

Sentidos sobre apoio matricial produzidos por trabalhadores da Atenção Básica do extremo sul do Rio Grande do Sul

Brenda Rodrigues Ongaratto¹, Daniela Barsotti Santos², Ceres Braga Arejano³

Resumo

O presente estudo teve por objetivo analisar os sentidos produzidos sobre a prática do Apoio Matricial por trabalhadores da saúde atuantes na Atenção Básica. Foi realizada uma pesquisa qualitativa amparada pela perspectiva construcionista social. Três grupos focais foram analisados segundo a teoria de produção de sentidos no cotidiano. No primeiro momento, foram realizados grupos focais com trabalhadores de uma equipe Estratégia Saúde da Família (ESF) e Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) separadamente. No segundo momento, foi realizado um grupo focal com ambas as equipes conjuntamente. Os grupos focais foram audiogravados, transcritos, sistematizados e posteriormente analisados. Foram construídos os eixos temáticos: Definições de Apoio Matricial, a Formação para o Apoio Matricial e os Processos de trabalho. Apresentam-se nos resultados, os sentidos produzidos sobre o “compartilhar” ou “passar casos”; a formação insuficiente ou o não reconhecimento da dimensão teórico-pedagógica do apoio matricial; bem como os impasses nos processos de trabalho e soluções para o Apoio Matricial. Destaca-se a importância de se proporcionar espaços para que as equipes da ESF e NASF discutam a respeito do processo de trabalho de forma reflexiva e crítica. O apoio matricial consiste em uma ferramenta rica para que a clínica ampliada se torne mais efetiva.

Palavras-chave

Psicologia. Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família. Apoio matricial.

¹ Graduada em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil; residente do Programa de Residência Multidisciplinar em Saúde da Família na mesma instituição. E-mail: brendaongaratto@yahoo.com.br.

² Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo, Brasil; período sanduíche no Institut National de la Santé et la Recherche Médicale e estágio pós-doutoral em Saúde Coletiva pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Brasil; professora adjunta no Instituto de Ciências Humanas e da Informação da Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: danibarsotti@yahoo.com.br.

³ Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil; professora adjunta na Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: arejanoceres@gmail.com.

Meanings of matrix support produced by Primary Health Care workers in the extreme south of Rio Grande do Sul, Brazil

Daniela Barsotti Santos⁴, Brenda Rodrigues Ongaratto⁵, Ceres Braga Arejano⁶

Abstract

The present study aimed to analyse the meanings of the matrix support practice produced by Primary Health Care workers. A qualitative research based on a social constructionist perspective was carried out. Three focus groups were analysed by the production of everyday meanings theory. In the first moment, focus groups were held with workers from an ESF (Family Health Strategy) and NASF (Expanded Family Health Center) team separately. Subsequently, in the second moment, a focus group was held with both teams jointly. The focus groups were audio-recorded, transcribed, systematized, and later analysed. Three thematic axes were built: Matrix Support Definitions, Education on Matrix Support and Work Processes. The results presented the meanings of “sharing” or “passing” cases; The insufficient training or difficulties to recognize the theoretical and pedagogical dimension of matrix support; as well as the stalemates in the work processes and solutions for Matrix Support. The importance of providing spaces for the ESF and NASF teams to discuss the work process in a reflective and critical way is highlighted. Matrix support is a rich tool for the practice of expanded clinics to become more effective.

Keywords

Psychology. Primary Health Care. Family Health Strategy. Matrix support.

⁴ Graduated in Psychology, Federal University of Rio Grande, State of Rio Grande do Sul, Brazil; resident of the Multidisciplinary Residency Program in Family Health at the same institution. E-mail: danibarsotti@yahoo.com.br.

⁵ PhD in Nursing, University of São Paulo, State of São Paulo, Brazil, with a sandwich period at the Institut National de la Santé et la Recherche Médicale and post-doctoral internship in Collective Health at the Ribeirão Preto Medical School, University of São Paulo, State of São Paulo, Brazil; adjunct professor I at the Institute of Human and Information Sciences at the Federal University of Rio Grande, State of Rio Grande do Sul, Brazil. E-mail: brenndaongaratto@yahoo.com.br.

⁶ PhD in Nursing, Federal University of Santa Catarina, State of Santa Catarina, Brazil; adjunct professor at the Federal University of Rio Grande, State of Rio Grande do Sul, Brazil. E-mail: arejanoceres@gmail.com.

Introdução

A Atenção Básica (AB) brasileira é a porta de entrada para o Sistema Único de Saúde (SUS), caracterizada por um conjunto de ações individuais e coletivas em saúde, regida pelos princípios de Universalização, Equidade e Integralidade. Assegura o acesso universal a todos os cidadãos, com o reconhecimento das diferentes necessidades em saúde, a partir da proposição de ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação (MENDES, 2002). Inspirada pela Declaração de Alma Ata (1978), a AB foi potencializada com a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde pelo Ministério da Saúde em 1991 (BRASIL, 2001). O sucesso do programa na redução da mortalidade infantil, principalmente no Ceará, fez com que fosse implantado o Programa de Saúde da Família (PSF) em 1993 (AREJANO, MARTINS, 2016).

Com a implantação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), o PSF foi renomeado Estratégia Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2006). Consiste na forma prioritária de AB brasileira, sendo permitida por meio dela a criação de políticas norteadoras de ações, além de garantir o repasse financeiro com o esclarecimento do papel dos municípios, estados e União em sua organização. Ela deve atuar junto à clientela adscrita no território, a partir do diagnóstico comunitário, na promoção de ações em saúde que visem o cuidado longitudinal do indivíduo e sua família. Outra premissa da ESF é a de integrar e criar parcerias com instituições e organizações sociais na sua área de abrangência, fortalecendo espaços de construção de cidadania (BRASIL, 2006; ROCHA, CACCIA-BAVA, 2009).

A equipe ESF mínima é composta por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem ou técnicos de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS). Também podem compor essa equipe o cirurgião dentista e auxiliar de consultório dentário ou técnico em higiene dental (BRASIL, 2006; CAMPOS, DOMITTI, 2007). Somente em 2008, com a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), outras profissões da saúde foram incluídas. Os NASF podem variar em relação ao número populacional, também segundo características geográficas e étnicas (ribeirinhas, indígenas, quilombolas). As equipes NASF são compostas por no mínimo cinco profissionais das áreas da Medicina, Assistência Social, Educação Física, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Psicologia e Terapia Ocupacional. A constituição das equipes é regida pelo município de acordo com a sua demanda (BRASIL, 2008).

É preconizado que a equipe NASF execute em conjunto com as equipes ESF a identificação das práticas a serem adotadas em cada área de cobertura, a partir do

reconhecimento do público prioritário, agenciar a humanização e acolhimento aos usuários, desenvolver ações integradas às políticas de educação, esporte, cultura, trabalho, lazer. Além disso, promover a gestão participativa com os usuários pelos conselhos locais e municipais de saúde, elaborar e difundir material educativo sobre a AB, bem como elaborar Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) que possibilitem o acompanhamento multiprofissional e transdisciplinar (BRASIL, 2008).

Essas ações necessitam ser realizadas seguindo a lógica do Apoio Matricial (AM), na organização dos processos de trabalho com favorecimento da corresponsabilização dos atores envolvidos, em oposição à lógica de fragmentação do cuidado (OLIVEIRA; CAMPOS, 2015). O AM objetiva vislumbrar possibilidades para a clínica ampliada e a conexão dialógica entre as distintas especialidades e profissões, propiciando suporte assistencial e técnico-pedagógico. Busca-se, nessa lógica, superar os sistemas hierárquicos verticalizados que atuam por mecanismos de referência e contrarreferência (CAMPOS, DOMITTI, 2007; CUNHA, CAMPOS, 2011; CASTRO, CAMPOS, 2016).

O AM implica na construção de PTS com articulação de três componentes: 1. atendimentos e intervenções conjuntas entre especialista matricial e profissional da equipe de referência; 2. atendimento ou intervenção apenas do apoiador matricial, mantendo contato com a referência, ou 3. A troca de conhecimentos entre equipe de referência e especialistas matriciadores (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Espera-se que o AM produza o efeito Paideia, no sentido de potencializar os compartilhamentos de saberes e aprendizagens significativas na compreensão de si, dos outros e do contexto. Com a contribuição para o desenvolvimento de habilidades na tomada de decisões, manejo de conflitos e relações. Compreendida enquanto metodologia, a Paideia ainda participa dos espaços de gestão, pelo apoio institucional e ampliação dos espaços de cogestão. A diretriz do apoio institucional é a democracia institucional e a autonomia dos sujeitos, que compõe o processo saúde-doença-cuidado. O que implica na construção de espaços coletivos participativos de sujeitos com diferentes interesses e papéis sociais (CAMPOS, 2000; CAMPOS *et al.*, 2014).

A metodologia Paideia relaciona-se à clínica ampliada, a partir das relações entre serviços e a comunidade, com a premissa de substituição do modelo tradicional de clínica centrado na doença. A clínica ampliada foi prevista inicialmente na Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (BRASIL, 2008). Segundo Campos *et al.* (2014), essa clínica necessita de uma tripla ampliação. A primeira se refere ao conceito de objeto de trabalho, ao considerar as fragilidades subjetivas e as redes sociais dos sujeitos para além da

doença. A segunda ampliação relaciona-se ao objetivo do trabalho para além da prevenção, cura e reabilitação, necessita desenvolver graus de autonomia e autocuidado. E por fim, a terceira diz respeito aos processos de trabalho em relações horizontais e interdisciplinares.

Araújo e Galimberti (2013) estudaram como se dava este processo de colaboração interprofissional em equipes NASF no nordeste brasileiro. A pesquisa qualitativa destacou o suporte aos apoiadores, o estresse e os conflitos no ambiente de trabalho, bem como a racionalidade da organização dos processos de trabalho como aspectos que precisavam ser aprimorados. O AM pode ser experimentado como um desafio aos profissionais que precisam adequar sua postura para atuar nessa perspectiva.

Campos e Domitti (2007) destacaram obstáculos para a efetividade do AM. Uma barreira consiste no caráter político e de comunicação, pois se tem a premissa de que o AM aconteça na coletividade, seja em cogestão, seja enquanto democracia institucional, podendo encontrar oposição em espaços compartimentados e hierarquizados. Outro obstáculo é de ordem subjetiva e cultural, quando se espera que os profissionais estejam preparados para receber e fazer críticas na tomada de decisões compartilhadas na construção dos PTS. A questão ética também se faz presente quando se considera a utilização do prontuário compartilhado com outros profissionais. Por fim, é apontado o obstáculo epistemológico que permeia a visão de saúde-doença dos profissionais.

Uma pesquisa de método misto, realizada no sudeste brasileiro com 206 profissionais de saúde, analisou a percepção acerca da formação para o AM. A avaliação dos trabalhadores desvelou críticas com relação à falta de investimentos em processos de formação, bem como a percepção que os espaços de formação não eram suficientes para superar as dificuldades encontradas na prática (CAMPOS, OLIVEIRA, 2017).

Em 2017, a nova PNAB redesignou os NASF para Núcleo Ampliado de Saúde da Família, sendo destinadas a esses núcleos outras atribuições, como o atendimento das equipes das Unidades Básicas de Saúde (BRASIL, 2017). Observa-se que a AB, desde a implantação do SUS, é permeada pela dinamicidade das demandas cotidianas, desafiada pela proporção continental de nosso país, bem como pelos cenários de diversidade e desigualdade social. A formação profissional, a organização da gestão, os aspectos subjetivos e culturais de cada trabalhador da saúde repercutem no processo de trabalho na ESF (TESSER, 2017). Portanto, é necessário que os trabalhadores de saúde estejam em constante reflexão sobre suas práticas e a resolutividade dos casos em sua atuação. Conhecer os sentidos produzidos por eles pode contribuir para o fomento de práticas reflexivas no AM. O presente estudo teve por objetivo

investigar os sentidos produzidos por trabalhadores da saúde atuantes na AB sobre a prática do AM em seus processos de trabalho.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa a partir da perspectiva construcionista social para análise de produção de sentidos no cotidiano. Essa perspectiva propõe a problematização da noção de realidade ao considerar que tanto o pesquisador quanto o objeto de pesquisa estão situados no tempo e no espaço (SPINK; FREZZA, 2013).

A produção de sentidos no cotidiano é uma prática social vista como fenômeno sociolinguístico, sendo os discursos orientados a partir de prescrições e regras dos significados socialmente compartilhados (SPINK; MEDRADO, 2013). Como estratégia para o acesso aos discursos sobre o AM, foram realizados grupos focais que buscam facilitar a expressão de diferentes opiniões, possibilitando debate e mudanças de posicionamentos entre os participantes. Cria-se um espaço de reflexão e de reconstrução de opiniões individuais com facilitação do processo dialógico em que os sentidos são produzidos (FLICK, 2009).

A pesquisa foi realizada em um município de médio porte no extremo sul do RS. Atualmente, possui 25 UBSF, onde estão distribuídas seis equipes NASF e 36 equipes ESF que cobrem 61% da população. Participaram os profissionais de saúde que compõem duas equipes atuantes em uma UBSF. A equipe do NASF composta por psicólogo, educador físico, assistente social, nutricionista e fisioterapeuta, e equipe ESF integrada por enfermeiro, médico, técnico de enfermagem e cinco ACS.

Inicialmente foram realizados dois grupos focais, um com a equipe NASF e o segundo grupo com uma equipe de referência ESF que é apoiada pelo referido NASF. O terceiro grupo focal aconteceu com ambas as equipes reunidas após a análise dos grupos anteriores. Todos os grupos foram conduzidos pela pesquisadora principal com apoio de um co-coordenador. Eles foram audiogravados e guiados por um roteiro temático. Foram elaborados mapas de associação de ideias dos principais momentos interativos dos grupos transcritos. Foram construídos eixos temáticos que permitiram analisar os sentidos produzidos sobre o AM (SPINK, FREZZA, 2013). Conforme a resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, parecer 48/2019, CAAE 09145019.0.0000.5324 (BRASIL, 2012).

Resultados e Discussão

Os grupos focais aconteceram entre junho e julho de 2019, em sala reservada na UBSF, com duração média de 50 minutos cada. No primeiro momento, o grupo com a equipe ESF teve a participação da enfermeira, a médica e cinco ACS; já no grupo focal com a equipe NASF, participaram a psicóloga, o assistente social, a fisioterapeuta e o educador físico. No segundo momento, com as equipes reunidas, houve a presença da médica, da enfermeira, duas ACS, da psicóloga, do educador físico e da assistente social. São apresentados a seguir, os eixos temáticos que foram construídos a partir da sistematização dos materiais.

O primeiro momento: grupos focais com as equipes ESF e NASF

Definição de Apoio Matricial

Com relação à explicação do conceito de AM, os membros do primeiro grupo expressaram um sentido de ajuda, de oferecer suporte à equipe de referência: ‘Eu acho que é um **suporte** às demandas que acontecem na unidade’ (grupo 1); ‘Eu acho que esse é o espaço que a gente **busca uma ajuda mais especializada** para pessoa’ (grupo 1).

Já no grupo 2, composto pela equipe NASF, o conceito foi relacionado ao compartilhamento de casos: ‘Eu entendo apoio matricial como espaço de **compartilhamento** dos casos, daqueles que a equipe, sozinha em seu território, não consegue dar conta, então traz para discutir, compartilhar com a equipe do NASF’ (grupo 2); ‘Como esse caso de hoje que **vou passar** no próximo matriciamento, nem que seja uma avaliação, uma única consulta, uma única abordagem’ (grupo 1).

O termo ‘compartilhar’ presente nos discursos tem o sentido de corresponsabilização dos casos, seguindo a lógica do AM. Se tem o entendimento de que ainda que sejam situações que envolvem intervenções específicas do profissional do NASF, se espera que a equipe de referência participe na definição das ações e na sua avaliação, com vistas ao aprimoramento do seu próprio fazer em saúde (BRASIL, 2013). Esse compartilhamento possibilita a clínica ampliada e o diálogo entre os diferentes núcleos de conhecimento (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

É importante destacar os sentidos produzidos no ‘compartilhar’ e ‘passar casos’, com o entendimento de como esses termos se inserem nos discursos dos profissionais de saúde. Embora apresentem significados díspares, cabe investigar se os profissionais teriam a

percepção do impacto dessas diferenças na prática profissional. O “passar casos” implica uma lógica de encaminhamentos que desobriga da equipe a responsabilidade pelo cuidado, no momento em que o caso começa a ser acompanhado por outros profissionais.

Tal lógica também remete a uma formação voltada para a atenção em saúde fragmentada, enquanto o compartilhamento de casos é compatível com a metodologia Paideia. Não é coincidência que a ideia de compartilhamento esteja presente no discurso do grupo realizado com a equipe NASF, tendo em vista que esses profissionais organizam seu cotidiano de trabalho a partir do AM. Já a equipe ESF, possui uma organização de trabalho que se dá de forma mais setorial, dentro dos núcleos profissionais.

Formação para o Apoio Matricial

Os discursos de ambos os grupos destacam a percepção de terem recebido uma formação insuficiente para dar conta do contexto prático. Esse fato corrobora com os achados de Bispo Junior e Moreira (2017) a respeito da percepção de profissionais do NASF e ESF sobre a formação para o AM, enquanto processo formativo frágil que gera incompreensões, expectativas irreais sobre o trabalho e conflitos entre aqueles que deveriam ser parceiros.

A formação profissional é prevista como um desafio à implementação do NASF, visto que comumente os profissionais de saúde não receberam formação nas graduações e pós-graduações em saúde para trabalhar nessa lógica (BRASIL, 2013). Ainda nesse sentido, destaca-se o papel das secretarias municipais de saúde na oferta de formação que enriqueça os espaços de discussão criados pelos próprios profissionais (CAMPOS; OLIVEIRA, 2017).

A estratégia principal para formação dos profissionais do SUS é a Educação Permanente, definida como aprendizagem significativa e efetiva para a transformação das práticas profissionais. Ela propõe que os processos educativos ocorram a partir da problematização dos processos de trabalho, considerando as dificuldades reais encontradas no cotidiano (BRASIL, 2007). Ressalta-se que um fator dificultador para a reflexão da prática profissional é o excesso de demanda percebido pelas equipes: “Tu já pegas o olho do furacão. O filé já ficou lá atrás, tu ficas com a carne de pescoço, mas acho que é altamente tóxico, eu vejo muito mais os profissionais da linha de frente adoecendo, uma demanda imensa na ponta, muitas vezes se cobrando, colocando no colo” (grupo 2).

Uma das possibilidades para modificar as percepções de uma formação insuficiente pelos profissionais de saúde pode vir de parcerias com os Núcleos Municipais de Educação e Saúde Coletiva, que possuem como um de seus objetivos a formação, a qualificação e o

aperfeiçoamento dos trabalhadores da saúde. Interessante destacar que ao longo dos grupos, nenhum participante mencionou esse núcleo como referência em educação permanente.

O tempo de atuação na estratégia foi percebido como um fator que influenciaria no processo de formação dos profissionais, pois aqueles que estariam atuando desde a implementação do NASF no município passaram por momentos de formação: “Só esse período anterior realmente à implantação do NASF. [...] Eram três equipes inicialmente, eles faziam os estudos, mas também só a partir daquele primeiro caderno” (grupo 2).

Ceccin (2005) ressalta a importância dos encontros formativos para que se possa chegar a consensos e estratégias efetivas para o enfrentamento de problemas cotidianos. Destaca ainda que muitas capacitações não são efetivas por estarem descontextualizadas e se embasarem apenas na transmissão de conhecimentos. É preciso pensar se esses encontros ocorrem no município estudado, tendo em vista que tais estratégias só serão efetivas se forem compreendidos os sentidos que os diferentes atores atribuem aos processos formativos. É possível que os momentos de educação permanente estejam ocorrendo no cotidiano desses profissionais e eles não atribuem o sentido de formação.

Quando os participantes do primeiro grupo foram indagados sobre o significado da metodologia Paideia, foi observada uma expressão de estranhamento: “Eu já ouvi esse nome, mas eu não sei dizer absolutamente nada do que que é” (grupo 1). No segundo grupo, também foi percebido um desconhecimento a respeito da metodologia. Uma das integrantes referiu que já “teve algum contato” e outro participante afirmou ignorar o termo.

Destaca-se o conceito do quadrilátero da formação na área da Saúde, que se fundamenta na gestão setorial, no ensino, nas práticas de atenção e no controle social. Essas concepções buscam incentivar o protagonismo dos sujeitos implicados no processo e a pensar em uma formação responsável, construindo caminhos e operando mudanças no processo de formação a partir da noção de um cenário dinâmico (CECCIM; FEUERWERKER, 2004). Se faz necessária a organização da gestão para se pensar os espaços de educação permanente, buscando o fortalecimento de sua implementação para um AM efetivo, que leve em consideração as premissas da metodologia Paidéia.

Processos de trabalho das equipes

O AM pode se dar na forma clínica-assistencial e na técnica-pedagógica, sendo a dimensão assistencial aquela que vai produzir a ação clínica direta com os usuários, e a forma técnico-pedagógica que proporciona o apoio educativo com e para a equipe de referência (BRASIL, 2009). A atuação clínico-assistencial foi enfatizada pelos dois grupos e pouco se falou sobre o técnico-pedagógico: “só que essa questão política e de financiamento do país ele

acaba diminuindo os recursos, então não se tem como trabalhar como seria o ideal, a gente acaba só atendendo mesmo” (grupo 2); e

a dificuldade é essa, o tempo limitado, até em questões de consultas. Porque a gente sabe, tem meses que são poucos matriciados, em compensação tem outros que são muitos. E aí, vocês têm as diárias, né. Então, ou **vocês têm que se apertar pra dar conta de todo mundo, ou vocês têm que fazer coisas mais rápidas**, de repente deixando escapar alguma coisa. (grupo 1).

Os relatos remetem ao excesso de demanda que impossibilita a equipe ESF refletir sobre seu processo de trabalho. A equipe NASF referiu estar com o número máximo de equipes ESF cadastradas, sendo possível que a alta demanda dificulte a atuação dentro no apoio pedagógico. Alguns participantes ainda afirmaram que as reuniões de matriciamento eram os únicos momentos em que a equipe de referência conseguia trocar informações a respeito do caso que estava sendo matriciado: “É então, **na reunião acaba que a gente vai debatendo**, não é nem equipe versus NASF, **dentro da própria equipe mesmo**, às vezes a gente acaba descobrindo outras coisas no momento da reunião mesmo” (grupo 1).

Essa questão também aparece na perspectiva da equipe NASF, apontada como uma dificuldade do processo de matriciamento com a equipe de referência. Alguns casos matriciados eram pobres em informação: “Eu ia falar similar assim, de que também **muitas vezes ainda não se tem esse compartilhamento, é pobre em informações**” (grupo 2).

Entre os discursos, foi possível notar falas sobre os processos de trabalho ideais, segundo a metodologia Paideia, e a realidade do que se pode fazer com o excesso de demanda percebido pelas equipes. A sobrecarga dificulta a discussão de casos de modo reflexivo, com o compartilhamento de responsabilidades efetivo e a atuação na esfera técnico-pedagógica. Interessante destacar que nesse ponto do grupo nota-se uma tensão entre os integrantes, como se estivessem “denunciando” a equipe de referência.

Campos e Domitti (2007) apontam que a predisposição para receber e fazer críticas é importante para a realização do trabalho interdisciplinar. O processo reflexivo constante permite que as críticas não sejam compreendidas como denúncias ou ameaças para a integridade do grupo. Tais entendimentos podem dificultar a identificação e superação de problemas, além da realização de um apoio efetivo. Tem-se a impressão de que os grupos focais propiciaram momentos inéditos de reflexão sobre o processo de trabalho.

O segundo momento: os sentidos sobre o apoio matricial

A partir da análise dos grupos anteriores, buscou-se estimular a dialogicidade acerca das temáticas destacadas anteriormente, com a revisão de alguns posicionamentos sobre o AM.

“Compartilhar” ou “Passar casos” no Apoio Matricial

Neste terceiro grupo, os membros das equipes ESF e NASF foram questionados a respeito dos entendimentos sobre o “compartilhar” ou “passar casos” na lógica do AM. Ao longo da interação, fica clara a diferença que os participantes fazem sobre estes sentidos. Observa-se um consenso sobre o uso de “compartilhamento” dos casos nos matriciamentos. No entanto, os participantes da equipe ESF ainda expressavam o termo “passar casos” com o sentido de atribuição de uma incumbência a outrem, nesse caso para a equipe NASF. Por mais que alguns participantes destacaram a diferença implícita no emprego de cada expressão, pode-se considerar que a utilização do termo “passar casos” marca uma discrepância de pontos de vista sobre o processo de trabalho.

Percebe-se que a questão suscitou reflexão entre os integrantes do grupo. Em um determinado momento, uma participante corrigiu a utilização do termo. Vale pensar se essa modificação no discurso, percebida a partir da interação entre os integrantes do grupo, produziu outros sentidos no âmbito da prática profissional: “e aí existe também essa questão de tu tentar muitas vezes ver se tem necessidade ou não e **tentar convencer aquela pessoa quando não é o caso de passar pra um especialista do NASF a não ser passa/compartilhado, enfim**” (grupo 3).

A “formação insuficiente” ou o “não reconhecimento da dimensão teórico-pedagógica do Apoio Matricial”

Com relação à formação, foi identificado nas falas, que os profissionais consideram que ela influencia diretamente no processo de trabalho, tendo em vista a rotatividade dos profissionais e a necessidade de uma educação permanente.

É, porque a gente está sempre trocando, né? Existem trocas de profissionais na equipe, existe entrada de novas pessoas que, muitas vezes, nem são da estratégia e que **não estão acostumadas com a ferramenta do apoio**

matricial. E até pra gente que está diariamente utilizando a ferramenta, quantas vezes a gente se dá conta que o trabalho não está acontecendo da forma adequada, perante a proposta de matriciamento (grupo 3).

Foi possível perceber que o próprio grupo serviu como um espaço de educação permanente, pois, em muitos momentos, esperava-se que houvesse discussões ampliadas no sentido de identificação e busca de soluções para possíveis problemas. Ainda assim, houve troca de conhecimento entre as equipes e discussões sobre os sentidos da lógica do AM entre os integrantes.

Nos dois primeiros grupos, houve relatos sobre o desconhecimento das equipes a respeito da metodologia Paideia. No segundo momento, com as equipes reunidas, a pesquisadora fez uma breve conceitualização e perguntou se as equipes entendiam seu processo de trabalho como Paideia: “Eu acho que a gente está bem nesse caminho realmente, que **a gente faz mesmo sem saber que é a metodologia Paideia**, se trabalha bem nesse sentido” (grupo 3).

Por mais que os participantes desconhecassem o significado de Paideia, compreendeu-se que o trabalho vinha se dirigindo de forma a cumprir com as expectativas e premissas dessa metodologia.

Os impasses nos processos de trabalho e soluções para o apoio matricial

Nos dois primeiros grupos foi identificado um discurso de que o matriciamento era prejudicado pela falta de momentos prévios de discussão das equipes e a descrição vaga dos casos. Com relação a essa situação, no terceiro grupo, houve um momento em que a equipe de referência sugeriu que o ideal para a realização do matriciamento seria a organização de um “pré-NASF”, descrito como um momento para a equipe de referência discutir e compartilhar o caso entre si, antes do matriciamento. O “pré-NASF” foi entendido como uma possível solução para o excesso de casos matriciados e para reduzir o foco do que foi denominado “assistencialismo clínico”: “É um pré-NASF que eu acho que a gente conseguiria abordar mais essa questão. Mesmo assim, vamos dizer, teórica, do que só **o assistencialismo clínico** [...] para chegar no matriciamento com a coisa mais já elaborada” (grupo 3); e

Isso aí é bem importante, porque a gente já discute sobre o mesmo aspecto de vocês. Assim, se tivesse esse pré-NASF que vocês falam, **às vezes alguns casos nem viriam para matriciar**, porque dentro da equipe técnica diz, não, pera aí, não é assim, então não vamos matriciar, vamos deixar aqui, vamos tentar fazer isso e depois ver com o NASF (grupo 3).

O caderno 39, embora não utilize o termo “pré-NASF”, reforça a importância das reuniões de equipe ESF. A “organização inicial das equipes de AB para definição de casos, demandas e propostas para matriciamento” é considerada uma “condição para organização das atividades” (BRASIL, 2013, p. 55).

O grupo também foi questionado a respeito dos casos em que, mesmo após constatado que não há necessidade de matriciamento, o usuário insiste em um encontro com o profissional do NASF: “Perde o sentido, né, tu entras em confronto com o paciente. No plantão mesmo também, é aquela coisa, ‘é meu direito, o SUS é para todos’, e chega um ponto que tu dizes, ‘tá, tudo bem’” (grupo 3).

Os participantes comentaram sobre essa dificuldade e como se sentiam diante dos casos em que isso ocorre. Um dos integrantes da equipe NASF compartilhou um dos casos matriciados que, na sua concepção, não era adequado: “Vou fazer um gancho na tua exposição... já foi matriciado para nós, [...] um paciente de 18, 19 anos, que tinha entrado na academia e pediu para fazer uma prescrição para ele de suplementação em uma unidade de saúde” (grupo 3).

Nesse momento do grupo focal, outros integrantes da equipe NASF agitavam-se em suas cadeiras, emudecidos, denotando certo desconforto diante da colocação do colega. O que reforça a importância de se gerar discussões sobre esses aspectos para que as equipes entrem em consenso a respeito de fatores importantes no processo de matriciamento. Esse momento foi importante para o compartilhamento de experiências e para possibilitar o desenvolvimento da empatia entre os integrantes, a partir do entendimento do papel que cada equipe ocupa no processo de matriciamento.

Perguntou-se sobre quais critérios eram utilizados para a escolha de casos a se matriciar. Apenas a equipe de referência se colocou, afirmando que buscam perceber até onde podem ser resolutivos nos casos: “Geralmente procuro ver até onde eu consigo auxiliar o paciente. Ser **resolutiva na minha atuação**, e quando eu tenho necessidade de ter outro atendimento, outro olhar, outro apoio, eu compartilho e busco o apoio do NASF para isso” (grupo 3).

Ressalta-se que os integrantes da equipe NASF não se posicionaram nesse momento interativo. Tem-se a perspectiva de que seria uma construção compartilhada, ao sugerir pactuações iniciais entre NASF e as equipes matriciadas, como o estabelecimento de critérios para casos que necessitem de acompanhamento individual e os casos de urgência, por exemplo (BRASIL, 2013). Destaca-se, ainda, que ao longo dos grupos focais não foram identificados discursos sobre relações verticalizadas entre os trabalhadores das equipes.

Contudo, se nota menor entrosamento e participação nos relatos sobre os exemplos cotidianos do AM.

Considerações finais

Os momentos interativos dos grupos focais possibilitaram analisar os sentidos produzidos pelos trabalhadores da saúde sobre o AM e seus processos de trabalho. Ainda é necessário “acertar os ponteiros”, como mencionado por uma participante, para que se desenvolva um AM efetivo e rico em compartilhamento de casos na perspectiva da clínica ampliada.

Observam-se alguns tensionamentos nos grupos, ressaltando a necessidade de proporcionar momentos para pensar o processo de trabalho, o que pode dificultar a identificação e elaboração de estratégias para superar possíveis entraves. Como limitações do estudo, pode-se destacar a ausência de alguns profissionais nos grupos focais, o que impediu a troca entre todos os membros das equipes. Contudo, tais impedimentos fazem parte da rotina cotidiana de uma UBSF. Por fim, os grupos focais facilitaram momentos reflexivos e que poderiam constituir intervenções importantes para as equipes se houvessem mais encontros.

Esse estudo permitiu perceber a necessidade que as equipes possuem em ampliar os espaços de reflexão a respeito da prática para a implementação de um efetivo AM, que ofereça estratégias ricas para a discussão e aumento nas possibilidades de resolução de casos. Em meio aos diversos sentidos produzidos que repercutem lógicas epistemológicas da Saúde que transitam entre sua abordagem biomédica e ampliada, se vê um cenário em constante transformação, impulsionado pelas mudanças sociais e políticas.

Em janeiro de 2020, houve a publicação da Nota Técnica nº 03/2020, que retira o custeio direto das equipes NASF e dá autonomia aos gestores municipais para conduzir novas “equipes multiprofissionais”. Essa nota é oriunda da Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, que institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da atenção primária à saúde no âmbito do SUS.

O município em que essa pesquisa foi realizada encontra-se em processo de reorganização de uma nova lógica de trabalho embasada pela nota técnica supracitada. No mês de fevereiro de 2020 não houve mais reuniões de matriciamento. Houve a recomendação de que os agendamentos com as equipes multiprofissionais ocorressem em centros de regulação. Diante da transformação das equipes NASF em equipes multiprofissionais, em que há o predomínio da dimensão quantitativa (número de consultas e procedimentos, por período

de trabalho), colocam-se os questionamentos sobre qual seria o risco de voltarmos a vivenciar a fragmentação da atenção e a responsabilização clínica insuficiente e inadequada em relação às necessidades do usuário no processo saúde/adoecimento. Este processo possivelmente extinguirá o AM e transformará radicalmente a AB, produzindo repercussões ainda desconhecidas. Entendemos que o AM contribui para a integralidade do cuidado em saúde, e esperamos que este estudo possa subsidiar reflexões e estratégias para a proposição de uma AB em consonância aos princípios do SUS.

Referências

ARAÚJO, E.; GALIMBERTTI, P. A colaboração interprofissional na Estratégia de Saúde da Família. **Psicologia & Sociedade**, Recife, v. 25, n. 2, p. 461-468, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/vFKZFXT58XWLj6sdKXhDP3w/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 15 maio 2020.

AREJANO, C. B.; MARTINS, S. R. Residência multiprofissional em saúde da família: contextualizando as transformações no campo da pedagogia da formação. *In*: KNUTH, A. G.; AREJANO, C. B.; MARTINS, S. R. **Trajetórias de composição do Sistema Único de Saúde pelas Residências Multiprofissionais em Saúde**. Rio Grande: Editora da FURG, p. 55-74, 2016.

BISPO JUNIOR, J. P.; MOREIRA, D. C. Educação permanente e apoio matricial: formação, vivências e práticas dos profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e das equipes apoiadas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 9, 2017. Doi: 10.1590/0102-311X00108116. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/8dTstJy4fjXWTkTPNkMTgrn/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 16 maio 2020.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 16 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 2.979**, de 12 de novembro de 2019, Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180>. Acesso em: 10 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.996**, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html. Acesso em: 15 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 154**, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html. Acesso em: 17 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436**, de 21 de setembro de 2017. Dispõe aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 16 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Agentes Comunitários de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF**: Núcleo de Apoio à Saúde da Família, Caderno 27, Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf. Acesso em 20 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde Departamento de Saúde da Família. Nota Técnica 3/2020. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/01/NT-NASF-AB-e-Previne-Brasil-1.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2020.

CAMPOS, G. W. S. *et al.* A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. **Interface**, Botucatu, v. 18, supl. 1, p. 983-995, 2014. Doi: 10.1590/1807-57622013.0324. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/DTWSYxgyjHpg9tJfGD5yVkk/?lang=pt> . Acesso em: 17 jul.2020.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e cogestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2000.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia passa gesto do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007. Doi: 10.1590/S0102-311X2007000200016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/VkBG59Yh4g3t6n8ydjMRCQj/?lang=pt>. Acesso em: 15 maio 2020.

CASTRO, C. P.; CAMPOS, G. W. S. Apoio matricial como articulador das relações interprofissionais entre serviços especializados e atenção primária à saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 455-481, 2016. Doi: 10.1590/S0103-73312016000200007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/XpnFPRvjFG3GpdQRLKHnBGF/abstract/?lang=p>. Acesso em: 15 maio 2020.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface** Botucatu, v. 9, n. 16, p. 161-77, set. 2004-fev. 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/jC4gdtHC8RPLWSW3WG8Nr5k/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 17 maio 2020.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, jun. 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/GtNSGFwY4hzh9G9cGgDjqMp/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 jun. 2020.

CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. S. Apoio matricial e atenção primária em saúde. **Saude Soc.**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 961-970, dec. 2011. Doi: 10.1590/S0104-12902011000400013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/JFWjx7YnMz7mcDjFNDpxRcc/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 16 maio 2020.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

MENDES, E. V. **Atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

OLIVEIRA, M. M.; CAMPOS, G. W. S. Apoios matricial e institucional: analisando suas construções. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 229-238, 2015. Doi: 10.1590/1413-81232014201.21152013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/XBVyRj8fpzcc3q6GtXDGCpQ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 maio 2020.

OLIVEIRA, M. M.; CAMPOS, G. W. S. Formação para o Apoio Matricial: percepção dos profissionais sobre processos de formação. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 187-206, 2017. Doi: 10.1590/S0103-73312017000200002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/pnCPdtDKdTjTHLvzgQ8kkrs/?lang=pt>. Acesso em: 15 maio 2020.

ROCHA, J. S. Y.; CACCIA-BAVA, M. C. G. G. A atenção básica na construção da saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 1340-1343, out. 2009. Doi: 10.1590/S1413-81232009000800005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/gfjcLVxwjfrTtWc4X7NP4gd/?lang=pt>. Acesso em: 14 jun. 2020.

SPINK, M. J.; FREZZA R. M. Práticas discursivas e produção de sentido. In: SPINK, M. J. **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. 2. ed. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisa Social, 2013. p. 1-21. Disponível em:

http://www.bvce.org.br/DownloadArquivo.asp?Arquivo=SPINK_Praticas_discursivas_e_producao_FINAL_CAPA_NOVAc.pdf. Acesso em: 22 maio 2020.

SPINK, M. J.; MEDRADO, B. Produção de sentido no cotidiano. *In*: SPINK, M. J. **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano**: aproximações teóricas e metodológicas. 2. ed. Rio de Janeiro, 2013. p. 22-41. Disponível em:

http://www.bvce.org.br/DownloadArquivo.asp?Arquivo=SPINK_Praticas_discursivas_e_producao_FINAL_CAPA_NOVAc.pdf. Acesso em: 22 maio 2020.

TESSER, C. D. Núcleos de apoio à saúde da família, seus potenciais e entraves: uma interpretação a partir da atenção primária à saúde. **Interface**, Botucatu, v. 21, n. 62, p. 565-578, set. 2017. Doi: 10.1590/1807-57622015.0939. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/icse/a/zBhWdfDtYq67F3874K6KY8F/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 15 maio 2020.

Submetido em 16 de outubro de 2020.

Aprovado em 20 de fevereiro de 2021.