



DIMENSÕES DO APOIO MATRICIAL: DISPOSITIVO NA ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO E NA FORMAÇÃO EM SAÚDE

DIMENSIONS OF MATRIX SUPPORT: DEVICE IN THE ORGANIZATION OF CARE AND HEALTH TRAINING

Débora Cristina Bertussi ¹
Maria Paula Cerqueira Gomes ²
Laura Camargo Macruz Feuerwerker ³
Emerson Elias Merhy ⁴

Manuscrito recebido em: 22 de setembro de 2021.

Aprovado em: 18 de outubro de 2021.

Publicado em: 26 de março de 2022.

Resumo

Este artigo pretende explorar duas dimensões do apoio matricial como um dispositivo: na organização do cuidado e na formação em saúde. Trata-se de um relato de experiência produzido a partir das narrativas dos autores com base no recolhimento e problematização de suas vivências nas diferentes redes de atenção à saúde no SUS. O apoio matricial é uma potente estratégia para enfrentar a fragmentação do cuidado e para agenciar a relação entre equipes nos processos de transição do cuidado em saúde. Aproxima os especialistas das equipes da rede básica, criando a possibilidade de discussão conjunta de casos e manejo articulado de situações complexas, aumentando a resolubilidade. Outros efeitos encontrados foram a criação de espaços de produção de educação permanente em saúde entre as equipes e também a potencialização destes espaços de reflexão e troca como cenários de práticas para formação de estudantes de graduação em saúde. A experiência demonstrou que a imersão dos estudantes na dinâmica do apoio matricial foi capaz de problematizar o chamado "currículo colcha de retalhos", experimentando a produção de linhas de cuidado transversais, ampliando o espaço de conversa entre diferentes redes. Produziu conexões vivas entre as equipes em que os usuários ganharam visibilidade, desenhando espaços compartilhados de aprendizagem e de processamento do que se vive. Igualmente, foi possível perceber, a abertura de espaços no cotidiano para reflexão sobre o mundo do trabalho, suas tensões,

¹ Doutora em Ciências, com Pós-doutorado em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Professora na Universidade São Caetano do Sul. Pesquisadora da Linha de Pesquisa Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde e do Observatório de Políticas de Saúde e de Educação.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3138-7159> E-mail: dbertussi@gmail.com

² Doutora em Psiquiatria, Psicanálise e Saúde Mental pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Professora no Programa de Pós-graduação em Atenção Psicossocial e no Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Integrante do Grupo de Pesquisa Micropolítica, Cuidado e Saúde Coletiva e da Rede de Observatórios de Políticas Públicas, Educação e Cuidado em Saúde.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5811-3302> E-mail: paulacerqueiraufjr@gmail.com

³ Doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo. Professora na Universidade de São Paulo. Integrante do Observatório de Análise de Políticas de Saúde e de Educação na saúde.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6237-6167> E-mail: laura.macruz@gmail.com

⁴ Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas. Docente na Universidade Federal do Rio de Janeiro. Membro do Observatório de Políticas Públicas, Cuidado e Educação em Saúde.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7560-6240> E-mail: emerhy@gmail.com



impasses e as produções do cuidado, possibilitando o reconhecimento mútuo dos profissionais e estudantes em um processo cooperativo e muito significativo de aprendizagem.

Palavras-chave: Apoio Matricial; Formação em Saúde; Micropolítica; Cuidado em Saúde; Sistema Único de Saúde.

Abstract

This article intends to explore matrix support as a device operating in two dimensions: in the organization of care and in health education. This is an experience report produced based on the analysis and debate of the authors' experiences in different health care networks in SUS. Matrix support is presented as a powerful strategy used to face the fragmentation of care and to enhance connections among teams in the healthcare transition processes. It brings the specialists closer to the basic network teams, creating the possibility of sharing cases discussions and articulated management of complex situations, improving the quality and resolubility of care. Other effects were the creation of spaces for the production of permanent health education among the teams and also the potentialization of these spaces as practice scenarios for training undergraduate health students. The experience showed that the immersion of students in the dynamics of matrix support was able to problematize the so-called "patchwork curriculum", allowing the production of transversal care lines, expanding dialogue and changes among different health teams. Users' needs gained visibility and were taken into account, fostering dynamic and careful opportunities for learning. Likewise, it was possible to notice the creation of spaces for collective thinking about daily work in health, its tensions, impasses and the potentials, enabling the mutual recognition of professionals and students in a cooperative and very significant learning process.

Keywords: Matrix Support; Health training; Micropolitics; Health Care; Health Unic System.

INTRODUÇÃO

O apoio matricial, proposto na saúde como um dispositivo de intersecção e troca entre equipes/profissionais, geralmente de diferentes serviços, apresenta múltiplas dimensões e cada uma delas ativa agenciamentos variados no campo do cuidado, da gestão e da formação em saúde que se conectam e entrelaçam. Neste material serão trabalhadas duas dimensões consideradas fundamentais, recolhidas a partir das experimentações e experiências no percurso dos autores em suas andanças no Sistema Único de Saúde, quais sejam: o apoio matricial como dispositivo na organização do cuidado e na formação em saúde.

Os modos tradicionais de organizar a atenção à saúde têm esbarrado em problemas recorrentes, entre eles, a persistente fragmentação do cuidado por níveis de atenção. Em geral há uma enorme dificuldade para articular cada um dos âmbitos da atenção à saúde com os demais, empobrecendo a possibilidade de conexões e acessibilidade entre os dispositivos de saúde de um mesmo território. De



forma frequente, o que se vive é uma redução das redes de cuidado à sua dimensão formal, de modo que ganham centralidade os instrumentos/mecanismos de referência e contrarreferência e não o sujeito que demanda um determinado tipo de atenção-cuidado, suas questões e singularidades. Existe também significativa restrição de acesso a segmentos da atenção especializada e a métodos diagnósticos, tanto por haver oferta limitada em alguns campos, como por falta de critérios para solicitação de procedimentos e encaminhamentos. Além disso, há dificuldades de efetivar o trabalho em equipe, persistindo fragmentação do trabalho e desresponsabilização em relação à saúde dos usuários, assim como a perda da dimensão cuidadora dos atos de saúde¹⁻⁶.

Diante desse cenário, a transformação dos modos de organizar a atenção à saúde é considerada indispensável para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e de outros sistemas nacionais de saúde, como os do Canadá, do Reino Unido e da Austrália, por pelo menos duas razões. A primeira, a necessidade de qualificar o cuidado por meio de inovações produtoras de integralidade da atenção, diversificação da utilização das tecnologias de saúde e articulação da prática dos diferentes profissionais e esferas da assistência, melhorando a qualidade do cuidado e sua efetividade. A segunda, há necessidade de adotar maneiras mais eficientes para a utilização dos escassos recursos, considerando que o modelo hegemônico de atenção à saúde – centrado na produção de procedimentos e consultas - implica custos crescentes, particularmente em função do envelhecimento da população, da transição epidemiológica e, sobretudo, da incorporação tecnológica orientada pela lógica do mercado, não sendo capaz de responder às necessidades de saúde da população^{7, 8}.

Para entender essas afirmações é preciso olhar para certo modo de operar os processos de trabalho em saúde. Segundo Merhy et al⁹:

“(...)o trabalhador opera um núcleo tecnológico no seu processo de trabalho, composto por Trabalho Morto (instrumental) e Trabalho Vivo em ato. Os dois formam uma certa razão entre si, à qual chamamos de Composição Técnica do Trabalho (CTT), que pode trazer a hegemonia do Trabalho Morto, quando o modelo assistencial se caracteriza como médico hegemônico, produtor de procedimentos.

A mudança do modelo assistencial pressupõe impactar o núcleo do cuidado, compondo uma hegemonia do Trabalho Vivo sobre o Trabalho Morto, quando então se caracteriza uma Transição Tecnológica, que significa a produção da saúde, com base nas tecnologias leves, relacionais, e a produção do cuidado de forma integralizada, operando “linhas de cuidado” por toda extensão dos serviços de saúde, centrado nas necessidades dos usuários^{9 (p.)}



Dentre os dispositivos que pretendem impactar o núcleo de produção de cuidado à saúde, o apoio matricial e a construção de linhas de cuidado^{10,11} têm se apresentado como duas potentes estratégias utilizadas para enfrentar a fragmentação do cuidado e a virtual impossibilidade de superação das diferentes lógicas de operação da atenção básica e da atenção especializada. Com nomes diferentes (teams without walls, “pathways of care” “which cross over medical specialties”^{12,13}, também no Reino Unido, Canadá e Austrália, essas têm sido estratégias adotadas para qualificar o cuidado e aproximar a atenção à saúde das necessidades dos usuários, sem que eles tenham que se deslocar pelos diferentes âmbitos dos sistemas, em uma peregrinação muitas vezes interminável. Nesta direção, o apoio matricial pode ser entendido como um dispositivo de produção de novas tecnologias para o cuidado capaz de colocar a construção de linhas de cuidado na agenda da gestão do sistema, rompendo com o isolamento da atenção básica e com a hierarquização burocrática das demais redes de atenção.

A produção de atos de saúde é um terreno do trabalho vivo (isto é, um terreno no qual predominam as tecnologias leves – relacionais – em detrimento das tecnologias duras – equipamentos e saberes estruturados). Isso acontece porque a produção de atos de saúde opera sempre com altos graus de incerteza e com grau não desprezível de autonomia dos trabalhadores. É exatamente essa característica que abre grandes possibilidades para estratégias que possibilitem a construção de novos valores, compreensões e relações, pois há espaço para a invenção^{5 (p.502), 2 (p.113)}.

O apoio matricial se apresenta como um dispositivo e uma estratégia que ativa a construção de novos valores acerca dos sentidos do cuidado em saúde. Pode ser potente para agenciar a relação entre equipes, produzindo encontros para combinar e acordar a transição do cuidado em saúde. Ele não é organizado para substituir a atenção especializada; é um modo de organizar o trabalho que, de diversas maneiras, aproxima os especialistas das equipes da rede básica, criando a possibilidade de discussão conjunta de casos e manejo articulado de situações complexas, aumentando a resolubilidade, ainda mais se incorporar o desafio fundamental de incorporar o próprio usuário-cidadão na construção de possibilidades de cuidado.

Outro efeito importante desta forma de organizar o trabalho é a criação de espaços de educação permanente entre as equipes. Ao ampliar os espaços de conversa entre as diferentes redes, produzindo conexões vivas entre as equipes onde os usuários do sistema ganham visibilidade, desenham espaços



compartilhados de aprendizagem e de processamento do que se vive. Abre espaços no cotidiano de reflexão sobre o mundo do trabalho, as tensões, os impasses e as produções do cuidado. Esse processo fortalece o trabalho em equipe e amplia o repertório dos profissionais da rede básica, sem quebrar a lógica do cuidado ou dissolver a responsabilidade pelo enfrentamento dos problemas de saúde. Possibilita o reconhecimento mútuo dos profissionais e um processo cooperativo e muito significativo de aprendizagem.

Assim, o apoio matricial com o sentido de produzir significado para o trabalho em saúde pode disparar processos de Educação Permanente e, com isso constituir e operar espaços de problematização e análise dos processos de trabalho e suas formas de composição, abrindo grandes possibilidades para produzir pactuações e acordos sobre as formas de operar o cuidado nos diferentes territórios onde a vida dos usuários acontece. Tem sido uma estratégia importante reconhecer a potência do cuidado realizado o mais perto possível dos cidadãos de um dado território, o cuidado feito “perto de casa”, nas proximidades. O apoio matricial funciona como ponte e conexão, encurtando a distância entre os saberes, qualifica os encaminhamentos às especialidades, possibilitando novas pactuações em torno dos projetos terapêuticos, porque passam a ser construídos de modo participativo e cooperativo.

Consideramos, então, que o apoio matricial quando produz espaços intercessores como os de educação permanente em saúde, se desenha como ferramenta potente para a construção da gestão democrática e para a produção de linhas de cuidado. São intercessores porque produzem encontros capazes de colocar o pensamento em movimento.

Segundo Deleuze sem os intercessores não há criação e não há pensamento: “(...)O essencial são os intercessores. A criação são os intercessores. Podem ser pessoas – para um filósofo, artistas ou cientistas; para um cientista, filósofos ou artistas – mas também coisas, plantas, até animais, como em Castañeda. Fictícios ou reais, animados ou inanimados, é preciso fabricar seus próprios intercessores”¹⁴ (p.156).

Dessa forma, o apoio matricial constitui-se como dispositivo estratégico para fazer aproximação entre gestor e trabalhador, trabalhador e trabalhador, trabalhador e usuário. Movimento indispensável quando se deseja, ainda por cima, disputar transformações no processo de trabalho e na produção do cuidado em saúde¹⁵.



São muitos e variados os desenhos e os arranjos de apoio que ao longo das últimas décadas vêm sendo implementados no âmbito do SUS. Dentre essas experimentações, podemos destacar: os encontros semanais ou quinzenais entre especialistas (dos centros de especialidades) e equipes da rede básica de um determinado território; visitas periódicas dos especialistas às unidades agendadas de acordo com a necessidade; equipes técnicas de apoio que trabalham permanentemente no suporte a equipes da rede básica; apoio matricial organizado no interior das unidades básicas de saúde; equipes de apoio matricial/multiprofissional para a produção de articulações e conexões entre equipes da rede básica e outros pontos das redes.

A experiência mais antiga de apoio matricial foi a desenvolvida no município de Niterói no estado do Rio de Janeiro, nos anos 90¹⁶. Nessa experiência, equipes multiprofissionais de “supervisão”, semanalmente, apoiavam o trabalho das equipes da rede básica (lá, Programa Médico de Família), desenvolvendo atividades de apoio conforme as necessidades locais. O apoio concretizava-se, assim, de diferentes modos como atendimento e visita domiciliar conjunta, discussão de caso, entre outros.

Em Campinas¹⁷ e Belo Horizonte¹⁸, municípios que já tinham suas redes básicas organizadas de forma consistente, a estratégia de saúde da família foi desenhada a partir de dispositivos para produzir conexão, cooperação e o trabalho articulado entre especialistas das áreas básicas (clínica médica, pediatria, ginecologistas) e as equipes de saúde da família na unidade básica de saúde. Nessa experiência, os profissionais acima se configuraram como os matriciadores das equipes SF.

Já no município de Londrina¹⁹ foram organizadas equipes de apoio técnico que se responsabilizaram pelo acompanhamento sistemático das equipes de atenção básica, possibilitando a gestão compartilhada dos casos complexos e a articulação com os especialistas para os encontros e debates que se fizessem necessários. Iniciaram o processo analisando as filas das especialidades (organizadas por ordem de “chegada”, havendo múltiplos encaminhamentos para um mesmo caso; usuários que não sabiam estar na fila; usuários que já haviam resolvido o problema de outro modo, dentre outras situações). A partir dessa análise procederam uma



revisão ampla de todos os casos e organizaram todos os encontros e discussões necessários para construir de modo compartilhado o manejo dos casos e novos critérios de encaminhamento e acompanhamento. Essa tomada de decisão foi um dispositivo potente para promover a reorganização da atenção, reduzir as filas do ambulatório de especialidades e ampliar a resolubilidade da atenção básica.

Outras experiências foram nomeadas por Bertussi¹⁵ e Bertussi et al²⁰ como apoio matricial rizomático, localizada no município de João Pessoa e o apoio de rede em São Bernardo do Campo. Em João Pessoa, a educação permanente em saúde foi tomada como uma ferramenta central nos processos de apoio para que o trabalhador pudesse se constituir e reconhecer como autor/ator da movimentação do processo de mudança no trabalho e, assim, produzir espaços de múltiplos encontros e de invenção no cotidiano dos serviços.

Em São Bernardo do Campo²⁰, o apoio de rede foi construído para movimentar trabalhadores em diferentes pontos da rede, colocando-os em conexão para o cuidado em diferentes situações. A ideia do apoio como possibilidade de potencializar a equipe em suas ações na UBS, na possibilidade de agenciamento entre equipes, na construção de projetos terapêuticos compartilhados, transição e continuidade do cuidado, na produção de encontros entre trabalhadores de diferentes serviços (da saúde ou não). A ideia que estimulou a criação de todos esses espaços foi produzir visibilidade para as disputas que operam na construção dos projetos de saúde no cotidiano, provocar reflexões e problematizações sobre os modos de cuidado, além da construção de acordos e pactos com base em novos sentidos produzidos para o trabalho e para os problemas.

No panorama internacional, países com sistemas nacionais de saúde universais igualmente tomam a rede básica como um lócus de importância para a organização e continuidade do cuidado à saúde das pessoas e o tema do apoio matricial também tem sido de grande interesse com dispositivos semelhantes implementados²¹⁻²³.

Essa diversidade e multiplicidade de experiências, nacionais e internacionais expressa o reconhecimento de que a produção ativa de encontros, cooperação e pactuação entre trabalhadores dos diferentes âmbitos dos sistemas de saúde é indispensável para produzir integralidade, continuidade e qualidade do



cuidado. É possível verificar que sem o entendimento de que a produção do cuidado é em rede, em parceria, o que se produz de forma frequente é a desresponsabilização e descontinuidade da assistência, na medida em que o “encaminhamento do caso” a um determinado serviço rompe com essa rede, produzindo transferência de responsabilidade a um outro, seja ele serviço ou especialista. O efeito é a impessoalidade e descontextualização, passa ser o caso, a situação e não mais uma existência (rede viva) que tem sua biografia inscrita em uma linha de cuidado transversal à diversas redes.

Os sistemas de saúde têm que se responsabilizar pela garantia de acesso aos saberes e tecnologias necessários em cada situação. O usuário não pode ser “lançado” ao sistema com papéis de encaminhamento em mãos. A produção de redes vivas não se faz com mecanismos de referência e contrarreferência prescritos nos papéis. É preciso preencher os espaços, as redes com relações, com trabalho vivo em ato.

A aposta é que essa produção de encontros, de subjetividades ativas são as chaves para que os trabalhadores de saúde disponham a explorar o universo na busca de novos saberes, ferramentas e estratégias. E essa operação só faz sentido quando dialoga com toda a acumulação anterior que os trabalhadores trazem. Partir dos incômodos, dialogar com o acumulado e produzir novos sentidos, essas são as chaves para a aprendizagem significativa^{20,24,25}.

Com a instituição dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família/NASF²⁶, ampliaram-se ainda mais as possibilidades de organização de diferentes arranjos de apoio matricial às equipes de saúde da família. Mas essa experiência tem recolhido diferentes efeitos e movimentos na produção do cuidado. Uns mais porosos à produção de conexões entre equipes e, portanto, à desfragmentação do cuidado e outros mais impermeáveis, conseqüentemente isolados e fabricantes de procedimentos e consultas, sem levar em conta o saber do usuário.

De todo modo, fica claro que colocar os saberes especializados à disposição das equipes da rede básica tem sido um dispositivo que qualifica o cuidado, fortalece vínculos, a responsabilização e aumenta as chances de participação ativa dos usuários nos seus planos de cuidados. Assim no SUS, temos experimentado viabilidade e factibilidade na criação de arranjos cuidadores que colocam



para conversar diferentes especialidades, profissões, saberes e práticas potencializando as linhas de cuidado.

Podemos afirmar que na formação há também muita dificuldade de se produzir estas redes de conversação e transversalização entre as diferentes profissões, especialidades, saberes e práticas, ou seja, entre os atores envolvidos nos processos formativos em saúde. Uma das dificuldades encontradas na construção de uma formação geral na graduação, como proposto pelas diretrizes curriculares nacionais, é a de definir com precisão a contribuição das diferentes áreas especializadas para essa formação. Pois o ritmo alucinante de produção de conhecimentos específicos e de tecnologias especializadas de diagnóstico e terapêutica desorganizaram os antigos conceitos a respeito do que seria essa sólida formação geral, em termos de acesso a conhecimentos e vivências²⁷⁻²⁹.

A consequência desses movimentos de valorização das especialidades na formação geral dos profissionais de saúde produz o que poderíamos chamar de “currículo colcha-de-retalhos”²⁰. Este arranjo não é capaz de formar nem profissionais com consistente formação geral, nem especialistas, ficando no meio do caminho, deixando o graduando a “própria sorte” para construir, articular e “escolher” os saberes que julgar mais adequados para compor a sua formação para atuar na produção do cuidado.

O efeito destes currículos “colcha de retalhos” no mundo do trabalho em saúde tem sido trágico sob o ponto de vista dos usuários, equipes de saúde e gestão do SUS^{20,29}. Por outro lado, muitas invenções/criações/ inovações tem sido disparadas para fazer enfrentamento destes problemas acumulados na formação dos profissionais de saúde, por exemplo, a inserção desde os primeiros anos dos cursos nas equipes e unidades de saúde da família tem sido uma possibilidade interessante de oferecer aos estudantes a vivência/experimentação da rede básica e a apropriação de uma série de “ferramentas” e tecnologias importantes para qualificar a escuta, identificar necessidades de saúde com um critério mais amplo que o biológico, desenvolver estratégias inovadoras de cuidado, participar da construção de uma equipe etc³⁰⁻³².



Mas, estas experimentações não têm sido suficientes, porque colocar o estudante neste tipo de cenário de práticas não basta. É necessário cuidar dos estudantes nestas conexões com os trabalhadores das equipes de saúde da família e com os usuários e suas famílias. A oferta não pode ser simplesmente estar “lá”, mas estar “lá” com planos para sua inserção. É fundamental criar dispositivos pedagógicos de mediação e acompanhamento do processo de formação, tais como tutorias, preceptorias de campo, núcleo. As instituições de ensino precisam reconhecer que o mundo do trabalho é também uma escola capaz de produzir conhecimento vivo, em ato, junto com todos os atores envolvidos, reconhecendo os diferentes saberes (do usuário, do trabalhador, da família). Aprender a conversar com os usuários, sentir quem são estes usuários, como são suas conexões com a vida também faz parte do percurso formativo, são tecnologias de cuidado que devem ser aprendidas e trabalhadas. É necessário interrogar quando, efetivamente e longitudinalmente, os currículos colocam os estudantes para estar com a vida dos usuários? Esta é uma pergunta a que não temos respostas certas ou erradas, mas devemos colocá-la o tempo inteiro em análise com vistas a problematizar a produção do currículo e construir pistas para sair dessas “tensões” de como fazer o aprendizado na prática.

Um exemplo interessante, criado para lidar com estas tensões acima pode ser encontrado na experiência de um curso de medicina no município da grande São Paulo, ao tomar o apoio matricial na formação como dispositivo pedagógico. Esse recurso permitiu construir certa problematização do que significa o ambulatório no curso de medicina. Nesta vivência, foi realizada uma negociação com alguns especialistas do curso e com o município de atuação dos estudantes, em especial as áreas da gestão de educação e da regulação em saúde. Um dos arranjos produzidos foi identificar a lista de todos os usuários encaminhados para o neurologista nas unidades onde os estudantes do sétimo período atuavam desde o primeiro ano. De forma articulada com a gerente de UBS e as ESF os usuários foram reconvocados para nova avaliação. Nessa avaliação, realizada por duplas de estudantes, em um primeiro momento os todos os usuários da lista foram contactados por telefone. Desses foram excluídos os que mudaram de endereço, os que já haviam resolvido seus problemas de saúde e os que não se propuseram a fazer nova avaliação. A partir de então, construiu-se uma agenda de avaliação para os estudantes em cada



UBS. Essa agenda foi desenhada cuidadosamente de forma que cada atendimento era marcado com um intervalo em torno de 30 minutos. Os estudantes que foram realizar a avaliação neurológica dos usuários tiveram como matriciador um professor de neurologia do curso responsável por acompanhar, supervisionar e por vezes, quando necessário realizar interconsulta com o médico da equipe de saúde da família e a dupla de estudantes.

Ao realizar esse enfrentamento há uma ampliação do próprio entendimento do que pode ser um ambulatório e dos arranjos e ações de cuidado que nele podem ser desenvolvidas. Experimenta-se como ele pode ser organizado com base em processos de trabalho diferentes, de forma a produzir arranjos cuidadores centrados nas demandas dos sujeitos que o procuram e não em consultas individuais e esporádicas. Essa experiência nos indica ser necessário desconstruir este arranjo de ambulatório centrado na consulta individual não só nos cursos de medicina como nas outras graduações em saúde, por produzir uma valorização no modelo biológico em detrimento de outras dimensões presentes no cuidado em saúde tanto individual, como coletivo.

Essa experiência construída e compartilhada por vários, produziu sentido para todos implicados nesse processo. Os usuários sentiram-se cuidados e passaram a solicitar a presença dos estudantes, reconhecidos por eles para dar prosseguimento aos seus atendimentos; os profissionais das equipes da UBS surpreenderam-se não só com a vinculação do usuário, mas também com o efeito que essa organização alcançou, o de “esvaziar” de forma cuidadosa a fila de espera da neurologia; os professores foram surpreendidos com a potência e resolubilidade da ação da especialidade na articulação com a rede básica. Em especial com o efeito não só na organização dos serviços, mas no atendimento aos usuários tão buscado pelos professores para o processo formativo de seus estudantes. Essa experiência possibilitou a todos participarem ativamente de um processo de apoio matricial a essas equipes, ofertando um passo adiante na construção de um repertório indispensável à formação geral de qualidade.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo desse artigo procuramos problematizar algumas das dimensões da formação voltada para as especialidades, sem perder a linha de cuidado e a importância de uma formação generalista. Questões importantes que dizem respeito a dicotomia produzida pela tensão formação generalista versus especializada puderam ser revisitadas com base na experimentação do apoio como dispositivo de formação. Novos sentidos puderam ser produzidos deslocando o debate da especialidade para a especificidade dos núcleos de saberes que precisam ser ativados diante de determinados manejos clínicos. Um dos novos sentidos produzidos é de que não há uma propriedade privada e exclusiva de uma especialidade. Os problemas complexos frequentes são exatamente os que devem ser discutidos por especialistas e generalistas nesse arranjo – um ganho no quesito “descobrir o que é indispensável para um generalista conhecer acerca das especialidades”.

Outro sentido produzido foi o de que a abordagem conjunta permite ao especialista acessar o conhecimento ampliado que a equipe da rede básica tem, ou deveria ter, acerca dos modos de viver a vida do usuário em questão, possibilitando que se construam propostas terapêuticas mais singulares e potentes. Acessar este conhecimento compartilhado e ampliado é sem dúvida um ganho para o estudante, que pode aprender a combinar de maneira mais inteligente e oportuna esses diferentes tipos de saberes.

Um terceiro sentido diz respeito à utilização mais racional dos recursos diagnósticos e terapêuticos, explorando ao máximo a potência do raciocínio clínico na investigação de determinadas situações/problemas. Por fim, outro sentido produzido foi a possibilidade de vivenciar, na prática, a construção compartilhada e em equipe da abordagem integral aos problemas de saúde dos usuários, já que o matriciamento pode possibilitar inclusive a discussão de casos complexos não somente entre especialistas médicos, mas também com outros profissionais de saúde, com a própria participação dos usuários. Os formadores precisam compreender esse novo mundo que vem sendo produzido, tanto para ajudar a produzi-lo, como para inserir esses temas e vivências nos processos formativos.



O que se recolhe dessas experiências e formas de tomar o apoio como dispositivo, é a possibilidade de se produzir espaços intercessores^{5,6,32,33}, isto é, enfrentar de forma compartilhada, tanto pela instituição de ensino como pela rede de atenção, alguns dos problemas no modo como se realizam cotidianamente os atos de saúde para o funcionamento dos serviços segundo o interesse público.

Esses problemas não se resolvem só pelo acesso e não estão relacionados apenas às questões de mudanças e de reformas macroestruturais, mas se referem à micropolítica do processo de trabalho em saúde.

“(...) é fundamental reconhecer que a “força” de todos esses processos é micropolítica e que para a instauração de uma micropolítica a favor da autonomia é necessário operar nos diversos planos em que gestores, trabalhadores e usuários transitam para produzir-se e encontrar-se em mútua afetação na vida e no sistema de saúde.(...) A partir de várias experiências e estudos, é possível perceber que há vários modos de construção das relações entre apoiadores e equipes, de gestores e de trabalhadores de saúde e de trabalhadores e usuários na produção do cuidado. Mais permeáveis aos encontros e aos agenciamentos por eles mobilizados, menos permeáveis, mais provocadores de invenção, mais normativos. (...) O apoio se constitui na micropolítica do encontro entre apoiador e as equipes de saúde, apoiador e equipe de gestão, entre profissões, saberes e desejos, mobilizando distintas ofertas, relacionadas à organização do processo de trabalho e à produção do cuidado, reconhecendo a mútua constitutividade entre a produção e gestão do cuidado”⁶ (p.10).

Assim, o apoio matricial pode operar como dispositivo intercessor para a formação de profissionais de saúde e para a qualificação do cuidado produzido. Nesse sentido ele se desenha como um potente coeficiente de transversalidade ao produzir conexões entre a formação, o cuidado e a gestão. Amplia o olhar sobre o mundo do trabalho e do cuidado em saúde ao convocar todos que participam dessa produção, desse encontro entre alguém que cuida e alguém que demanda um cuidado (trabalhadores, usuários, familiares, gestores, estudantes) a se afetar por aquilo que

⁵ Segundo Merhy“(...) O uso deste termo é portanto para designar o espaço de relação que se produz no encontro de "sujeitos", isto é, nas suas intercessões, e que é um produto que existe para os "dois" em ato, não tendo existência sem este momento em processo, e no qual os “inter” se colocam como instituintes em busca de um processo de instituição muito próprio, deste sujeito coletivo novo que se formou. De posse desta ideia, estamos querendo dizer também que quando um trabalhador de saúde encontra-se com um usuário, no interior de um processo de trabalho, estabelece-se entre eles um espaço intercessor que sempre existirá nos seus encontros, mas só nos seus encontros, e em ato. A imagem deste espaço é semelhante à da construção de um espaço comum de intersecção entre dois conjuntos, ressaltando que este espaço não existe só nesta situação, e nem só na saúde, pois tanto a relação entre dois trabalhadores inseridos em um mesmo processo de trabalho é intercessora, quanto em outros processos de trabalho, que não só o da saúde, também há os processos intercessores.(Merhy.2004.p.11)



podemos chamar de maior multiplicidade/diversidade de “diferença de realidade”³³. Afetar-se por essas diferenças de realidade e incluí-las como matéria prima para a produção das linhas de cuidado é sinônimo de produzir atos de saúde centrado no reconhecimento de que o grau de sofrimento, a instabilidade clínica, o risco de morte, ou a próprias relações que se estabelecem entre usuários e trabalhador(es) de saúde são produzidos de modos muito diferentes e, por isso mesmo só podem ser trabalhadas a partir de suas histórias de vida e de suas formas de viver. Apostar no apoio como dispositivo é reconhecer sua possibilidade de fabricar esses coeficientes de transversalidade capazes de trazer para o centro da cena do cuidado, os modos de vida desses sujeitos.

REFERÊNCIAS

1. Merhy EE. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: Cecílio LCO. (Org). Inventando a mudança na Saúde. São Paulo: HUCITEC; 1994. p.117-161.
2. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R (Orgs). Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: HUCITEC; Buenos Aires: Lugar Editorial; 1997. p.71-112
3. Merhy EE. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde. In: Merhy EE. (org.). O SUS em Belo Horizonte. São Paulo: Xamã; 1998.
4. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2002.
5. Feuerwerker LCM. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. Comunic Saúde Educ. 2005;9(18):489-506.
6. Feuerwerker LCM. A cadeia do cuidado em saúde. In: Marins JJN, Rego S. (org). Educação, Saúde e Gestão. Rio de Janeiro/São Paulo: ABEM/Hucitec; 2011. p.99-113.
7. Araujo JD. Polarização epidemiológica no Brasil. Epidemiol. Serv. Saúde. 2012;21(4): 533-538
8. Vasconcelos AMN, Gomes MMF. Transição demográfica: a experiência brasileira. Epidemiol. Serv. Saúde. 2012;21(4):539-548.



9. Merhy EE, Magalhães Juniro HM, Franco TB, Silva Bueno W. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec; 2003.
10. Martins Junior, F. Análise do processo de implantação do SUS no Brasil. In: Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Convergências e Divergências sobre Gestão e Regionalização do SUS. Brasília: CONASS, 2004. p.62-86.
11. 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.
12. Royal College of Physicians. Teams without Walls: The value of medical innovation and leadership. Report of a Working Party of the Royal College of Physicians, the Royal College of General Practitioners and the Royal College of Paediatrics and Child Health. Endorsed by the NHS Alliance. London: Royal College of Physicians; 2008.
13. Institut for Innovation and Improvement. Literature review concerning effective commissioning to achieve 18 week pathways. London; 2007. Disponível em: <http://www.dh.gov.uk/en/Aboutus/HowDHworks/Servicestandardsandcommitments/DHPublicServiceAgreement>
14. Deleuze, G. Diferença e repetição. Rio de Janeiro: Graal, 1988.
15. Bertussi DC. O apoio matricial rizomático e a produção de coletivos na gestão municipal em saúde [Tese]. Rio de Janeiro: Faculdade de medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2010. 234p.
16. Hubner LCME, Franco TB. O Programa Médico de Família de Niterói como Estratégia de Implementação de um Modelo de Atenção que Contemple os Princípios e Diretrizes do SUS. Physis Revista de Saúde Coletiva. 2007;17(1):173-191.
17. Prefeitura Municipal de Campinas. Câmara Técnica de Especialidades. Documento base para discussão sobre matriciamento. Campinas, mimeo, 2004.
18. Franco TB, Magalhães Junior HM. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: Merhy EE, Magalhães Júnior HM, Rímoli J, Franco TB, Bueno WS. (orgs). O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Unicamp/Hucitec; 2003. p.125-134.
19. Baduy RS. A caixa de ferramentas da equipe gestora municipal de uma secretaria municipal de saúde. Projeto de Qualificação para Tese de Doutorado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Clínica Médica da Universidade Federal do Rio de Janeiro em março de 2008.
20. Bertussi DC, Sundfeld AC, Feuerwerker LCM. Apoio como Dispositivo Visto de Dentro-fora: Potências, Invenções e Desafios. In: Feuerwerker LCM, Bertussi DC, Merhy EE. (Org.). Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. 1ed. Rio de Janeiro: Hexis Editora, 2016. v.2. p. 380-390.



21. NHS Institute for Innovation and Improvement Beyond projects Case studies from the Care Closer to Home: Making the Shift programme. University of Birmingham, Health Services Management Centre, 2008.
22. Kotter JP. Leading change. Boston: Harvard Business School Press, 1996.
23. Walston S, Kimberley J. Reengineering hospitals: experience and analysis from the field. Hospital and Health Services Administration. 1997;42(2): 143-63.
24. Feuerwerker LCM. Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014. (Coleção Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde)
25. Merhy EE, Feuerwerker LCM. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: Mandarino ACS, Gomberg E. (org). Novas tecnologias e saúde. Salvador: EdUFB; 2009. p.29-56.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portaria Nº 1107, de 04 de junho de 2008. Credencia Municípios conforme quantitativo e modalidade definidos, para receber o incentivo financeiro aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF.
27. Brasil/2014. DCN. Resolução Nº 3, de 20 de junho de 2014.
28. Cunha GT. A construção da clínica ampliada na Atenção Básica [Dissertação]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de campinas; 2004.
29. Feuerwerker LCM. Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados. São Paulo: Hucitec- ABEM - Rede UNIDA, 2002.
30. Feuerwerker LCM, Cecílio LCO. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. Ciência. Saúde Coletiva. 2007;12(4):965-971.
31. Pinheiro R, Ceccim RB, Mattos RA. (org.). Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde. 2. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2006.
32. Merhy EE. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Ver-SUS Brasil: caderno de textos. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. p.108-137
33. Guattari, F. A Transversalidade. In: Rolnik S. Revolução Molecular. Pulsações Políticas do desejo. São Paulo: Editora brasiliense.1981.