

TRABALHO DO APOIADOR MATRICIAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

THE MATRIX SUPPORTER'S WORK IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY

TRABAJO DEL APOYADOR MATRICIAL EN LA ESTRATEGIA SALUD DE LA FAMILIA

Anne Jaquelyne Roque Barrêto¹, Amanda de Araújo Romera², Annelissa Andrade Virgínio de Oliveira³, Lenilde Duarte de Sá⁴, Sandra Aparecida de Almeida⁵, Jordana de Almeida Nogueira⁶

O objetivo deste estudo foi conhecer o processo de trabalho dos apoiadores matriciais que atuam na Estratégia Saúde da Família. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, desenvolvida em um Distrito Sanitário, localizado em um dos municípios da região metropolitana de João Pessoa-PB. Observou-se que o apoiador matricial é considerado um articulador e facilitador do processo de trabalho da equipe frente à gestão. Desenvolve atividades gerenciais a partir do acompanhamento do processo de trabalho de cada setor do serviço e incentiva a construção de espaços de cogestão. Outra atividade se relaciona à dimensão assistencial a qual se orienta pela proposta da clínica ampliada. Conclui-se que o trabalho do apoiador matricial se configura uma estratégia de gestão que corrobora com o fortalecimento da construção de um cuidado integral e humanizado conforme preconiza o SUS.

Descritores: Enfermagem; Gestão em Saúde; Atenção Primária à Saúde; Saúde da Família.

The objective of this study was to recognize the working process of the matrix supporters who work in the Family Health Strategy. It is a qualitative research, developed in a Sanitary District, located in one of the towns of the metropolitan region of João Pessoa – PB. It was observed that the matrix supporters is considered an articulator and facilitator of the process of work of the team who is opposite to the management. He develops activities which are managerial from the assessment of the process of work of each sector of the service and encourages the development of spaces of co-management. Another activity related to the assistential dimension which is guided by the proposal of the expanded health clinics. We so conclude that, the work of the matrix supporters configures a strategy of management that corroborates with the strength of the building up of an integral and humanized care according to what advocates the SUS (*Brazilian Government Health System*).

Descriptors: Nursing; Management in Health; Basic Attention to Health; Health Family.

El objetivo fue conocer el proceso de trabajo de los apoyadores matriciales que actúan en la Estrategia Salud de la Familia. Se trata de una investigación cualitativa, desarrollada en un Distrito Sanitario, en uno de los municipios de la región metropolitana de João Pessoa-PB, Brasil. El apoyador matricial es considerado un articulador y facilitador del proceso de trabajo del equipo frente a la gestión. Desarrolla actividades de gerencia a partir del acompañamiento del proceso de trabajo de cada sector del servicio e incentiva la construcción de espacios de cogestión. Otra actividad se relaciona a la dimensión asistencial, la cual se orienta por la propuesta de la clínica ampliada. Se concluye que el trabajo del apoyador matricial es una estrategia de gestión que contribuye para el fortalecimiento de la construcción de una atención integral y humanizada, según recomienda el Sistema Único de Salud de Brasil.

Descriptorios: Enfermería; Gestión en Salud; Atención Primaria de Saúde; Salud de la Familia.

¹Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Professora da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (FACENE). Brasil. Email: annejaque@gmail.com

²Enfermeira. Graduada pela Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (FACENE). Brasil. Email: amanda.romera@hotmail.com

³Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPB. Brasil. Email: annelissa_ufpb@hotmail

⁴Enfermeira. Doutora em Enfermagem e Saúde Pública. Professora do Departamento de Enfermagem em Saúde Pública e Psiquiatria da UFPB. Email: lenilde_sa@yahoo.com.br.

⁵Enfermeira. Doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPB. Professora da FACENE. Brasil. Email: sandra_almeida09@yahoo.com.br

⁶Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem Clínica da UFPB. Brasil. Email: jal_nogueira@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, a partir da década de 1990, impulsionou a reforma do modelo de assistência pública à saúde e representou uma importante inflexão no historicamente consolidado padrão de organização dos serviços de saúde no país. Na segunda metade da década, o processo de implantação do SUS voltou-se para o fortalecimento da Atenção Básica em Saúde (ABS). Assim sendo, os esforços, programas e investimentos públicos passaram a se concentrar na atenção básica, representada pela Estratégia Saúde da Família (ESF)⁽¹⁾.

O desenvolvimento efetivo das ações na ABS por meio da ESF é uma prioridade no cenário atual. Contudo, não é algo que se concretize sem o desenvolvimento de estratégias institucionais como capacitações, supervisões, financiamento, dentre outras⁽²⁾. Nesse sentido, o Ministério da Saúde (MS) propôs a estratégia do Apoio Matricial (AM) para facilitar o direcionamento dos fluxos na ESF, promovendo uma articulação entre a Gestão e as Unidades Saúde da Família (USF).

O AM em saúde é uma metodologia de trabalho complementar àquela prevista em sistemas hierarquizados e pretende oferecer retaguarda assistencial e suporte técnico pedagógico às equipes de referência, bem como visa assegurar maior eficácia e eficiência ao trabalho em saúde, investindo na construção de autonomia dos usuários⁽²⁻³⁾. Para isso, depende da construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias entre os componentes de uma equipe de referência e os especialistas que o oferecem. Essas diretrizes devem prever critérios para acionar o apoio e definir o espectro de responsabilidade, tanto dos diferentes integrantes da equipe Saúde da Família (SF), quanto dos apoiadores matriciais⁽²⁾.

Ressalta-se que o AM é desenvolvido por distintos profissionais da área de saúde ou afins, cuja habilidade e competência estejam voltadas para a construção de

sistema e serviços de saúde assentados em conceitos de integralidade, humanização e cogestão. Os apoiadores matriciais prestam tanto apoio no âmbito gerencial quanto clínico às equipes SF, com o objetivo de produzir reflexão das práticas de saúde, utilizando a educação permanente (EPS) como eixo norteador desse trabalho⁽³⁾. Entretanto, sua utilização como instrumento concreto e cotidiano ainda está em fase de construção, pois pressupõe certo grau de reforma e transformação, do modo como se organizam e funcionam serviços e sistemas de saúde⁽⁴⁾.

Em um município da região metropolitana de João Pessoa-PB, desde 2006, a gestão municipal de saúde propôs a formação de equipes de matriciais compostas por profissionais tanto dos serviços quanto das áreas técnicas da secretaria em vista a apoiar os profissionais de saúde, prioritariamente das equipes de SF, para reflexão de suas práticas com a finalidade de constituir um modelo de atenção assentado na integralidade do cuidado. Cada Distrito Sanitário (DS) possui uma equipe matricial que se reúne semanalmente para análise da situação de saúde do território, planejamento e avaliação. Nesses encontros, também são discutidas dificuldades na organização dos serviços e do processo de trabalho das equipes de saúde. Esse movimento possibilita o fortalecimento do apoiador matricial sobre questões inerentes ao processo de trabalho da equipe SF, bem como traçar estratégias para enfrentamento local.

Diante das considerações realizadas, o objeto do presente estudo é o trabalho do apoiador matricial na ESF, a partir das concepções dos diversos profissionais da área de saúde que atuam como AM nessas equipes. O estudo tem como objetivo conhecer o processo de trabalho dos apoiadores matriciais que atuam na ESF de um DS localizado em um dos municípios da região metropolitana de João Pessoa-PB.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa do tipo exploratória com abordagem qualitativa, realizada em Unidades de Saúde da Família localizadas em um DS, tendo em vista ser este o maior espaço de atuação do apoiador matricial.

Para produção do material empírico, utilizou-se um roteiro de entrevista semiestruturado, contendo perguntas subjetivas acerca do tema a ser estudado.

Elegeram-se como sujeitos da pesquisa os profissionais da saúde que se encontravam na função de AM minimamente há seis meses e na mesma USF; que tiveram disponibilidade e aceitassem participar do estudo no momento da coleta. Participaram deste estudo dez sujeitos na função de AM.

Antes do início da coleta do material empírico, foi realizado o primeiro contato com os sujeitos do estudo, a fim de marcar dia, horário e local que melhor se adequasse aos mesmos, sendo escolhido o local de trabalho de cada participante para realização da entrevista. Após confirmação do aceite, os sujeitos da pesquisa foram informados sobre o objetivo do estudo. Após cumprimento dessa etapa, foi iniciada a entrevista com a utilização de um roteiro semiestruturado e por meio de gravador MP4 de modo a garantir a fidedignidade do material coletado. Todas as entrevistas foram realizadas nos meses de agosto e setembro de 2010.

Os participantes foram codificados com a letra (A) do alfabeto e números arábicos de forma a garantir seu anonimato. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (FACENE), sob o nº 136/2010 e CAAE nº 3574.0351.000-10 e os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Para análise do material empírico, utilizou-se a técnica de Análise de Conteúdo Modalidade Temática⁽⁵⁻⁶⁾ que compreende um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos

sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens. Salienta-se que a análise temática se desdobra operacionalmente em uma sequência composta de três etapas básicas que permitem organizar e melhor explorar os dados provenientes das entrevistas⁽⁵⁾. Foram percorridas três etapas para análise: Pré-análise, Exploração do material e Tratamento dos Resultados Obtidos e Interpretação. Após decodificação dos depoimentos foram identificadas três unidades de sentido: Apoiador Matricial: articulador e facilitador do processo de trabalho da ESF frente à gestão; Apoio Matricial e o processo de trabalho gerencial na ESF e Apoio Matricial e o processo de trabalho assistencial. Em seguida, procurou-se articular os conteúdos convergentes e divergentes e que se repetiam, recortando os extratos das falas, em cada um dos núcleos de sentidos identificados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A discussão dos núcleos de sentido permitiu eleger como tema central – O trabalho do apoiador matricial na Estratégia Saúde da Família com as seguintes subcategorias temáticas: Gestão, Gerencial e Assistencial.

Subcategoria 1: Gestão

Dentro da ESF, os apoiadores matriciais desenvolvem atividades voltadas para o gerenciamento das USF de acordo com as demandas locais e das advindas da gestão municipal. O apoiador matricial configura-se como um elo entre o DS e a equipe SF e atua na articulação entre equipe e rede assistencial local, conforme apontam os depoimentos: *ele vai fazer a ligação das atividades que acontecem em uma Unidade de Saúde da Família com o que vem a ser desenvolvido pela Secretaria de Saúde (A2). O trabalho do apoiador é isso: trazer as recomendações do Distrito, conseguir desempenhar essas recomendações na unidade junto com as equipes (A4). Apoiador matricial é aquele membro da*

equipe capaz de estar articulando os processos existentes na equipe e com outras redes. A gente faz a mediação das atividades do Distrito dentro da unidade de saúde (A7). É ser um elo entre a equipe e o Distrito, ou seja, na verdade o apoio matricial ele atua como uma conexão da Unidade Saúde da Família e o Distrito, a rede de serviços (A9).

Ressalta-se que, desde a implantação da ESF, alguns avanços foram alcançados, a exemplo da expansão de acesso em todo território nacional aos serviços de ABS. Entretanto, outros desafios ainda se mostravam presente, como a prática dos profissionais de saúde ainda se encontrar baseada na concepção assistencialista e privatista no atendimento ao usuário do sistema. Neste contexto, a figura do apoiador se constitui uma estratégia de gestão que favorece o processo de reflexão e remodelação das práticas de saúde através da reorganização do processo de trabalho da ESF para o estabelecimento de vínculo, acolhimento e responsabilização do cuidado com o outro.

Nesse sentido, o AM funciona como um dispositivo articulador de um conjunto de estratégias fundamentais no processo de construção e de transformação da ABS em uma tentativa de organizar o serviço e o processo de trabalho, de modo a horizontalizar as especialidades e estas permearem todo o campo das equipes de saúde. Acrescenta-se a isto a responsabilidade de desencadear apoio à ampliação da clínica e favorecer a interlocução na rede de saúde. O AM é uma estratégia de gestão inscrita na lógica de unidades de produção, enquanto coletivos organizados em torno de um objeto comum de trabalho⁽²⁾ que visa, além de garantir o acesso à atenção à saúde, favorecer a ruptura de práticas hegemônicas e, consequentemente, a construção de um cuidado assentado na integralidade e humanização nos serviços de saúde.

Dentre as atribuições dos apoiadores matriciais está a participação nas reuniões semanais das equipes de SF: *Na sexta à tarde, com as equipes tem a reunião; é um horário fixo sempre na sexta à tarde, mas se, em outro turno, se a gente*

percebe que é preciso fazer uma reunião com os profissionais, é possível fazer a reunião (A2). E tem os espaços de reunião; toda sexta à tarde, a gente tem reunião de equipe, e as reuniões extras que vão aparecendo, ou por núcleo ou por categoria, ou com os professores, com os residentes (A3). Tem as reuniões de equipe que tem pautas, que é o processo de trabalho mesmo da equipe, o que eles estão precisando, porque aí eles vão colocar, e a gente vai trabalhar em cima disso (A5).

O envolvimento do apoiador matricial nas reuniões da equipe de SF constitui um processo importante no que concerne à discussão e pactuação de ações e serviços que beneficiam na resolução de problemas identificados no território.

Nesse sentido, estar próximo às equipes de SF é imprescindível para o êxito das ações. Esse espaço das reuniões favorece o funcionamento dialógico e integrado do apoio com a equipe de saúde a qual pressupõe tomá-la como um espaço coletivo, que discute casos clínicos, sanitários ou de gestão e participa da vida da organização do trabalho local. Nesses encontros, objetiva-se discutir casos ou problemas de saúde selecionados pela equipe de referência e procura-se elaborar projetos terapêuticos e acordar linhas de intervenção para os vários profissionais envolvidos^(2,7).

O Ministério da Saúde esclarece que é atribuição do apoiador matricial colaborar no planejamento das ações de atenção, vigilância e promoção à saúde, subsidiando as mesmas na construção de planos de intervenção com a equipe SF⁽⁸⁾. Nesse sentido, o apoiador, além de colaborar nas discussões, atua também como um facilitador/educador na reflexão tanto do processo de trabalho *in loco* da equipe SF quanto da articulação desta com a rede assistencial municipal.

Entretanto, além de realizar reuniões com a equipe de SF para discussão e pactuação de ações realizadas na USF, os apoiadores participam da reunião matricial realizada semanalmente nos distritos sanitários do município. Nessa reunião, estão presentes todos os apoiadores do distrito, além de representação de

trabalhadores das equipes de SF, das áreas técnicas da secretaria municipal de saúde (SMS) e da comunidade: *A gente tem as reuniões matriciais que a gente discute algum tema e tem algumas atividades que a gente precisa fazer alguns informes, se tiver algum levantamento, algum questionário (A2). A gente participa de reuniões matriciais semanalmente, onde todos os apoiadores se reúnem e aí, nesse matriciamento, a gente discute temas bem abrangentes (A8).*

Segundo os depoimentos dos apoiadores matriciais, essas reuniões são essenciais para identificação de dificuldades no processo de trabalho e busca de soluções. Salienta-se a importância das reuniões matriciais, onde estão presentes vários núcleos de saberes, para a realização do planejamento da organização dos serviços, pois possibilita cruzamento de projetos e funções sob uma perspectiva de gestão participativa, prevendo-se a construção de momentos relacionais onde se estabelece troca de saberes entre os profissionais de diferentes serviços de atenção envolvidos no cuidado dos usuários⁽⁹⁾. Entende-se por núcleo de saber os conhecimentos específicos de cada profissional, seus domínios técnicos e experiências⁽¹⁰⁾ que ao se articularem com outros saberes se constituirá um campo comum de conhecimento que será capaz de potencializar ações eficazes na resolução de problemas, seja no campo clínico e/ou gerencial.

Nesse enfoque, o trabalho do AM deve, sobretudo, vislumbrar a construção de espaços coletivos que possibilitem a transformação de práticas de saúde que estejam fundamentadas na humanização da saúde.

Subcategoria 2: Gerencial

Outro componente do processo de trabalho do apoiador é o gerenciamento da USF, que consiste no acompanhamento do processo de trabalho de cada setor desse serviço: *então assim, é a demanda que vir, eu chego no horário e eu tenho que acompanhar o processo de trabalho de cada setor; obviamente que a gente vai dar autonomia para que as pessoas façam e desenvolvam o seu trabalho, mas conjuntamente nós estamos ali (A9). Tem as atividades de acompanhamento das ações aqui da unidade mesmo; acompanhar como está sendo a marcação de*

consultas, dos exames, quais os problemas que tem; então tentar de certa forma articular a rede; acompanhar o processo de trabalho da equipe; ajudar com aquilo que eu posso contribuir, quais os problemas, os nós críticos da unidade que muitas vezes são gerados pelo próprio processo de trabalho, e somente o acompanhamento disso faz com que a gente perceba e possa intervir (A10).

Os depoimentos apontam para um processo de trabalho voltado para o monitoramento das atividades realizadas na USF com o intuito de perceber as necessidades elencadas tanto pela equipe de saúde quanto pelo usuário do sistema. Observa-se também que a participação ativa do apoiador no processo de trabalho local é fundamental para a detecção dessas necessidades e, conseqüentemente, na definição de intervenção e articulação com a rede de serviços, caso seja necessário. As equipes de referência e o trabalho do AM funcionam como um novo arranjo que estimula, cotidianamente, a produção de novos padrões de inter-relação entre equipe e usuários, amplia o compromisso dos profissionais com a produção de saúde e quebra obstáculos organizacionais à comunicação⁽²⁾.

Dessa forma, o AM se constitui em uma proposta de articulação da rede de saúde com as USF, permitindo e/ou facilitando o direcionamento dos fluxos da rede, visando à implementação de uma clínica ampliada, favorecendo a corresponsabilização entre as equipes, na promoção da saúde e a diversidade de ofertas terapêuticas através de um profissional que acompanhe sistematicamente as USF⁽¹¹⁾.

Entretanto, os apoiadores, ao mencionarem o monitoramento das atividades realizadas pela equipe de SF, apontam preocupação de acompanhar se o elenco de serviços ofertados é realizado pela equipe. É importante ressaltar que o modo como o trabalho do AM se constitui, enquanto processo gerencial pode fortalecer ou fragilizar as relações de trabalho junto à equipe de SF, no sentido de sugerir atitude fiscalizatória em vez de corresponsabilização do trabalho e de autonomia de sujeitos; estas mais condizentes com a construção de espaços coletivos fundados em processos

de cogestão que devem permear o trabalho gerencial do AM. Contudo, o profissional, na função de AM, deve vencer as barreiras da normatização instituídas no setor e que regem as práticas dos trabalhadores de saúde. Operar as tecnologias na produção do cuidado não se assenta exclusivamente na disponibilidade e uso de tecnologias, do saber estruturado e normatizado. Requer habilidades humanas de reordenar as práticas e redesenhar os microprocessos de trabalho e, sobretudo, a capacidade gerencial de articular estes processos.

É necessário enfatizar que a força na construção compartilhada de tarefas e, posteriormente, na análise das dificuldades de levá-las à prática na busca de ampliar a capacidade de análise e de intervenção das pessoas, tanto sobre o próprio contexto quanto sobre o seu modo de vida e sobre sua subjetividade, reflete um trabalho gerencial voltado para cogestão. Portanto, deve-se considerar o interesse e o desejo da equipe de trabalho, combinar lógicas distintas, colocar os objetivos institucionais em questão, conforme elucidados alguns depoimentos, mas nunca paralisar a ação social em defesa da vida⁽¹²⁾.

Estudo realizado no município de Fortaleza demonstrou que o trabalho do AM, produzido no serviço de saúde, flui melhor quando este "possui uma relevante formação técnica, seja na gerência ou de saúde, atenção para discernir o que fazer nos momentos de confronto grupal; ser agente de mudanças; oferecer suporte, dando limites quando necessário"^(11:393); e, principalmente, quando conduz seu processo de trabalho a partir da horizontalização das relações de trabalho e do compartilhamento de poder.

Outros depoimentos versaram sobre o processo de trabalho gerencial a partir de processos de cogestão de coletivos: *de gerenciamento, a gente sempre procura parceiros dentro das equipes; então assim, a gente sempre delega funções para os profissionais, para os ACS, para dentista, enfermeiro, para estar dividindo as obrigações, as atribuições, isso é a cogestão, a gente está lá gerindo o*

processo, mas a gente tem os participantes, os partícipes da cogestão (A7).

A cogestão implica um modo de administrar que inclui o pensar e o fazer coletivo, sendo uma diretriz ético-política que visa democratizar as relações no campo da saúde^(7,10).

Há alguns conceitos e arranjos organizacionais que possibilitam, mas não garantem a cogestão do trabalho em saúde. Entre eles, vale destacar o esforço para combinarem-se graus de autonomia dos profissionais com definição explícita de responsabilidade sanitária. Segundo essa perspectiva, o planejamento, a avaliação e mesmo eventuais contratos de metas dever-se-ão realizar de modo participativo e com apoio matricial institucional⁽⁷⁾.

Destarte, deve-se compreender o funcionamento da organização do serviço e a sua relação com as necessidades da comunidade; a conformação das decisões e ações a um contexto local; a distribuição de responsabilidade e, conseqüentemente, o compartilhamento de poder e de tomada de decisão; o fortalecimento da equipe, concomitante com a redução do peso da hierarquia e dos procedimentos burocráticos, proporcionando a organização mais flexível; incentivo à inovação e resolução de problemas no âmbito do próprio serviço; intenso sistema de comunicação; maior diálogo e troca de informações, com o objetivo de dinamizar o processo de trabalho⁽¹³⁻¹⁴⁾. Esses aspectos contradizem com os depoimentos que enfatizam, apenas, a delegação de tarefas, onde demonstra uma incompreensão por parte dos apoiadores matriciais acerca de cogestão. Também não foi observada, nos depoimentos, a constituição de processos dialógicos que exigem um processo de cogestão.

Embora se reconheça a utilização de processos de cogestão nos depoimentos dos apoiadores matriciais, ainda há muitas barreiras a serem enfrentadas para sua concretização. Inicialmente, é necessária uma maior compreensão por parte dos apoiadores matriciais sobre

o que seja, de fato, cogestão; posteriormente, o trabalho gerencial dos apoiadores matriciais deverá ser conduzido em espaços coletivos, cujo compartilhamento de poder e dos processos decisórios devem constituir a essência do seu trabalho, colaborando na construção de trabalhadores autônomos e compromissados com as práticas de cuidado humanizado.

Além dos depoimentos já citados, alguns apoiadores matriciais mencionaram a Educação Permanente em Saúde (EPS) como um dispositivo facilitador da reflexão do processo de trabalho da equipe enquanto cuidadora da saúde da população local. Salienta-se que o trabalho do AM propicia um espaço de trocas de experiências e de saberes com outros profissionais da rede básica, sendo uma construção coletiva que favorece a corresponsabilização e a avaliação contínua no tratamento do usuário, como pressupõe a EPS: *Os espaços de formação são uma ferramenta importante para a gente, o espaço da educação permanente porque a gente percebe que muitos profissionais não tiveram, inclusive, o privilégio de passar pelo mesmo processo de formação que a gente, que já trabalha há bastante tempo e já adquiriu alguns vícios de trabalho; então a gente precisa estar se atualizando (A3). Dia da atividade educativa, eu já aproveito para no caso de atividade educativa eu já vou fazer educação permanente (A5).*

A EPS permite desencadear a reflexão crítica dos problemas referentes às ações e à constituição de sujeitos através da estratégia do conhecimento. Dessa forma, a aprendizagem se dá no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. Baseia-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar práticas profissionais em que os problemas identificados na realidade deverão ser problematizados e enfrentados a partir dos conhecimentos e das experiências que as pessoas já têm⁽¹⁵⁾.

Nesse sentido, a dimensão técnico-pedagógica do AM vai demandar uma ação e "apoio educativo com e para a equipe"^(16:41), o que demonstra como o conceito de AM tem uma dimensão sinérgica com o conceito de

EPS, pois o momento de maior disponibilidade de uma equipe para aprender determinado tema é exatamente quando tem um caso sob sua responsabilidade e recebe o apoio de um profissional qualificado⁽¹⁶⁾.

O AM, enquanto um especialista que tem um núcleo de conhecimento e um perfil distinto daquele dos profissionais de referência, pode agregar recursos de saber e mesmo contribuir com intervenções que aumentem a capacidade de resolver problemas de saúde da equipe primariamente responsável pelo caso e que o AM procura construir e ativar espaço para comunicação ativa e para o compartilhamento de conhecimento entre profissionais de referência e apoiadores⁽²⁾.

Subcategoria 3: Assistencial

A dimensão assistencial do AM é aquela que vai produzir ação clínica direta com os usuários⁽¹⁶⁾. Nesse sentido, alguns profissionais relataram: *A gente faz o suporte clínico, então a gente faz interconsultas, consultas com as profissionais, eu faço consulta com as enfermeiras, de puericultura, de pré-natal, de atendimento a adulto, ao idoso; pré consulta, então às vezes a gente se insere no acolhimento e aí algumas coisas que a gente já começa a tentar dar uma resolutividade, ou antes, da consulta com o profissional a gente já faz uma anamnese, um exame físico, a gente tem essa possibilidade (A3). E a gente faz o apoio clínico também, que depende da formação de cada um (A8).*

Apesar de alguns depoimentos revelarem que os profissionais atuam clinicamente de acordo com seu núcleo profissional, é preciso que o trabalho seja orientado pela proposta da Clínica Ampliada: *Tentamos fazer jus a isso e não perder esse foco de vista, porque na verdade esse é um dos maiores objetivos do apoio: fazer a clínica ampliada e, de fato, ela está efetivada na Unidade (A9).*

Essa proposta vem com o intuito de ser um instrumento para que os trabalhadores e gestores de saúde possam enxergar e atuar na clínica para além dos pedaços fragmentados, ao mesmo tempo reconhecendo e utilizando seu potencial de saberes, para relacionarem-se com os sujeitos enquanto protagonistas do seu próprio projeto terapêutico. Ela é um

compromisso ético e radical com o sujeito doente, visto de modo singular em suas diferenças. A proposta então é a do trabalho em equipe para lidar com a complexidade dos sujeitos e a multiplicidade de fatores envolvidos no processo do adoecer⁽¹⁷⁻¹⁸⁾. Nesse sentido, a incorporação da proposta da Clínica Ampliada no AM tem contribuído para que o cuidado prestado ao usuário tenha mais qualidade, o que, por sua vez, corrobora para o fortalecimento das ações no âmbito da ABS.

Responsável pela coordenação do cuidado no âmbito do SUS⁽¹⁾, a organização dos serviços de ABS deve considerar, além da proposta de Clínica Ampliada, o princípio da integralidade como norteador desse processo a qual possibilita a busca contínua para ampliar as possibilidades de apreensão das necessidades de saúde da população. Essa "ampliação deve ser concretizada a partir da perspectiva de diálogo entre diferentes sujeitos e entre seus diferentes modos de fazer e de perceber as necessidades de saúde"^(19:143).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, os depoimentos dos apoiadores matriciais acerca do seu trabalho versaram sobre três aspectos: o primeiro relaciona-se ser o AM um elo entre a equipe SF e a gestão do DS e SMS; o segundo refere o trabalho gerencial; e o terceiro, sobre o trabalho assistencial do AM. Esses aspectos são importantes para o desenvolvimento de práticas de saúde que venham fortalecer a construção de um cuidado integral e humanizado conforme preconiza o SUS.

Contudo, é necessário compreender que o trabalho do AM ainda se encontra em processo de construção em que alguns aspectos ainda precisam ser esclarecidos. Esses aspectos se relacionam, principalmente, na compreensão da política do SUS enquanto direito de cidadania. Para isto, é preciso considerar que o processo de trabalho do AM se dá na relação entre sujeitos com saberes, valores e papéis distintos e que pode ocorrer de maneira dialógica,

devendo o apoiador trabalhar de maneira compartilhada com os outros interlocutores valendo-se tanto de ofertas originárias de seu núcleo de conhecimento, de sua experiência e visão de mundo, quanto incorporando demandas trazidas pelo outro em função de seu conhecimento, desejo e interesses, da mesma forma de procurar criar espaços coletivos protegidos que permitam a interação dessas diferenças.

O (re)conhecimento desses elementos se torna importante para que haja reflexões acerca das técnicas e instrumentos de trabalho utilizados no âmbito da ABS a partir dos diversos atores envolvidos nesse processo, cuja maior finalidade se encontra na construção de um cuidado integral e humanizado.

REFERÊNCIAS

1. Escorel S, Giovanella L, Mendonça MHM, Senna MCM. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para atenção básica no Brasil. Rev Panam Salud Publica. 2007; 21(2-3):164-76.
2. Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad Saúde Pública. 2007; 23(2):399-407.
3. Dimenstein M, Severo AK, Brito M, Pimenta AL, Medeiros V, Bezerra E. O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. Saúde Soc. 2009; 18(1):63-74.
4. Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. Cad Saúde Pública. 1999; 15(2):345-53.
5. Oliveira DC. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. Rev Enferm UERJ. 2008;16(4):569-76.
6. Caregnato RA, Mutti R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso *versus* análise de conteúdo. Texto & Contexto Enferm. 2006;15(4):679-84.
7. Campos GWS. Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde

combinando responsabilidade e autonomia. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010; 15(5):2337-44.

8. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 3.252/GM, de 22 de dezembro de 2009. Aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de vigilância em saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, 23 Dez 2009. Seção 1, p 65-9.

9. Malta DC, Ferreira LM, Reis AT, Merhy EE. Mudando o processo de trabalho na rede pública: alguns resultados da experiência em Belo Horizonte. *Saúde Debate*. 2000; 24:21-34.

10. Campos GWS. Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec; 2000.

11. Bastos ENE, Medeiros JA, Amaral MES, Maerschner RL. O desenvolvimento do papel do apoiador institucional em Fortaleza, Ceará. In: Campos GWS, Guerrero AVP, organizadores. *Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild; 2010.

12. Campos RO. A Gestão: espaço de intervenção, análise e especificidade técnicas. In: Campos GWS, organizador. *Saúde Paidéia*. 3ª ed. São Paulo: Hucitec; 2007.

13. Spagnol CA. Da gerência clássica à gerência contemporânea: compreendendo novos conceitos para subsidiar a prática administrativa da enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm*. 2002; 23(1):114-31.

14. Costa MBS, Salazar PEL. Análisis de la gestión municipal de los servicios de salud. *Rev Enferm UERJ*. 2008; 16(4):465-71.

15. Merhy EE. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. *Interface – Comun Saúde Educ*. 2005; 9(16):172-4.

16. Cunha GT, Campos GWS. Método Paidéia para co-gestão de coletivos organizados para o trabalho. *Org Demo*. 2010; 11(1):31-46.

17. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Humanização*. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

18. Campos GWS, Amaral MA. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007; 12(4):849-59.

19. Braga PP, Sena RR. Cuidado e diálogo: as interações e a integralidade no cotidiano da assistência neonatal. *Rev Rene*. 2010;11(n.esp.):142-9.

Recebido: 28/09/2011

Aceito: 17/01/2012