

¹Especialista em Sistema Público de Saúde pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) - Santa Maria (RS), Brasil. Sanitarista da Coordenação Estadual de Atenção Básica do Departamento de Ações em Saúde da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul. liarabrites@yahoo.com.br

²Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo (USP) - São Paulo (SP), Brasil. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) - Santa Maria (RS), Brasil. weiller2@hotmail.com

³Especialista em Sistema Público de Saúde pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) - Santa Maria (RS), Brasil. Sanitarista da Coordenação Estadual de Atenção Básica do Departamento de Ações em Saúde da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul. daianesilveira85@yahoo.com.br

⁴Especialista em Sistema Público de Saúde pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) - Santa Maria (RS), Brasil. Psicóloga do Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia (IFRS) do Campus Rio Grande - Rio Grande (RS), Brasil. anawfrancois@gmail.com

⁵Especialista em Sistema Público de Saúde pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) - Santa Maria (RS), Brasil. Enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família do Município de Santa Maria - Santa Maria (RS), Brasil. enfmello07@yahoo.com.br

⁶Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) - Campinas (SP), Brasil. Professora Adjunta da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) - Porto Alegre (RS), Brasil. lianerighi@gmail.com

“A gente vai aprendendo”: o apoio matricial na estratégia de saúde da família em um programa de residência multiprofissional integrada no interior do Rio Grande do Sul, Brasil

“We learn”: matrix support in family health strategy in an integrated multidisciplinary residency program in an inner city of the state of Rio Grande do Sul, Brazil

Liara Saldanha Brites¹, Teresinha Heck Weiller², Daiane Silveira³, Ana Paula Wilke Françóis⁴, Fábio Mello da Rosa⁵, Liane Beatriz Righi⁶

RESUMO: O objetivo deste estudo foi o de identificar se um programa de residência multiprofissional no interior do Rio Grande do Sul contribui na formação para o Sistema Único de Saúde utilizando o dispositivo de Apoio Matricial em saúde da família. Trata-se de estudo descritivo, exploratório, de abordagem qualitativa, caracterizado como estudo de caso. Realizou-se a coleta de dados por meio de análise documental e entrevista aplicada a 34 profissionais do serviço e onze residentes. O tratamento dos dados foi realizado pelo método de análise de conteúdo. Os resultados revelam que, em um ano e meio do referido Programa, os residentes se sentiram instrumentalizados e identificaram dificuldades como falta de estrutura organizacional para integração e discussões de casos.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção primária à saúde; Saúde da família; Promoção da saúde; Saúde coletiva; Internato não médico

ABSTRACT: *The objective of this study was to identify whether a multidisciplinary residence program in the interior of Rio Grande do Sul contributes to the formation to the Unified Health System using the Matrix Support in Family Health. This is a descriptive study, exploratory, of qualitative approach, characterized as a case study. Data collection was carried out by means of documental analysis and interview applied to 34 professionals and eleven residents. Data treatment was performed by the method of content analysis. The results show that after eighteen months in the Program, the residents felt prepared for the task and identified difficulties such as lack of organizational structure for integration and discussions of cases.*

KEYWORDS: *Primary health care; Family health; Health promotion; Public health; Internship, nonmedical.*

Introdução

O relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 1986), a Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) a Lei Orgânica da Saúde 8.080 (BRASIL, 1990) e o Decreto Federal 7.508 (BRASIL, 2011) definem responsabilidades da gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) com relação à formação de recursos humanos durante a experiência profissional. Nesse cenário, incluem-se programas e cursos de educação profissional, graduação e pós-graduação.

As Residências Multiprofissionais em Saúde são programas fomentados pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC) e Ministério da Saúde (MS) para estimular a formação em serviço, pós-graduação lato sensu, com duração de dois anos, que têm por objetivo favorecer a inserção qualificada de profissionais da saúde no mercado de trabalho, particularmente em áreas prioritárias orientadas pelos princípios do SUS (BRASIL, 2005; 2007).

Nessa perspectiva intersetorial, interdisciplinar e interinstitucional, a construção do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde (PRMISPS) no interior do Estado do Rio Grande do Sul teve seu embrião em 2003. Com início efetivo em 2009, tem por objetivo qualificar profissionais da saúde para atuar no SUS, criando e experimentando metodologias de ensino e integração com o serviço público de saúde local e regional que possam contribuir com a reestruturação dos modelos de gestão, assistência e ensino a partir da inserção dos residentes nos serviços, alocados em três ênfases: Gestão e Políticas de Saúde; Atenção em Rede Hospitalar; e Atenção Básica (AB) em Saúde da Família, sendo esta última o objeto deste estudo.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF), idealizada em 1994, é considerada um modelo inovador, fundamentado em uma nova ética social e cultural, concretizando o ideário de promoção da saúde, na perspectiva da qualidade de vida. Porém, sua sustentabilidade requer o estabelecimento contínuo

de parcerias intersetoriais, articulando ações interdisciplinares de assistência, prevenção e promoção da saúde (SOUZA, 2004).

Essa articulação de ações contribui para a efetivação de um dos princípios norteadores do SUS e da ESF: a integralidade, que pressupõe a reestruturação do sistema público de saúde, tendo como uma das referências a ampliação do trabalho clínico e do trabalho sanitário (BRASIL, 1990). Nesses termos, o PRMISPS adotou como referencial teórico-metodológico os dispositivos de Apoio Matricial (AM) e Equipes de Referência (ER), corroborando Campos e Domitti (2007), que consideram que nenhum especialista, de modo isolado, poderá assegurar essa abordagem integral. Deverá, pois, atuar a partir da estruturação de novos processos de trabalho, de base interdisciplinar, tendo ER e AM como novos dispositivos metodológicos operacionais.

A ER, que compõe o referencial teórico-metodológico adotado, é composta por profissionais que se vinculam a determinado número de usuários ou famílias pelos quais se responsabiliza, acompanhando-os ao longo do tempo, seja nos aspectos que envolvem o controle de doenças seja em relação à promoção de sua saúde. Nas situações onde o conjunto de conhecimentos e instrumentos da ER não se mostra suficiente, lança-se mão de outros conhecimentos, em geral especializados, organizados sob a forma de AM (COELHO, 2008). O AM, no seu sentido original, seria composto por um ou mais profissionais de saúde, detentores de saber específico, que apoia uma ou mais ER no que se refere tanto a questões assistenciais quanto a suporte técnico-pedagógico (CAMPOS, 1999).

Para viabilizar a prática através do referencial adotado pelo PRMISPS, os residentes enfermeiros e cirurgião-dentista da ênfase AB em saúde da família agregaram-se aos profissionais dos serviços da rede local de saúde, compondo as ER, e os residentes fisioterapeutas, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogos e terapeuta ocupacional da mesma ênfase compuseram uma equipe de AM.

A partir dessa composição das equipes, o processo de construção do método de trabalho foi sendo desenhado a partir da prática, uma vez que essa metodologia de trabalho ainda não estava inserida nos serviços municipais de saúde, sendo implantada pelo PRMISPS. Algumas experiências em apoio matricial no SUS contribuíram para essa construção, como as dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) (BRASIL, 2009), as quais mais se aproximam da descrita neste estudo.

Tendo como pano de fundo esses temas e a inserção dos residentes, este estudo tem por objetivo identificar se o Programa de Residência Multiprofissional contribuiu para a formação de profissionais para o SUS utilizando o dispositivo metodológico e operacional de Apoio Matricial na Estratégia de Saúde da Família.

Metodologia

Este 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 sob nº CAAE 0313.0.243.000-10. Trata-se de estudo descritivo, exploratório, de abordagem qualitativa, realizado em um município do interior do Rio Grande do Sul, nos espaços de atuação da ênfase da AB em Saúde da Família do PRMISPS.

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

A coleta de dados da pesquisa foi realizada de dezembro de 2010 a março de 2011 e

organizada em dois momentos. No primeiro, coletaram-se informações sobre o processo de trabalho e implantação do PRMISPS/UFSM-RS por meio de análise documental. No segundo, elaborou-se e aplicou-se um instrumento de entrevista semiestruturada com roteiro de questões relativas a identificação profissional, tempo de trabalho no local, dificuldades vivenciadas no trabalho, quando ouviram falar em AM, o que conhecem sobre AM e ER e a forma de atuação do trabalho do AM com a ER.

Como sujeitos do estudo, participaram 34 profissionais vinculados à rede de AB do município no qual o PRMISPS estava inserido: quatro residentes da primeira turma do PRMISPS (três enfermeiros e um cirurgião-dentista) vinculados às ER; e oito residentes da primeira turma do PRMISPS apoiadores matriciais (dois fisioterapeutas, um fonoaudiólogo, um nutricionista, dois psicólogos e um terapeuta ocupacional).

A análise dos dados foi realizada a partir da proposição de Minayo (2010) de Análise de Conteúdo na modalidade Temática, a qual permite encontrar respostas para as questões formuladas. As etapas seguiram a operacionalização da análise temática: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Partiu-se da inter-relação dessa interpretação com o referencial teórico do estudo, categorizando os dados por agrupamentos, para responder aos objetivos propostos.

Incluíram-se neste estudo apenas os profissionais que estavam trabalhando nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) no período em que foi realizada a pesquisa (independente do vínculo empregatício, tempo de serviço e carga horária de trabalho) e que, depois de informados sobre o estudo, aceitaram participar e assinaram o TCLE.

Resultados e discussão

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

Embora tenham ocorrido articulações interdisciplinares e interinstitucionais durante a construção do projeto inicial (UF5M, 2009), o primeiro ano do PRMISPS foi também o de uma nova gestão municipal. O cenário inicial no município antecipava que a organização e o fortalecimento dos serviços de AB em saúde não seriam priorizados. Os residentes foram inseridos em um cenário de fragilidade da ESF, marcado principalmente pela dificuldade na continuidade das ações em saúde das equipes na ESF e, conseqüentemente, de construção de vínculo entre profissionais e usuários. A gestão anterior, embora publicamente mais comprometida com a proposta do PRMISPS, não implantou uma política de fixação de profissionais na saúde com vínculo estatutário para atuação junto às ESF, e a gestão que assumiu a partir de 2009 manteve durante os dois anos seguintes as equipes de profissionais com contratos precários.

O segundo obstáculo está relacionado à falta de experiência e formação dos residentes, tendo em vista que a primeira experiência como profissionais na ESF e AM, simultaneamente, deu-se na condição de residentes. Constatou-se que os sete residentes da equipe de AM não tiveram experiência profissional em saúde pública anterior às atividades desenvolvidas no PRMISPS e todos ouviram falar do AM pela primeira vez ao estudar para o processo seletivo. Dentre os quatro residentes que compuseram a ER, três informaram não ter experiência profissional em saúde pública e dois ouviram falar sobre AM somente ao estudar para o processo seletivo.

Foi possível identificar que, ao iniciar o PRMISPS, dos 11 residentes que passaram a desempenhar as ações de AM, dez estavam vivendo sua primeira experiência

profissional e, destes, nove não possuía formação acadêmica anterior que subsidiasse as ações na lógica do AM, pois, segundo os residentes, “*faltou base pra essa discussão na graduação com outros profissionais que não só equipe mínima (de ESF)*” (ER-02) e “*faltou ter contato com isso antes. A graduação deu pouca base pra isso*” (AM-01).

Independente de haver ou não condições nos serviços de saúde mais convergentes com a proposta da ESF, a provocação já estava posta, à medida que se optou por unir distintas profissões para aprenderem a trabalhar numa lógica que se propõe a superar a especialização e a fragmentação das práticas. Um processo de mudança que vai além de definir quem é o responsável por qual procedimento, pois perpassa a compreensão de corresponsabilidades para que se garanta o princípio da integralidade, o que, apesar de desafiador, também poderia se manifestar como potência. Segundo Figueiredo e Campos (2008), o AM provoca e explicita uma intensa imprecisão das fronteiras entre os diversos papéis e as diversas áreas de atuação profissional, e sua potência está em desfazer a delimitação entre as diferentes disciplinas e tecnologias.

Ainda que contivesse residentes com pouca experiência em saúde pública, no começo de um Programa de Residência Multiprofissional e com pouco fortalecimento da ESF pela gestão municipal, o cenário não impedia e tampouco divergia da formação na proposta do AM. Segundo Oliveira (2011), embora o enfoque seja mais clínico, o apoiador deve considerar as múltiplas dimensões de gestão que sempre estarão em jogo. Acrescenta ainda que formar um apoiador

é um desafio, uma vez que ‘formar em ato’ não é uma tarefa simples (...). Formar um apoiador é um ato da própria função apoio, no sentido de que não só alguém com um ‘título’ de apoiador possa fazer. É a relação de apoio que forma o apoiador (OLIVEIRA, 2011, P.160).

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

No projeto inicial do PRMISPS 2009-2011 (UFSM, 2009) não havia delimitações nem atribuições específicas para o trabalho dos residentes como AM em saúde da família, pois ainda não se tinha clareza de como se daria o trabalho interdisciplinar dos residentes nos campos de atuação. O Apoio Matricial começou a ser discutido após a aprovação do projeto, em função de se tratar de uma metodologia nova.

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

A opção teórico-metodológica foi mencionada nas respostas dos residentes quando questionados a respeito de se sentirem ou não instrumentalizados para exercer a função de AM. Dentre os sete residentes AM, cinco deles optaram por "sim e não", julgando-se instrumentalizados em alguns aspectos e noutros não. Somente dois responderam apenas "sim", atribuindo suas respostas à experiência vivenciada: "*Sim. Trabalho em equipe e suporte teórico não têm receita.*" (AM-04) e "*Sim. Acho que a residência ajudou a entender muitos conceitos e perceber necessidades na prática, ampliar os conceitos de saúde, trabalhar com outros núcleos.*" (AM-06).

Perguntado aos profissionais que integraram as ER, 30 dentre os 38 afirmaram se sentir instrumentalizados e revelaram a importância da prática na experimentação dessa proposta de trabalho: "*Sim, e a partir da residência não vejo mais como trabalhar sem o apoio matricial*" (ER-02). "*Sim, a convivência com os outros AM, conhecer o trabalho do AM*" (ER-25). "*Sim, pela experiência*

do tentar fazer. Foi o AM que fez com que eu trabalhasse junto, senão eu faria um trabalho isolado como enfermeiro" (ER-32).

Embora a experiência se sobressaia nas falas como importante no cotidiano dos residentes, é possível identificar que também entre os profissionais predomina o entendimento de que se faz necessário o aprofundamento teórico como ferramenta para qualificar o trabalho com o apoio ou como apoiador matricial. Há destaque para o pouco conhecimento e faltam aprofundamento teórico e compartilhamento de experiências semelhantes: "*Falta discussão na residência sobre o tema teórico como prática, inclusive com as equipes de referência*" (AM-02). "*Faltou uma definição. Se tivesse algo mais claro (...). Mesmo que a gente saiba que o que existe é teoria, faltou uma experiência concreta sobre o trabalho*" (ER-32). "*(...) ausência de capacitação específica, procura, troca, leitura sobre esses dispositivos, como projeto terapêutico singular e clínica ampliada*" (ER-38).

As fragilidades relatadas pelos residentes também são identificadas em estudos de Andrade *et al.* (2012) sobre a implantação de um NASF, como a carência de educação permanente - desde a formação na graduação, incluindo a falta de embasamento teórico -, a necessidade de melhor entendimento do processo de trabalho de NASF e desarticulação e fragmentação no trabalho dos profissionais.

Para atenuar o efeito fragmentário advindo das diferentes especialidades que devem responder às demandas de um sujeito e aumentar as possibilidades para um cuidado integral, Oliveira e Guareschi (2010) afirmam que é necessário que os profissionais tenham espaço para análise, busca e criação de modelos diversos de atenção à saúde e organização dos serviços. E que a mudança no rompimento com os saberes auxilia na formação do sistema - e não só o sistema na formação dos trabalhadores -, na medida em que articulam para sua construção. Nesse sentido,

Ceccim (2010) garante que as Residências Multiprofissionais em Saúde permitem, além do contato entre trabalho e formação, possibilidades de mudanças no modelo tecnoassistencial baseadas na atuação multiprofissional ou integrada adequada às necessidades locais e constituinte de um processo de educação permanente em saúde.

'Em espaço informal': o apoio matricial em cenários de precariedade da atenção básica em saúde

O arranjo de AM e ER propostos pela residência não se integraram à proposta da gestão municipal e, portanto, não foram acompanhados de novos investimentos por parte do gestor. Ao serem interrogados a respeito das dificuldades para desenvolver o trabalho, residentes e trabalhadores alegam a precariedade das UBS: *“Às vezes me sinto incapaz pela falta de recursos, tem de se trabalhar só com o que se tem”* (AM-01). *“Faltam instrumentos que viabilizem ações organizadas. O trabalho seria bem otimizado se acontecesse isso”* (AM-03). *“Falta estrutura física”* (refere-se a equipamento) (ER-38). *“Não existe protocolo de encaminhamento para a rede”* (refere-se ao seu núcleo profissional) (ER-38).

É indispensável, para se permitir um processo crítico de análise dos seus modos de saber e fazer, que haja comunicação entre os sujeitos envolvidos para compor um espaço de troca de saberes, invenções, experimentações que auxiliem a equipe a ampliar sua clínica. Os entrevistados revelam que, embora já se sintam instrumentalizados, a falta de espaço para a discussão, diálogo, é vista como fator limitador, pois: *“Têm de estar juntos, dialogando e se responsabilizando concomitantemente entre todos os profissionais, sobre os casos existentes”* (ER-12).

Deveriam ser pactuadas as necessidades das ER, que tipo de apoio e qual necessidade a

comunidade tem. Pactuação de ações em espaços de troca e discussões dos casos (AM-02).

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

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

O AM não é um supervisor de caso nem deve ser considerado o único responsável por um caso, pois vai de encontro à lógica do AM na ESF. Para viabilizar a responsabilização na prática, é necessário pactuar a função e o lugar dos apoiadores e dos profissionais de referência nessa rede. Contudo, se não houver diálogo e oportunidade para tal, não serão pactuadas funções ou responsabilidades. Uma das questões importantes é a referência de que houve baixo investimento na contratualização e na criação de espaços que colocassem o próprio AM em análise do coletivo:

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

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

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

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

Nota-se que os residentes do AM, além de construir seu espaço de formação, tiveram de operar na constituição das ER e, muitas vezes, desempenhar uma função de referência. Essa contradição é reconhecida tanto pelos residentes do AM quanto pelos profissionais dos serviços da própria ER. Há um obstáculo significativo na rede de saúde local com relação, principalmente, à precariedade dos vínculos empregatícios e contratação vertical de profissionais que vão de encontro ao modo de operar o AM. Todavia, se a sua remoção depende de uma governabilidade acima da vontade dos profissionais e usuários, como viabilizar o trabalho de AM na ESF?

A fragilidade da AB e as sucessivas transferências ou trocas de trabalhadores durante o período estudado explicam, em grande parte, a leitura dos profissionais a respeito da dificuldade de identificar um lugar para o apoiador. Contudo, esse dilema também resulta da dificuldade - de cada um e de todo o coletivo - de habitar um lugar institucional instável.

A não realização das reuniões regulares das equipes na ESF e de outros espaços para integração, trocas e discussões de casos entre os profissionais são citadas. Mas, contraditoriamente, os encontros viabilizados no horário de trabalho são considerados 'informais': "As reuniões de equipe deveriam contribuir, mas são tantos atravessamentos que elas não ocorrem" (AM-01). "Em reuniões onde se

discutem os casos, mas a maioria é em espaços informais" (refere-se às trocas e discussões de casos) (AM-04). "Poderia ter mais reuniões para poder falar, fundir os conhecimentos, explicar, mas não tem troca aqui, não deixam nem falar" (ER-01).

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

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

"Em alguns momentos que a gente está menos ocupada, consegue parar pra ouvir e pra fazer essa discussão (refere-se à troca de casos)" (ER-19).

Segundo Oliveira (2011), operacionalizar o AM dependerá de diversas condições, como: número e qualificação dos profissionais disponíveis; cultura organizacional dos gestores e dos trabalhadores envolvidos; rede de serviços disponível; e organização dos processos de trabalho. Para viabilizar um projeto de AM, uma série de condições de organização do processo de trabalho, de agenda, de fluxos e de disponibilidades pessoais e institucionais dos profissionais envolvidos, precisa acontecer. Nesses casos, dispositivos e arranjos de gestão que favoreçam a criação e a sustentabilidade dos encontros da equipe devem acompanhar a implementação do apoio. Há necessidade de espaços de discussão e de participação das ER, entre estas e o AM, a fim de possibilitar a discussão do processo de trabalho, dos fluxos e do cardápio de ofertas do serviço, da rede local ou loco-regional.

Acrescenta, ainda, que “uma equipe que não se reúne, que não se encontra, dificilmente conseguirá operá-lo” (OLIVEIRA, 2011, P. 41), o que justifica os resultados encontrados, nos quais as dificuldades de comunicação, de espaços de discussões e estabelecimento de pactos foram significativamente mais mencionados do que a falta de recursos e insumos e indefinição de fluxos. Cunha e Campos (2011) também corroboram que a proposta de ER e AM depende de transformações organizacionais importantes e que é necessário admitir que problemas estruturais dificultam a implantação, que não basta que a equipe da AB deseje se relacionar na forma de AM com outros serviços: é imprescindível o incentivo de gestores através de contratos que contemplem essa atividade.

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

Ao serem desafiados, os sujeitos da pesquisa elaboraram estratégias de enfrentamento das dificuldades encontradas. Os espaços cunhados, embora titulados ‘informais’, já sinalizam que o trabalho integrado na produção do cuidado necessário para efetivar o AM está começando a fazer sentido. Campos (1999) afirma que, embora o discurso, per si só, não seja suficiente para

alterar a estrutura que reforça a segregação do trabalho, o reconhecimento da necessidade de comunicação entre as distintas profissões que atuam nos serviços de saúde já representa o início do enfrentamento do problema e, portanto, um avanço.

Os entrevistados garantiram entre si espaço para uma ampliação da clínica, independente da autorização ou reconhecimento da gestão municipal ou da gestão da residência. Talvez o modelo tradicional no qual se sustentam historicamente nossas práticas biomédicas, de território seguro, embebidas de fórmulas cientificamente comprovadas, receitas médicas, prontuários, os tenha impedido de visualizar e reconhecer que existe, nessas atitudes, um movimento que pode produzir um novo modo de fazer e pensar saúde.

Bertussi (2010) reforça que o poder está presente em qualquer relação produzida a partir do matriciamento, e que o AM deve ser compreendido como “espaços de construções desmontáveis e conectáveis que se abrem para o ilimitado” (BERTUSSI, 2010, P.127). Conforme Onocko (2008), a mudança proposta pelo apoio não ocorre automaticamente nem é fácil de ser assumida, reiterando a importância de espaços coletivos destinados à reflexão e análise crítica sobre o próprio trabalho e formação permanente. Os resultados demonstram que as dificuldades mencionadas convergem com relatos de pesquisadores do tema, pressupondo que a residência contribuiu com a formação desses profissionais para o SUS, no arranjo de AM e saúde da família.

Para Ceccim (2010), as propostas multiprofissionais e integradas das Residências Multiprofissionais em Saúde apresentam uma perspectiva teórico-pedagógica convergente com os princípios e as diretrizes da integralidade da atenção e da intersetorialidade do SUS com as demais políticas existentes nos determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva e da equidade ao acesso e direito à saúde.

Continuarão, portanto, inseridas e convergentes com o SUS, num processo de

aprendizagem desafiador e, por vezes, contraditório, como o apresentado neste estudo. Concordando com Da Ros (2009):

Se entendermos a dinâmica dos processos brasileiros, veremos que é na luta que se constrói o possível. Não é a partir das ideias que nos parecem certas que a realidade estará posta. É processo, e luta. É bom lembrar, por exemplo, que, desde 1988, quando foi aprovada a Constituição, e nela diz que cabe ao SUS ordenar a formação de recursos humanos em saúde, no Brasil, até hoje, só conseguimos aprovar duas leis orgânicas do SUS, e ambas em 1990. De lá para cá, se esperássemos as condições ideais, hoje não teríamos 30 mil equipes de Programa de Saúde da Família, nem Núcleos de Apoio, nem Residências Multiprofissionais em Saúde. Portanto, contra-hegemonia se faz quando se podem ampliar espaços. Eles não são perfeitos, e são contraditórios. Mas, contradição é a mola da história (DA ROS, 2009, p. 232).

Considerações finais

Como experimento de uma metodologia ainda não utilizada nos serviços da rede municipal de saúde e pensada na formação em serviço de uma primeira turma de recursos humanos para o SUS, não foi possível estabelecer previamente funções e formas de operacionalização do AM em ESF. O estudo concluiu que permitir aos residentes, juntamente com os demais profissionais das ER, experimentar o método, adequando-o às possibilidades e à realidade local, caracterizou-se como um diferencial para conseguir

mudanças nos processos de trabalho no SUS.

Da mesma forma, revelou que é necessário, mas não suficiente, fornecer o suporte teórico nos programas de residência multiprofissional, é preciso também permitir uma participação ativa dos profissionais residentes e dos serviços, da gestão da residência e do município e de usuários na efetivação de um canal permanente de discussão e pactuações para operacionalizar de forma longitudinal o trabalho do AM em saúde da família. A garantia desses espaços dialógicos permitiu, ainda, exercitar a reflexão das ações e aprender a ler e reconhecer a própria experiência como válida nesse processo, como produtora de significados.

Embora discretas, nota-se que as práticas de AM desenvolvidas pelos residentes e mediadas pelo conhecimento adquirido no transcorrer do processo de formação, também foram sendo solidificadas com a atuação na realidade local e operacionalizadas num universo de possibilidades. Tais práticas se tornaram uma rica experiência individual e coletiva para sujeitos em formação, quer residentes ou não, comprometidos em garantir os princípios do SUS. Talvez no curto prazo, até dois anos, as mudanças sejam pouco visualizadas e não impactem positivamente o modelo de gestão local, porém, nos deparamos com as condições objetivas de um tempo histórico que haverá de ser considerado.

Partiu-se para o desafio de vivenciar e remodelar um método de AM em ESF. Entretanto, hoje já não se parte de um lugar qualquer. Os sujeitos participantes do processo partem de uma experiência que instiga novas adaptações e desdobramentos com a finalidade de auxiliar na efetivação do SUS no cenário local. ■

Referências

- ANDRADE, L.M.B. *et al.* Análise da implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no interior de Santa Catarina. *Sau. & Transf. Soc.* Florianópolis, v.3, n.1, p.18-31, 2012.
- BERTUSSI, D. C. *O apoio matricial rizomático e a produção de coletivos na gestão municipal em saúde.* 2010. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.
- BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil.* São Paulo: Atlas, 1988.
- _____. Decreto Federal no 7.508 de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 19 jun. 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm. Acesso em: 09 out. 2013.
- _____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde.* Saúde como direito inerente à personalidade e à cidadania; reformulação do sistema nacional de saúde e financiamento setorial. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.
- _____. _____. Lei Orgânica 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 19 set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 09 out. 2013.
- _____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Caderno de Atenção Básica de Diretrizes do NASF.* Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- _____. Portaria Interministerial nº 2.117, de 3 de novembro de 2005. Institui no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação a Residência Multiprofissional em Saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 4 nov. 2005. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_imprensa.php?id=6267. Acesso em: 09 out. 2013.
- _____. 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. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=15430&Itemid=>. Acesso em: 09 out. 2013.
- CAMPOS, G.W.S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: uma proposta de reorganização do trabalho em saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.4, n.2, p. 393-403, 1999.
- 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, p. 399-407, 2007.
- CECCIM, R.B. Residências em saúde: as muitas faces de uma especialização em área profissional integrada ao SUS. In: FAJARDO, A. P.; ROCHA, C. M. F.; PASSINI, V. R. (Org.). *Residências em saúde: fazeres & saberes na formação em saúde.* Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010.
- COELHO, I.B. Formas de pensar e organizar o sistema de saúde: os modelos assistenciais em saúde. In: CAMPOS, G.W.S. GUERRERO, A. V. P. (orgs). *Manual de Práticas da Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada.* São Paulo: Hucitec, 2008.
- CUNHA, G.T.; CAMPOS, G.W.S. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. *Saúde Soc.* São Paulo, v.20, n.4, p.961-970, 2011.
- DA ROS, M.A. Sobre “o olho do furacão”. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 13, n. 28, p. 231-232, 2009.
- FIGUEIREDO, M.D.; CAMPOS, R.O. Saúde mental e atenção básica à saúde: o apoio matricial na construção de uma rede multicêntrica. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v.32, n.78/79/80, p. 143-149, 2008.
- MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.* 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.
- OLIVEIRA, G.N. *Devir apoiador: uma cartografia da função apoio.* 2011. 175 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2011.
- OLIVEIRA, C.F.; GUARESCHI, N. M. F. Formação profissional para o SUS: há brechas para novas formas de conhecimento? In: FAJARDO, A. P.; ROCHA, C. M. F.; PASSINI, V. R. (Org.). *Residências em saúde: fazeres & saberes na formação em saúde.* Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010.

ONOCKO, R.C. Clínica: a palavra negada - sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v.25, n.58, p. 98-111, 2001.

SOUZA, M.F. O Programa Saúde da Família: uma visão nacional. In: FERNANDES, M. E. L. *et al.* (org.). *AIDS: prevenção porta a porta*. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 41-45.

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

Recebido para publicação em outubro de 2013

Versão final em março de 2014

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve