos tanto no trabalho em equipe como com os usuários dos serviços (PASINI; GUARESCHI, 2010). No caso da Residência Multiprofissional, que propõe a metodologia de AM e ER para organização do trabalho, é preciso dispor-se a ações que extrapolam apenas os conhecimentos de um saber ligado a um núcleo⁴ profissional, ações essas que fazem parte de um campo de saber, que nesse caso, é a Saúde Coletiva, mais especificamente, Saúde da Família, e que ainda é pouco abordado nas práticas de formação se tomarmos por base a predominância da hiperespecialização e privatização de interesses na Saúde (FEUERWERKER 2002 apud SILVA; CABALLERO, 2010).

Os apoiadores aqui incluídos são o exemplo disso, pois em sua “bagagem” traziam poucas ferramentas para o trabalho desafiador que a residência propunha. Assim, viram-se frente a uma situação que os colocava na missão de serem transformadores das condições de vida e da estrutura social (DALLEGRAVE; KRUSE, 2009), e de corresponder às expectativas geradas em torno de si ao assumirem o papel “heróico e inovador”, ao mesmo tempo em que estavam inseridos em serviços cuja realidade era precária e marcada por obstáculos estruturais, políticos e de comunicação (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Esse cenário não pode ser negado, uma vez que foi nele que se constituiu o início da caminhada do PRMISPS/UFSM: equipes de SF (conseqüentemente, ER) incompletas, ineditismo do trabalho com AM nas USFs, estrutura e recursos insuficientes, entre outros. Fatores que traduzem a precarização dos ambientes e condições de trabalho, degeneração de

⁴ Campos (2000) propõe conceitos de campo e núcleo, em que o núcleo demarcaria a identidade de uma área de saber e de prática profissional e o campo, seria um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina e profissão buscariam em outras apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas.

vínculos, dificuldades do âmbito da organização e relações sociais de trabalho, gerando a diminuição da autonomia dos trabalhadores e, conseqüentemente, levando a repercussões na qualidade de vida e saúde desses trabalhadores. (SANTOS-FILHO, 2007). Em vista desse contexto justifica-se a proposta de uma configuração “adaptada” de AM e ER, entendendo que assim seria possível amenizar os reflexos de alguns desses fatores. De fato, os residentes constituíram-se ora como apoiadores, ora como apoiados, papéis que Campos (1997) apud Oliveira (2011) afirma co-emergirem em ato no encontro, já que é preciso conciliar os arranjos fixos de organização do processo de trabalho com a variabilidade dos problemas e dos saberes e práticas que podem resolvê-los.

Essa capacidade de criar, reinventar o próprio ambiente de trabalho está associada a uma necessidade de buscar sentido no fazer, tornando o trabalho um ato coletivo e implicado (MERHY, 2011). Nesta perspectiva, a capacidade de imprimir novos arranjos tecnológicos e recursos produtivos na saúde pode significar a reorganização de uma prática centrada no usuário e instituída no interior da equipe de saúde (RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2007).

A partir desse novo arranjo “criado, reinventado”, foi possível ressignificar o trabalho do AM juntamente com as ER e construir uma interação entre esses trabalhadores que permaneciam nas USFs, bem como o constante movimento de aproximação dos novos trabalhadores que lá chegavam. Essa interação e articulação do “campo de produção do cuidado” comum aos trabalhadores são imprescindíveis para que o trabalho se caracterize como trabalho em equipe, e abre possibilidade de cada um usar seu potencial criativo e criador na relação com o usuário (FRANCO; MERHY, 1999).

Perceber que foi possível nesse caminho modificar a configuração do trabalho do AM em SF no PRMISPS/UFMS representa uma aproximação do que Domitti (2006) e Oliveira (2011) defendem ao afirmar que o método do apoio matricial depende da existência de espaços coletivos, ou seja, do estabelecimento de algum grau de co-gestão do processo de cuidado e dos processos de trabalho envolvidos. Talvez não tenha sido possível estabelecer essa organização com todos os integrantes da ER, mas com alguns trabalhadores, como os ACSs, estabeleceu-se um vínculo capaz de produzir uma longitudinalidade do trabalho e o compartilhamento e co-responsabilização de usuários e grupos em acompanhamento continuado, o que deve anteceder (ou fomentar) o AM (OLIVEIRA, 2011).

A principal aposta no AM, além de proporcionar a co-gestão do processo de trabalho e cuidado, está na troca de saberes entre equipes e profissionais numa integração dialógica, partindo do princípio de que nenhum especialista poderá isoladamente assegurar uma abordagem integral e um fazer que se aproxime da clínica ampliada (CAMPOS, 2000 apud

OLIVEIRA, 2011; DOMITTI, 2006). O apoio matricial propõe promover o encontro entre distintas perspectivas, levando os profissionais a comporem projetos terapêuticos com outras racionalidades e visões de mundo (DOMITTI, 2006).

Esse encontro de distintos atores, segundo Oliveira (2011) tem a intencionalidade de ampliar a capacidade de análise das ER para lidar com seus casos, potencializando a sua capacidade resolutive, o que é apontado quando se diz que o AM conseguiu mostrar caminhos possíveis para lidar com as dificuldades demandadas pela população. Oliveira (2011) também afirma que um dos primeiros efeitos de uma experiência de AM bem-sucedida é a ampliação da capacidade de manejo dos casos pela ER, o que pode gerar necessidades de adequação da organização da gestão em diferentes níveis, e que envolvem um enfrentamento ativo das dificuldades não só técnicas da ER como também operacionais e dos serviços de rede. Esses efeitos em outros níveis de atenção e gestão talvez ainda pareçam distantes, porém o contexto histórico e local leva a crer que esses frutos podem ser colhidos em uma perspectiva de tempo maior do que a recente implementação do AM no cenário discutido.

A ampliação dos modos de saber/fazer dos trabalhadores pode ser vista como a ampliação da clínica, operada de duas formas: 1) como capacidade de acolher, entrar em contato com a diferença e a multiplicidade de olhares e 2) como operação de desvio, interferência no movimento para a produção de outros caminhos, criação de outros processos de trabalho, que levam a novos modos de produzir saúde e sujeitos (BARROS; BARROS, 2007).

Essas produções são resultados de tecnologias utilizadas pelos trabalhadores, e apresentam uma materialidade simbólica, pois são bens/produtos que satisfazem necessidades. O encontro com o usuário final, cuja satisfação das necessidades de saúde é o produto que se busca obter, é a expressão da efetivação daquilo que se chama de tecnologia leve do trabalho em saúde, caracterizada pelas relações entre os sujeitos que só são materializadas em ato. Certamente, a ampliação do olhar, da clínica, dos modos de enxergar os sujeitos são fatores que contribuem para um produto final diferente no ato do encontro entre profissional/profissional e profissional/usuário. O trabalho do AM pode ser considerado capaz de transformar esses produtos no momento em que transforma a maneira como cada profissional se constitui no “ato” do encontro, potencializando, dessa forma a utilização de tecnologias leves para o “trabalho vivo em ato” (MERHY, 2002).

A contribuição e as ações conjuntas de vários olhares para os sujeitos com uma visão voltada às suas necessidades enquanto ser humano em sua complexidade faz com que o trabalho em saúde resgate seu sentido voltado para a subjetivação da vida, ou seja, traz a

integralidade para a produção do cuidado. Segundo Mattos (2001) in Ramos (2007, p.54), há algumas condições necessárias para que ela ocorra:

“(...) a) a existência de uma certa horizontalização de modelos que eram, até então, verticais; b) envolvimento e redefinições radicais da equipe de saúde e de seus processos de trabalho. Nesse caso, a integralidade passa a ser uma marca no modo de organização do processo de trabalho. Por trás desses sentidos deve estar o princípio do direito universal ao atendimento das necessidades de saúde.”

A integralidade, ainda conforme Mattos (2001), além de uma característica da atitude dos profissionais de saúde, deve ser entendida como a articulação entre assistência e prevenção e, assim, da assistência com as práticas de saúde pública, envolvendo todos os profissionais e espaços de saúde (RAMOS, 2007). Assim, para que a integralidade seja uma prática cotidiana na produção do cuidado em saúde, é preciso que haja uma rede configurada dentro das necessidades de saúde, não dizendo respeito apenas ao campo da Saúde da Família, e sim, de outros níveis de complexidade de atenção, bem como de forma intersetorial.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nos perguntamos, após essa reflexão, do que e para quem serviu essa experiência. Quando olhamos pela perspectiva de uma rede, identificamos pontos importantes nessa rede, que tiveram uma experiência de ligarem-se entre si, construindo micro-espacos conectados, e que o desafio posto ao PRMISPS/UFSM é ampliar essas conexões, pois a Residência Multiprofissional é por si só a possibilidade de reinventar o lugar do saber e do exercício das profissões na medida em que tem potência para colocar em movimento gestores, trabalhadores e usuários, conectando-se entre si e com outros.

Os dispositivos de AM e ER também apresentam essa potência de movimentar os sujeitos, a fim de provocar mudanças no processo de trabalho e de atenção nos serviços de saúde, e apresentam-se como importante ferramenta para a constituição e fortalecimento de uma rede de atenção voltada à integralidade do ser humano.

Da perspectiva da formação, o PRMISPS/UFSM tem um papel desafiador de se constituir num espaço que deve potencializar a formação de profissionais implicados com as pessoas e com as populações, que estabeleçam conexões necessárias para a ressignificação do trabalho multidisciplinar, tendo em vista a necessidade de se produzir cuidado que seja significado pelos sujeitos.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BARROS, R. B.; BARROS, M. E. B. Da dor ao prazer no trabalho. In: SANTOS-FILHO, S. B.; BARROS, M. E. B. (orgs). **Trabalhador da Saúde, muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde**. Ijuí: Editora Unijuí, 2007.

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.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de Formação e Desenvolvimento de Trabalhadores para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde**. Brasília, DF, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. **Área temática Humanização**. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/equipe_referencia.pdf>. Acesso em 20 mai. 2011. Brasília, DF, 2004.

_____. 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. 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Diretriz conceitual da Estratégia Saúde da Família**. Brasília, DF, 2011. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/atencaobasica.php#saudedafamilia>>. Acesso em 20 de maio de 2011.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, 2007. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v23n2/16.pdf>>. Acesso em: 20 mai. 2011.

CAMPOS, G. W. S. 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.

DALLEGRAVE, D.; KRUSE, M. H. L. No olho do furacão, na ilha da fantasia: a invenção da residência multiprofissional em Saúde. **Interface: comunicação, saúde e educação**, v.13, n.28, p.213-37, jan./mar. 2009.

FRANCO, T. B.; MEHRY, E. E. **PSF: Contradições e novos desafios**. Campinas, 1999. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-17.pdf>> Acesso em 23 de maio de 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.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 3.ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E. E. **Engravitando palavras: o caso da integralidade**. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-06.pdf>>. Acesso em: 30 mai. 2011.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. O trabalho em saúde. **Material produzido para EPJV/Fiocruz**. Rio de Janeiro, 2005.

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

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

PASINI, V. L.; GUARESCHI, N. M. F. Problematizando a produção de saberes para a invenção de fazeres em saúde. In: FAJARDO, A. P.; ROCHA, C. M. F.; PASINI, V. L. (orgs). **Residências em Saúde: fazeres & saberes na formação em saúde**. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010.

RAMOS, M. N. Conceitos básicos sobre o trabalho. In: FONSECA, A. F.; STAUFFER, A. B. (orgs). **O processo histórico do trabalho em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

RIBEIRO, E. M.; PIRES, D. E.; BLANK, V. L. G. A Temática do Processo de Trabalho em Saúde como Instrumental para Análise do Trabalho no Programa Saúde da Família. In: FONSECA, A. F.; STAUFFER, A. B. (orgs). **O processo histórico do trabalho em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

SANTOS-FILHO, S. B. Um olhar sobre o trabalho em saúde nos marcos teórico-políticos da saúde do trabalhador e do Humaniza-SUS: o contexto do trabalho no cotidiano dos serviços de saúde. In: SANTOS-FILHO, S. B.; BARROS, M. E. B. (orgs). **Trabalhador da Saúde, muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde**. Ijuí: Editora Unijuí, 2007.



SILVA, Q. T. A; CABALLERO, R. M. S. A micropolítica da formação na produção do cuidado: devir-residência. In: FAJARDO, A. P.; ROCHA, C. M. F; PASINI, V. L. (orgs). **Residências em Saúde: fazeres & saberes na formação em saúde**. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA. Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde. **Projeto Político-pedagógico**. Santa Maria, 2009.

WEILLER, T. H. **O acesso dos usuários na rede pública de saúde do município de Ijuí/RS: um cenário de controvérsias**. 2008. 185 p. Tese (Doutorado Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto)- Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, 2008.

ANEXOS

Anexo A- Carta de aprovação

 <p>MINISTÉRIO DA SAÚDE Conselho Nacional de Saúde Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)</p>	<p>UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa Comitê de Ética em Pesquisa - CEP- UFSM REGISTRO CONEP: 243</p> 
--	---

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 França, 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.

Aprovação Secretaria Municipal de Saúde: Ofício nº0667/2010/SMS/NEPeS

Aprovação CEP-UFSM: Processo nº 23081.017043/2010-57, CAAE 0313.0.243.000-10

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_.

Assinatura do sujeito da pesquisa

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 estudo.

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 (CEP/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