

Inovação na formação médica:

apoio matricial em programas de residência

José Maurício de Oliveira^(a)
 Edson Malvezzi^(b)
 Renata Lúcia Gigante^(c)
 Everton Soeiro^(d)
 Gastão Wagner de Sousa Campos^(e)

Oliveira JM, Malvezzi E, Gigante RL, Soeiro E, Campos GWS. Innovation in medical education: matrix support in residency programs. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(64):

This study is focused on the application of the Paideia Matrix Support activities in in the Brazilian National Healthy System's medical residency programs. A mixed methods participatory research was conducted in a municipality outside the capital of the state of São Paulo, Brazil, using the following strategies: exploratory questionnaire, participant observation and focus groups applied to "matrix inducers" (preceptors and interns) and "matrix appliers" (health center local teams). The data was systemized via triangulation of its content and analyzed through Paideia's Method theoretical and methodological framework. The participants acknowledged the innovative nature of such practice, resulting in an improvement of pedagogical and healthcare praxis.

Keywords: Matrix support. Paideia methodology. Educational models. Internship and residency. Health system.

Trata-se de investigação sobre a incorporação de práticas de Apoio Matricial Paidéia em programas de residência médica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A partir de pesquisa participativa de métodos mistos, foram utilizadas as estratégias de questionário exploratório, observação participante e grupo focal junto aos matriciadores (preceptores e residentes) e matriciados (equipes locais de centros de saúde) de um município do interior de São Paulo, Brasil. A sistematização do material se deu por meio da triangulação do conteúdo, e foi analisada à luz do referencial teórico e metodológico do Método Paidéia. A percepção dos envolvidos aponta para o reconhecimento de inovação desta prática, resultando na qualificação tanto da práxis pedagógica como da práxis assistencial.

Palavras-chave: Apoio matricial. Metodologia paidéia. Modelos educacionais. Internato e residência. Sistema de saúde.

^(a,b,c,d) Núcleo de Ensino e Pesquisa, Hospital Municipal Dr. Mário Gatti. Avenida Prefeito Faria Lima, 340, Parque Itália. Campinas, SP, Brasil. 13036-220.
 jomauricio@uol.com.br;
 edsonmalvezzi@yahoo.com.br;
 renatagigante@ig.com.br;
 eversoeiro@uol.com.br
^(e) Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP, Brasil.
 gastaowagner@mpc.com.br

Práxis do apoio matricial e práxis pedagógica

A metodologia Paidéia propõe-se a abordar as dimensões: política, gestão, saúde coletiva, clínica e pedagogia. Teve suas primeiras aplicações no SUS na década de 1990 no município de Campinas/SP¹.

A concepção Paidéia tem compromisso com a ampliação da capacidade de as pessoas lidarem com poder, com o conhecimento e com a circulação de afetos de forma simultânea ao fazer diário das tarefas.

O Apoio Matricial é uma das aplicações dessa concepção, e pode ser utilizada na cogestão da clínica como meio de operar as relações interprofissionais entre um grupo de especialistas de um determinado núcleo que apoia especialistas de outro núcleo de conhecimento (equipe de referência). Além disso, essa estratégia também tem sido utilizada como recurso pedagógico para a formação em saúde²⁻⁶. O Apoio Matricial contempla uma dimensão assistencial e outra tecnicopedagógica.

São diversos os autores que apontam a hegemonia do modelo biomédico na formação dos profissionais de saúde, especialmente na de médicos, e a necessidade de mudanças nas concepções do processo saúde-doença no sentido da integralidade do cuidado. Existem vários estudos sobre a utilização do Apoio Paidéia como referencial pedagógico para a estruturação de processos educacionais que visem contribuir para a coconstrução de autonomia dos profissionais de saúde para lidarem com as situações do cotidiano do trabalho.⁷

O Apoio Matricial foi pensado e experimentado como forma para se operar em rede ou em sistemas complexos utilizando-se da lógica da cogestão e do apoio para as relações interprofissionais, substituindo as tradicionais relações burocráticas, hierarquizadas e com grande desequilíbrio de poder.^{1,8-11}

Tem, desta forma, uma dimensão pedagógica que amplia a compreensão do processo saúde-doença-intervenção^{3,4}. Campos¹⁰ afirma que o trabalho em saúde é o exercício de uma práxis, uma vez que acontece por meio de relação entre sujeitos vinculados a uma análise da singularidade do contexto. "Toda práxis é uma atividade de transformação de dadas circunstâncias que nos conduzem a formar novas idéias, que por sua vez nos auxiliam a criar novas circunstâncias"⁴ (p. 933).

Caracterização do cenário

Trata-se de sistema local de saúde, adscrito ao maior distrito sanitário da cidade, onde em 2016 residiam 318.697 habitantes¹², destacando-se, para este estudo, a relação entre o hospital e unidades básicas de saúde deste território.

O hospital, uma autarquia municipal, fundado em 1974, vem se destacando como principal acesso para urgências e emergências do sistema de saúde local, além de ser referência hospitalar e retaguarda de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico para a respectiva região metropolitana.

Desde 2004, é reconhecido pelos Ministérios da Saúde e da Educação como Hospital de Ensino, oferecendo qualificação e especialização na modalidade Residência em catorze programas nas áreas de medicina, caracterizando as atividades de pesquisa e de ensino como prioritárias dentro de sua missão institucional.

Sua principal articulação na rede assistencial se dá com e a partir do referido distrito sanitário, que conta com dezesseis Unidades Básicas de Saúde (UBS). Esta articulação se expressa de diversas maneiras, que vão desde o planejamento conjunto das ações assistenciais, passando pela qualificação dos trabalhadores, chegando à implantação de programas, fluxos e protocolos. A realização de pactos assistenciais e as relações com os demais serviços são mediadas por esta parceria.

Reconhecendo a indissociabilidade entre a produção do cuidado, a formação de pessoas, a produção de conhecimento e a gestão, todos os projetos desenvolvidos têm como objetivo a incorporação do cuidado à visão do sistema de saúde organizado em rede. Este movimento se baseia em iniciativas e políticas dos Ministérios da Saúde e da Educação (MS/ME) que vêm enfatizando que a formação de recursos humanos para o SUS deve incluir como campo de práticas de ensino todos os serviços de saúde que o compõem.

O apoio matricial nos programas de residência médica do hospital

Neste contexto, em 2006, inicia-se no hospital o processo de diversificação dos campos de prática dos residentes, com o objetivo: de ampliar sua compreensão sobre o sistema público de saúde; de identificação dos recursos assistenciais disponíveis; do reconhecimento das necessidades de saúde da população, e de sua inserção como profissional de saúde no cuidado em rede.

O primeiro arranjo decorre do reconhecimento que o especialista médico não deve ter sua formação exclusiva no ambiente hospitalar. Neste sentido, os programas de residência passaram a incluir um novo módulo com atividades em Unidades Básicas de Saúde. Participavam os programas de residência médica de pediatria, clínica médica e cirurgia geral.

Um segundo arranjo teve início a partir de 2009, quando houve a adoção de nova estratégia educacional, o Apoio Matricial, que possibilitou a inclusão dos programas de residência de: ortopedia, urologia, cirurgia plástica, cirurgia vascular e coloproctologia.

A estratégia foi organizada de modo que profissionais das Unidades Básicas de Saúde e as equipes matriciadoras desenvolvessem conjuntamente: avaliações dos encaminhamentos realizados para as especialidades, apresentação e discussão de questões teóricas pactuadas, discussão de casos clínicos, e atendimento conjunto de pacientes previamente selecionados pelas equipes.

Esta organização tem por objetivo promover a aproximação dos profissionais sob a ótica do trabalho multiprofissional e interdisciplinar, ampliando a integração entre os serviços e a qualificação do cuidado na rede de atenção. Operacionalmente, estas atividades ocorrem nas unidades básicas do referido distrito e no ambulatório de especialidades do hospital.

Desde a idéia inicial, sua concepção, planejamento e operacionalização, cada etapa foi construída, monitorada e avaliada em parceria com o referido distrito, tendo sido constituído um grupo gestor para tal. Este processo contou com apoio da diretoria do hospital e, em relação ao distrito de saúde, este projeto foi priorizado e assumido como agenda estruturante e estratégica para a qualificação do cuidado, tendo as UBS se organizado para a incorporação deste novo modelo.

Percurso metodológico

A investigação do Apoio Matricial que os programas de residência médica do hospital realizam no distrito sanitário foi incluída numa proposta de pesquisa multicêntrica com o mesmo objeto, e aprovada por Comitê de Ética em Pesquisa.

A intenção deste estudo foi refletir sobre a especificidade da práxis de Apoio Matricial e práxis pedagógica, que articula preceptores dos programas de residência médica, residentes médicos e equipes de unidades da atenção básica, por meio da compreensão dos sentidos dos acontecimentos que compuseram a dinâmica desse programa, e, com isso, contribuir para sua compreensão, análise e aperfeiçoamento.

Os procedimentos metodológicos utilizados, alinhados com os da pesquisa original, estão no campo das pesquisas participativas de métodos mistos¹³. Para a produção do material empírico, foram utilizadas as seguintes estratégias: estudo quantitativo exploratório; análise histórico-estrutural de documentos oficiais; observação participante; e grupos focais. A interpretação e análise dos achados foram feitas pela triangulação dos dados^{14,15} à luz do Método Paidéia¹¹.

Estudo quantitativo exploratório

O trabalho de campo teve início com um estudo exploratório para identificação do contexto institucional do hospital, do distrito e do próprio funcionamento do Apoio Matricial. Para esta estratégia, foi aplicado instrumento com questões abertas aos preceptores e residentes dos programas envolvidos, cujo material foi sistematizado em um quadro síntese, que utilizou como elementos conceituais aqueles que compõem o objetivo da pesquisa.

Análise histórico-estrutural

Os documentos oficiais para análise histórico-estrutural da atividade de Apoio Matricial dos programas de residência foram obtidos nos sítios institucionais oficiais do hospital e do distrito. Esses dados auxiliaram na escolha da amostra da investigação qualitativa e na construção do contexto institucional. Foi nessa construção que se percebeu o escasso registro sobre sua história. Os poucos documentos trazem a conformação inicial articulada com: os programas de residência médica do hospital, seus campos de práticas na atenção básica e a escolha pela estratégia de cogestão com o respectivo distrito sanitário onde está inserido territorialmente.

Verificou-se, desta forma, a necessidade de se realizar uma ampliação de fontes para a análise histórico-estrutural, que resultou na realização de um grupo focal com informantes-chave. A escolha decorreu do privilegiamento dado à interação entre os sujeitos desse processo¹⁴, visto que a criação desse programa foi dispersa entre vários atores, e que nenhum deteria esse processo de forma completa¹⁶.

A partir desse material, e com a intenção de continuar a aprofundar esse processo interativo, foi produzida uma narrativa com adensamento e destaque às construções e sentidos conferidos pelos sujeitos ao objeto da pesquisa. Num segundo momento, essa narrativa foi apresentada ao mesmo grupo de informantes-chave com a função de validar os dados e produzir efeitos de intervenção com aprofundamentos ou alterações.

Nesta pesquisa, a narrativa foi adotada como recurso participativo de construção de consenso e validação¹⁷. Segundo Onocko-Campos¹⁸, a narrativa construída pelo pesquisador constitui, assim, recurso interpretativo para proporcionar a elaboração de sentidos para o material produzido. Trata-se de uma abordagem construtivista, que não busca somente compreender, mas, também, transformar, propor alternativas e buscar soluções^{18,19}.

Orofino e Oliveira²⁰ afirmam que as narrativas podem ser entendidas como uma forma de o ser humano contar suas histórias e ir organizando uma compreensão da sua própria existência e do mundo que o rodeia. Esses autores apontam que Paul Ricoeur²¹ trata a narrativa como uma invenção da síntese onde objetivos, causas, acasos e possibilidades são unificados temporalmente em uma ação total e completa. E, com isso, lhe atribui os sentidos singulares dos acontecimentos.

Na etapa qualitativa, foram utilizadas as estratégias de Grupos Focais (GF), Observação Participante (OP) e as questões abertas dos questionários.

Observação participante

A OP objetivou obter dados das práticas cotidianas dos encontros de Apoio Matricial, para seu posterior cruzamento com os discursos dos participantes dos grupos focais e com as questões abertas.

Para a realização da OP, foi definida uma amostra intencional²² a partir dos seis programas de residência envolvidos com o Apoio Matricial, sendo escolhidos quatro deles pelo critério de diversidade de práticas: Urologia, Cirurgia Vascular, Coloproctologia e Cirurgia Plástica.

Foram observados três encontros de cada programa numa determinada UBS, no período de dois meses, no segundo semestre de 2015. Além disso, houve um encontro realizado no ambulatório de especialidades do hospital. Para realizar as observações, os pesquisadores se valeram dos mapas conceituais e categorias escolhidos para a investigação, e mantiveram atenção em acontecimentos imprevistos. O registro das observações foi realizado por meio de um diário de campo, sendo este o principal material utilizado para análise.

Com a intenção de acessar a percepção e o discurso dos sujeitos envolvidos diretamente nos encontros do Apoio Matricial a respeito de suas práticas, foi utilizada a estratégia de Grupos Focais (GF).

Grupo focal

Foi realizado grupo focal com apoiadores, preceptores, residentes e equipe matriciada. Todas as pessoas que participaram dos encontros do Apoio Matricial observados foram convidadas. O material foi áudio-gravado e transcrito, sendo sistematizados e analisados segundo núcleos de conteúdo.

Resultados e análise

Com a finalidade de sistematizar os dados coletados e construir sua análise, foi elaborado um quadro síntese com os achados nas estratégias de pesquisa: Observação Participante, Grupo Focal e Questões Abertas do Questionário.

O material obtido a partir desta sistematização foi processado segundo as seguintes categorias analíticas: práxis do apoio; práxis pedagógica; relações entre os sujeitos envolvidos no processo; relações com os usuários; avaliação do processo; resultados do apoio; limites institucionais; e papel intersetorial.

O que apresentamos aqui é resultado da triangulação deste conteúdo, utilizando a concepção teórica e metodológica Paidéia¹¹. O fulcro dessa análise, em consonância com a proposta da pesquisa, utiliza o conceito de cogestão, que preconiza a reforma das organizações de saúde com base no estabelecimento deliberado de relações dialógicas com compartilhamento de conhecimentos, poder e afetos.

Reconhecendo que alguns estavam subsumidos, optou-se por integrar estas categorias em dois itens, identificando a complementaridade entre eles: práxis do Apoio Matricial e práxis pedagógica.

Sobre a Práxis do Apoio Matricial

A atividade do Apoio Matricial é considerada prioritária pelo hospital e pelo distrito sanitário. Reconhecem, nesta atividade, a oportunidade de qualificar a formação dos profissionais por meio dos Programas de Residência Médica envolvidos, ao mesmo tempo em que qualifica o cuidado e fortalece o vínculo na rede de atenção à saúde do município, em especial, com as unidades de saúde do referido distrito.

O Apoio Matricial desenvolvido atualmente envolve: os profissionais das Unidades Básicas de Saúde (UBS), preceptores e residentes das especialidades médicas, por meio de encontros periódicos e regulares, geralmente quinzenais, com cerca de duas horas de duração, que ocorrem durante três meses de cada semestre.

As agendas dos encontros são estabelecidas por especialidade médica, ou seja, os encontros abordam os elementos e aspectos relacionados a uma única especialidade de cada vez, envolvendo a equipe de residentes e preceptores do programa de residência médica correspondente.

Em relação às UBS, a atividade de Apoio Matricial pode acontecer com a equipe de uma única unidade ou em conjunto com outras. Em relação aos profissionais de cada unidade, a participação é definida, sobretudo, pelos respectivos coordenadores destas, tomando-se este coletivo equipe de referência.

Dentro dessa lógica, a equipe de referência é composta por distintos especialistas e profissionais encarregados de intervir sobre um mesmo objeto – problema de saúde –, buscando atingir objetivos comuns e sendo responsáveis pela realização de um conjunto de tarefas, ainda que operando com diversos modos de intervenção²³. (p. 400)

Nessa categoria de análise, o enfoque será nos arranjos organizacionais e nas relações que se estabelecem entre as equipes, observando as possibilidades de realizar-se clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões, e articulação de redes de saúde.

Um dos eixos de conformação do Método Paidéia¹¹ é a gestão democrática e participativa que se concretiza por meio da construção de sistema de Cogestão: “A existência desses espaços é um sinal de democracia. A democracia é, portanto, a possibilidade de exercício do Poder: ter acesso á informações, tomar parte em discussões e na tomada de decisões. A democracia é, ao mesmo tempo, uma construção e uma instituição”¹¹ (p. 41).

Nos achados, há diferentes percepções no que se refere ao planejamento e pactuação dos encontros e exercício do apoio. O planejamento da atividade é realizado pelo Núcleo de Ensino e Pesquisa (NEP) do hospital e pela Coordenadoria Distrital, com participação dos coordenadores de UBS. Esta é uma prática que avança no sentido da cogestão do processo, pois garante espaço de construção coletiva de análise e deliberação sobre a atividade, contudo, não inclui as equipes matriciadas.

Quanto ao local do encontro, estes podem acontecer tanto nas UBS como no ambulatório do hospital. Nesta dinâmica, identifica-se inovação no processo cujo exercício propiciou a emergência de modos de apoio não previstos, tal como a vinda do paciente e da equipe da UBS ao ambulatório do hospital.

Observa-se que uma das primeiras ações do Apoio Matricial é a avaliação feita entre as equipes matriciadora e matriciada(s) da demanda reprimida de encaminhamentos médicos das UBS para os ambulatórios de especialidades ainda aguardando por agendamento.

Nesse sentido, a análise da demanda reprimida pode ser interpretada como um dispositivo com duas intencionalidades primordiais: uma delas a de servir como critério para a escolha da especialidade matriciadora, sendo a especialidade com a maior demanda reprimida a eleita; e a outra seria aumentar a resolubilidade pelo Apoio Matricial, refletindo na qualificação do cuidado ofertada na UBS e possível diminuição da demanda reprimida.

No grupo focal emerge um desconhecimento dos participantes sobre a lógica utilizada para a escolha das UBS, da especialidade e dos profissionais que participarão da atividade do Apoio Matricial. Em decorrência do desconhecimento, surgem dois questionamentos por parte da equipe matriciada: se o critério utilizado para participação dos profissionais é adequado (demanda reprimida para especialistas); e se o Apoio Matricial está respondendo às reais necessidades de capacitação dos profissionais das equipes de referência, com vistas à qualificação do cuidado.

Outra questão elencada no grupo focal diz respeito à intencionalidade do Apoio Matricial. Ainda que se reconheçam a importância e a validade desse processo, emerge o questionamento se o mesmo tem como intenção suprir a falta de especialistas para responder à demanda gerada pela UBS.

“Bom... esses encontros eu acho muito bons, claro. Ter um especialista com quem a gente possa aprender é ótimo. Só uma crítica que é um certo incômodo pra mim, que esses matriciamentos... tem uma demanda deprimida muito grande, então... assim... a sensação que me dá, à princípio, é que a coisa foi feita porque o serviço é ruim. [...] eu fico com essa sensação de política pública de tapa buraco do negócio [...] Se não tivesse essa demanda reprimida pra ir para as especialidades, talvez não tivesse...” (GF)

Nas respostas às questões abertas, emerge a menção à necessidade de pactuação anterior com as equipes, reforçando a participação destas no processo de deliberação. Na Observação Participante, há uma percepção dos pesquisadores de que a pactuação anterior, aquela estabelecida entre hospital e distrito, é implícita e aceita pelos participantes.

Partindo do pressuposto de que, em todo trabalho em saúde, há o encontro entre sujeitos com importantes diferenças em relação aos seus desejos, interesses, saberes e coeficiente de poder, Campos¹¹ destaca que um sistema de gestão participativa depende da construção ampliada e da potência de se estabelecerem consensos e implementarem projetos entre o conjunto de pessoas de um coletivo, de todos os membros de uma equipe de trabalho, e não somente entre sua cúpula.

Para o Método da Roda, o fortalecimento do sujeito e a democratização das instituições são os dois principais caminhos para a reformulação e superação da racionalidade gerencial hegemônica¹¹. Há, neste sentido, a necessidade de reforma das estruturas das organizações e do seu modo de

funcionamento. Reconstruir o modo de pensar e agir das pessoas, mas, também, reformar as normas e estruturas¹¹.

Na OP, verificou-se que as UBS se organizam para o Apoio Matricial, e que as equipes têm conhecimento prévio da atividade. Geralmente, o preceptor coordena o encontro, substituído pelo coordenador da UBS ou apoiador institucional do Distrito quando presentes. Percebemos, ainda, que, no momento do Apoio Matricial, o encontro propriamente dito transcorre em um clima amistoso, de cooperação e disponibilidade entre os participantes. Em ato, as atividades são pactuadas entre os profissionais de forma democrática, conformando um espaço participativo, de elucidação de dúvidas e sensibilização para temas mais significativos, podendo ser percebido um encadeamento das ações na sequência dos encontros. Essa mesma percepção foi manifestada no grupo focal de informantes-chave, conforme descrito no contexto.

A dinâmica é pautada pela troca de saberes e experiências entre os participantes, marcadamente, entre especialistas médicos (especialista-generalista, generalista-generalista). Os participantes reconhecem e respeitam seu papel no sistema. As discussões têm uma lógica da clínica tradicional, referenciada pela discussão de casos.

Neste sentido, há uma aproximação com o apontado por Campos e Domitti²³, quando afirmam que o AM procura construir e ativar espaço para comunicação e compartilhamento de conhecimento entre profissionais de referência e apoiadores, construindo caminhos para um sistema integrado e resolutivo.

A observação da predominância da clínica tradicional pode ser explicada pelo processo de escolha dos casos a serem discutidos. Sua origem ocorre da demanda reprimida de encaminhamentos médicos das UBS para as especialidades.

A conformação das equipes matriciadas compõe, também, este quadro, na medida em que os profissionais participantes não necessariamente guardam relação com os pacientes cujos casos foram escolhidos para o encontro.

Os casos escolhidos, desta forma, ficam descontextualizados do processo de cuidado e focados no agravo não resolvido na UBS.

Outra observação é certa assimetria na relação, com preponderância do saber do especialista. Essa centralidade da Clínica é expressa pelas manifestações de participação de profissionais que se utilizam frequentemente do raciocínio clínico. O paciente está muito presente, mas não se percebe foco na construção da autonomia da pessoa sob cuidado.

Em relação a estes aspectos, uma hipótese é a presença do modelo biomédico preponderante na medicina, e na saúde em geral, em que houve uma crescente divisão do trabalho que dificulta a integração do processo de atenção e cuidado às pessoas. A maioria das especialidades e profissões de saúde trabalha com um referencial sobre o processo saúde-doença restrito. Predominam os filiados à racionalidade biomédica, centrada no biológico e no curativo, o que os leva a pensar e a agir segundo essa perspectiva, tomando o paciente como objeto do conhecimento e da prática^{9,23}.

Ainda que no decorrer dos encontros vá diminuindo a presença dos profissionais não médicos das UBS, fato observado na OP, é reconhecida a importância da participação de toda a equipe no Apoio Matricial, justificada pela compreensão de que a corresponsabilização pelas necessidades dos usuários é atribuição de toda a equipe, favorecendo a qualificação do cuidado, troca de saberes e responsabilização. No GF, a voz dos matriciados refere que há motivação e reconhecimento de valor de uso desta atividade.

Em relação à avaliação dos encontros, esta não é uma prática frequente, ainda que, ao final da atividade, normalmente, sejam pactuados, entre os presentes, o conteúdo e formato do próximo encontro. Na OP, é mencionado que, quando a avaliação foi realizada, não teve padrão, dependendo do ator que a motivou. No GF, destaca-se, como avaliação geral, que o processo de Apoio Matricial é bastante produtivo e interessante, ainda que apontem a falta de maior aproximação entre as ofertas dos matriciadores e as necessidades das equipes matriciadas. Neste sentido, sugerem avaliações sistemáticas ao final de cada encontro e, periodicamente, no geral. Esta posição guarda consonância com o Grupo de informantes-chave de que a avaliação foi perdendo espaço e importância no processo de planejamento da atividade.

Sobre a práxis pedagógica

Nesta pesquisa, se investigou a utilização do Apoio Matricial como estratégia pedagógica de programas de residência médica de um grande hospital geral público para formação de especialistas.

Segundo o Grupo de informantes-chave, a proposta tinha como objetivo colocar o residente em contato com serviços públicos de saúde de um território sanitário específico, de tal modo a favorecer uma compreensão ampliada do SUS e da complementaridade do trabalho entre diferentes especialistas, da área hospitalar e da Atenção Básica. O Apoio Matricial nesse programa ofereceria, na sua formulação inicial, a possibilidade de o residente reconhecer o valor e a importância do trabalho compartilhado entre as equipes de diferentes saberes e níveis de atenção, e de vivenciar um cuidado em saúde que utiliza uma concepção ampliada do processo saúde-doença.

Castro²⁴ aponta, como achado de uma revisão integrativa sobre AM, que esta estratégia funciona, além do cuidado compartilhado, como uma forma de educação, uma vez que os profissionais com distintas formações ampliam a comunicação entre eles ao conduzirem casos de forma compartilhada.

Na pesquisa, os residentes aparecem de forma diversa. Na OP, eles assumiram vários papéis. No geral, o protagonismo é do preceptor que conduz o encontro e que oferece oportunidades de fala a eles. Não se observou, nos residentes, a postura daquele que aprende, que explora novas possibilidades de relação profissional e de construção do cuidado. Quando se manifesta, o residente o faz do lugar do especialista, semelhante ao comportamento do preceptor. A percepção dos pesquisadores é de que se voltam mais para os aspectos técnicos da assistência, dos protocolos e fluxos, e menos para os aspectos do sistema de saúde, explorando pouco estes temas em seu processo de formação.

Entretanto, quando os residentes se expressaram por meio das questões abertas do questionário, eles registraram que o Apoio Matricial tem valor para a sua formação. Destacam que há um aprendizado conjunto dos profissionais envolvidos, que eles desenvolvem capacidades em apresentarem os temas; e que a troca de experiências com os profissionais das UBS propiciou a oportunidade de melhor compreenderem o papel da Atenção Básica na rede de atenção do SUS e de articulação da rede de atenção locorregional, na medida em que define com clareza os papéis desses níveis de atenção e dos especialistas da Atenção Básica e Hospitalar e os critérios técnicos que os embasam.

Ainda nas questões abertas, foi apontada como problema a falta de capacitação dos matriciadores para o adequado desempenho do papel na orientação didática dos residentes e equipe matriciada.

A participação dos residentes, assim como dos preceptores, é cordial, de uma escuta cuidadosa sobre as questões levantadas pelos profissionais da equipe matriciada. O processo é de troca de conhecimentos, mas de forma marcadamente assimétrica, onde o saber técnico do especialista hospitalar predomina. É uma relação desenvolvida com anuência da equipe matriciada. E, segundo nossa percepção, é nesse saber técnico que os preceptores se apoiam grandemente para constituir sua identidade nessa atividade.

Vários são os dispositivos utilizados nos encontros de Apoio Matricial. Todos os mais conhecidos e tradicionais foram observados, como: a discussão de casos clínicos, atendimento conjunto, discussão de protocolos e da fila de pacientes encaminhados e em espera por agendamento na especialidade (demanda reprimida da UBS), bem como aportes teóricos sobre os agravos mais relevantes para a Atenção Básica.

Segundo Campos e Domitti²³:

O apoio matricial implica sempre a construção de um projeto terapêutico integrado, no entanto essa articulação entre equipe de referência e apoiadores pode desenvolver-se em três planos fundamentais:

- a) atendimentos e intervenções conjuntas entre o especialista matricial e alguns profissionais da equipe de referência;
- b) em situações que exijam atenção específica ao núcleo de saber do apoiador, este pode programar para si mesmo uma série de atendimentos ou de intervenções especializadas,

mantendo contato com a equipe de referência, que não se descomprometeria com o caso, ao contrário, procuraria redefinir um padrão de seguimento complementar e compatível ao cuidado oferecido pelo apoiador diretamente ao paciente, ou à família ou à comunidade; c) é possível ainda que o apoio restrinja-se à troca de conhecimento e de orientações entre equipe e apoiador; diálogo sobre alterações na avaliação do caso e mesmo reorientação de condutas antes adotadas, permanecendo, contudo, o caso sob cuidado da equipe de referência²³. (p. 401)

Uma inovação foi a utilização da estratégia de simulação por meio de discussão de pacientes fictícios. Na presença do usuário, o atendimento foi conjunto. Outra foi a realização de encontros no ambulatório das especialidades no hospital, sendo que não foram atendidos somente pacientes desse nível de atenção, mas também compareceram pacientes oriundos da Atenção Básica selecionados pelas equipes das UBS.

Os usuários estiveram presentes em 7 (sete) dos encontros realizados e totalizaram 9 (nove). Valoriza-se a importância do Apoio Matricial para qualificar o cuidado prestado ao usuário, explicitado pela melhora dos encaminhamentos, pela facilidade de acesso às especialidades e pelo cuidado integral. Neste sentido, o usuário é reconhecido como o centro da atenção, porém sem efetiva participação na construção do seu projeto terapêutico.

Outra dimensão identificada foi o reconhecimento, pelas equipes das UBS, de que esse programa é efetivo em oferecer novos conhecimentos, e que, com isso, ocorreu uma real qualificação da assistência. Os protocolos e diretrizes clínicas apresentadas incluíam: os principais critérios de diagnóstico dos agravos discutidos, os exames subsidiários adequados a serem solicitados, bem como os critérios de encaminhamento para o especialista. Não houve modificação das diretrizes clínicas apresentadas, e sim esclarecimentos sobre o papel das equipes da atenção básica e da hospitalar.

Em parte dos atendimentos, a voz do usuário como coautor do seu cuidado inexistiu, nem são consideradas as dimensões histórico-culturais da sua vida, nem seus desejos e escolhas. Nem os profissionais matriciadores nem as equipes apoiadas incluíram esses aspectos. O cuidado é discutido e planejado pelos profissionais segundo lógica das melhores evidências ditadas pelo saber médico especializado.

Considerações finais

Considerando que o objetivo central deste trabalho é analisar a incorporação das estratégias de cogestão – Apoio Matricial – e suas repercussões nas práticas de gestão e cuidado em saúde no SUS, o campo foi o Apoio Matricial dos Programas de Residência Médica desenvolvidos no sistema público de saúde.

A partir da análise dos dados coletados, destacam-se alguns aspectos julgados relevantes por provocarem reflexões sobre o processo e pelo seu potencial de desencadear mudanças no Apoio Matricial desenvolvido entre o hospital e o distrito sanitário onde se insere.

No que se refere à questão da Cogestão, destaca-se que o avanço observado é a inclusão dos apoiadores e coordenadores de unidades no planejamento da atividade, contudo, o limite é a não inclusão das equipes matriciadas nesse processo. O reflexo desse movimento é a manifestação, pelas equipes, do desejo de maior protagonismo.

Trata-se, pois, de um processo em construção. É reconhecido o avanço, mas, também, o desafio da inclusão das equipes nos espaços de análise e deliberação. Há um apontamento claro para a ampliação e inclusão da realidade dos sujeitos e suas práticas.

Em relação à modelagem atual dos encontros, que parte da demanda reprimida por especialidades médicas e compõe grupos com representantes de diversas unidades de saúde, a constatação é de que esse desenho favorece o exercício de uma clínica tradicional, uma vez que fica centrado no trabalho médico e no exercício do raciocínio clínico. Há a centralidade no usuário, com foco no seu processo patológico de adoecimento. O generalista, no espaço do Apoio Matricial, frequentemente mantém a

lógica do modelo biomédico. Em algumas situações, amplia-se esse horizonte incorporando elementos da clínica ampliada, atendendo à expectativa da contribuição do Apoio Matricial nesse sentido.

Como foi possível observar, há o reconhecimento de que essa estratégia qualificou a assistência, entretanto, é um processo de aprendizado que se centra no papel do especialista hospitalar e uma Clínica Tradicional que toma, como objeto central do cuidado, a doença, seus determinantes biológicos e em abordagens predominantemente prescritivas. Chama atenção a ausência da inclusão de dimensões subjetiva e sociocultural do viver e adoecer.

Um elemento valioso foi a identificação da produção de inovação refletida na utilização de duas novas ferramentas/dispositivos na operacionalização do Apoio Matricial: o uso da simulação pela construção de casos fictícios com patologias frequentes na especialidade; e a vinda do paciente para ambulatório de especialidade para atendimento junto com a equipe matriciada.

Esta pesquisa ensejou, ainda, a possibilidade da reflexão sobre a prática do Apoio Matricial, e levou a proposição de mudanças e recomendações na organização desta atividade.

A recomendação central é a retomada da avaliação sistemática do processo, incluindo as equipes matriciadoras e matriciadas, como retroalimentador da construção coletiva do Apoio Matricial e do cuidado em rede.

Outra questão relevante é a possibilidade de rever a inclusão do residente no processo como um todo, de modo que o Apoio Matricial seja utilizado como potencializador da reflexão sobre a prática pedagógica, funcionando como um dispositivo de qualificação da formação.

Para além da produção de conhecimento, foi determinante para readequações imediatas na organização e planejamento do Apoio Matricial seguintes, considerando as recomendações elencadas acima.

De modo geral, os diferentes atores e em diferentes momentos manifestaram sentido de valor positivo ao Apoio Matricial. Essa menção se estende desde o aprimoramento das relações e o movimento de integração entre equipes e serviços até a efetiva qualificação do cuidado e da formação.

Colaboradores

Todos os autores participaram ativamente da discussão dos resultados, da revisão e da aprovação da versão final do trabalho.

Referências

1. Campos GWS, Figueiredo MD, Pereira Junior N, Castro CP. A aplicação da metodologia paidéia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. *Interface (Botucatu)*. 2014; 18Supl1:983-95.
2. Furlan PG. Os grupos na atenção básica à saúde: uma hermenêutica da prática clínica e da formação profissional [tese]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2012.
3. Figueiredo MD. A construção de práticas ampliadas e compartilhadas em saúde: apoio paidéia e formação [tese]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2012.

4. Figueiredo MD, Campos GWS. O apoio paidéia como metodologia para processos de formação em saúde. *Interface (Botucatu)*. 2014; 18Supl1:931-43.
5. Cunha GT. Grupos Balint-Paideia: uma contribuição para a co-gestão e a clínica ampliada na atenção básica [tese]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2009.
6. Furlan PG, Amaral MA. O método de apoio institucional paideia aplicado à formação de profissionais da atenção básica em saúde. In: Campos GWS, Guerrero AV, organizadores. In: Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Hucitec; 2008. p. 15-33.
7. Campos GWS, Guerrero AV, organizadores. Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Hucitec; 2010.
8. Campos GWS. Saúde paidéia. São Paulo: Hucitec; 2013.
9. Campos GWS, Cunha GT, Figueiredo MD. Práxis e formação paidéia: apoio e cogestão em saúde. São Paulo: Hucitec; 2013.
10. Campos GWS. Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia. *Cienc Saude Colet*. 2010; 5(5):2337-44.
11. Campos GWS. Um método para análise e co-gestão de coletivos. São Paulo: Hucitec; 2007.
12. Campinas. Secretaria municipal de saúde. Coordenadoria de informação e informática. População por faixa etária e sexo das áreas de abrangência dos cs e distritos de saúde, 2000-2016 (Internet). 2016 [citado 12 Abr 2016]. Disponível em: <http://tabnet.campinas.sp.gov.br/dh?populacao/pop3.def>.
13. Creswell JW. Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto. Porto Alegre: Artmed; 2007.
14. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2014.
15. Minayo MCS, Souza ER, Constantino P, Santos NC. Métodos, técnicas e relações em triangulação. In: Minayo MCS, Assis SG, Souza ER, organizadores. Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 71-103.
16. Patton MQ. Qualitative research and evaluation methods. Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications; 1990.
17. Guba EG, Lincoln YS. Avaliação de quarta geração. Campinas: Ed. Unicamp; 2011.
18. Onocko-Campos R. Fale com eles! O trabalho interpretativo e a produção de consenso na pesquisa qualitativa em saúde: inovações a partir de desenhos participativos. *Physis*. 2011; 21(4):1269-86.
19. Onocko-Campos R, Furtado JP. Narrativas: apontando alguns caminhos para sua utilização na pesquisa qualitativa em saúde. In: Onocko-Campos R, Furtado JP, Passos E, Benevides R, organizadores. Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos da narratividade. São Paulo: Hucitec; 2008. p. 321-34.
20. Orofino M, Oliveira JM. Permita que te conte! Uma narrativa sobre as narrativas. In: Tempiski P, Mayer FB. Narrando a vida, nossas memórias e aprendizados: humanização das práticas de ensino e de cuidado na saúde. Rio de Janeiro: Atheneu; 2015.
21. Ricoeur P. Tempo e narrativa. São Paulo: Martins Fontes; 2010. v. 1.
22. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad Saude Publica*. 2008; 24(1):17-27.

23. Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad Saude Publica*. 2007; 23(2):399-407.

24. Castro CP. Análise da estratégia de apoio matricial no SUS [tese]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2015.

Oliveira JM, Malvezzi E, Gigante RL, Soeiro E, Campos GWS. Innovación en la formación médica: apoyo matricial en programas de residencia. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(64):211-22.

Se trata de una investigación sobre la incorporación de prácticas de Apoyo Matricial Paidéia en programas de residencia médica en el ámbito del Sistema Brasileño de Salud (SUS). A partir de una encuesta participativa de métodos mixtos, se utilizaron las estrategias de cuestionario exploratorio, observación participante y grupo focal con los matriciadores (preceptores y residentes) y matriciados (equipos locales y centros de salud) de un municipio del interior de São Paulo, Brasil. La sistematización del material se realizó por medio de triangulación del contenido y se analizó a la luz de la referencia teórica y metodológica del Método Paidéia. La percepción de los envueltos señala el reconocimiento de la innovación de esta práctica, resultando en la calificación, tanto de la praxis pedagógica como de la praxis asistencial.

Palabras clave: Apoyo matricial. Metodología Paidéia. Modelos educativos. Internato y residencia. Sistema de salud.

Submetido em 17/08/16. Aprovado em 11/11/16.