

O DISPOSITIVO APOIO MATRICIAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA NO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA/PB

Carlos Alberto Severo Garcia Jr.¹
Paula Thais Avila do Nascimento²

RESUMO

O presente trabalho trata de um relato de experiência referente ao Apoio Matricial na Atenção Primária em Saúde no território de abrangência do Distrito Sanitário II no município de João Pessoa/PB, durante o ano de 2011. O Apoio Matricial tem por objetivo assegurar uma retaguarda especializada a Equipes e Trabalhadores encarregados da atenção aos problemas de saúde. Tal dispositivo pretende-se promotor de um cuidado integral, universal e equânime, princípios balizadores do Sistema Único de Saúde. Utilizou-se do método cartográfico para o delineamento da pesquisa, e por meio deste, procurou-se investigar os processos de produção de subjetividade que ocorreram no território analisado. O apoio matricial no município de João Pessoa/PB configura-se na inter-relação simultânea de Gestão e de Atenção sustentado por um coletivo de forças instituído, no qual as relações de poder e saber estabelecidas entre apoiadores e trabalhadores revela-se a partir dos encontros no cotidiano dos serviços. Diante da análise teórico-conceitual, associada à transversalidade do processo participativo-formativo, considera-se que o apoio matricial na atenção primária em saúde pode demonstrar-se como um dispositivo no fortalecimento de estratégias para ações de cuidado em saúde em processos de trabalhos instituídos, rivalizando por caminhos fendidos entre a burocratização das relações subjetivas e proposição da alteridade dos atores envolvidos.

Palavras-chave: Saúde da família. Atenção primária à saúde. Gestão em saúde. Equipe interdisciplinar de saúde.

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho versa sobre o acompanhamento dos processos inerentes ao Apoio Matricial na Atenção Primária em Saúde (APS). Como campo de análise, tem-se o território de abrangência do Distrito Sanitário (DS) II no município de João Pessoa/PB.

O material que segue trata-se de uma ampliação do trabalho apresentado em uma mesa-redonda realizada no XVI Encontro Nacional de Psicologia Social (Abrapso), realizado entre 12 e 15 de novembro de 2011, no campus da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Com o objetivo de aprofundar o tema discorre-se sobre o dispositivo – o Apoio Matricial na APS – na intervenção no espaço da micropolítica e produção de coletivos.

¹ Psicólogo, Residência Integrada em Saúde (RIS/GHC) – Ênfase em Saúde Mental. Mestre em Educação (UFPM). E-mail: carlosgarciajunior@hotmail.com

² Médica graduada pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Residência em Medicina de Família e Comunidade pelo Grupo Hospitalar Conceição (GHC), Porto Alegre-RS. E-mail: pepa_nasc@hotmail.com

Para iniciar esse diálogo, vale destacar que o apoio matricial surge como uma ferramenta de suporte assistencial e técnico-pedagógico à demanda das Equipes de Saúde da Família (ESF), com o intuito de ampliar sua oferta de cuidados aos usuários. O apoio matricial tenta responder a algumas lacunas dentro destes complexos serviços de saúde. E, para subsidiar esse arranjo institucional, o Ministério da Saúde lança mão da Portaria nº 154, criando o Núcleo de Atenção a Saúde da Família (NASF) (BRASIL, 2008).

O NASF, em João Pessoa, surge como rearranjo de um modelo já existente de apoio institucional desde 2006. As especificidades do fazer neste modelo de apoio matricial no município dizem de sua constituição histórica, propondo uma forma de condução das ações atravessadas pela conjuntura político-administrativa local. Cabe aqui um breve resgate histórico para nos auxiliar na análise do processo.

2 PLANO DE ABERTURA

Tendo como panorama o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, vale dizer que este vem sofrendo consideráveis transformações desde sua criação. Um de seus marcos fundamentais foi a formulação do Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994, posteriormente renomeado de Estratégia de Saúde da Família (ESF), a fim de reordenar a política de APS no país. Starfield (2002) lembra-nos do papel a ser desempenhado pela APS na garantia de cuidados em saúde, quando afirma que esta deve ser a porta de entrada preferencial do sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornecer atenção sobre a pessoa no decorrer do tempo, além de coordenar e integrar a atenção ao usuário. Portanto, a ESF reúne estes atributos no SUS e, por isso, é um dos seus componentes estruturantes.

Amparado no que preconiza a Portaria nº 2.488, de 2011, que revisa as normas e diretrizes estruturantes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), o trabalho a ser realizado nesta esfera de atenção deve ser desenvolvido por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas (BRASIL, 2011). Práticas que devem se organizar sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados (BRASIL, 2008). A equipe de saúde, portanto, assume a responsabilidade sanitária do território em que vive a população adscrita. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, devendo resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território.

No município de João Pessoa - PB, o ESF foi implantado no início do ano 2000, com sete Equipes de Saúde da Família. No ano de 2011, contava com 180 Equipes, Rev. Saúde Públ. Santa Cat., Florianópolis, v. 5, n. 2, p. 93-104, maio/ago. 2012.

correspondendo 89% de cobertura da população, além de sete Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), 20 NASF, quatro Unidades Básicas de Saúde (UBS), quatro hospitais municipais, quatro Centros de Atenção Integrado à Saúde (CAIS), quatro Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), distribuídos em cinco Distritos Sanitários (DS), promovendo a descentralização das ações em saúde no município. O território adscrito acompanhado, o Distrito Sanitário II, apresentava 38 ESF, um PACS, um CAIS e um CAPS ad, distribuídos entre oito bairros onde viviam aproximadamente 162 mil pessoas.

Durante a inserção dos pesquisadores na realidade acompanhada foi possível deparar-se com relatos de trabalhadores, gestores e usuários acerca da construção desta Rede de serviços, fosse através de conversas informais ou da leitura de documentos institucionais. O discurso oficial era o de que a política de saúde vigente no município possuía como base teórica o desenho tecnoassistencial em “Defesa da Vida”. Um desenho com ênfase na mudança do cotidiano do “fazer saúde” e na produção do cuidado (CAMPOS, 1992; CECÍLIO, 2001; MERHY, 1997). Uma proposta atenta ao vínculo, a escuta e a autonomia, adotando o ato clínico como um modo de identificar/interferir nas necessidades singulares de saúde de cada sujeito. No discurso de muitos dos trabalhadores que vivenciaram o processo de construção do modelo desde sua implantação, tratava-se de um sistema ainda incipiente e que vinha sofrendo, ao longo de sua história, muitas mudanças de rumos decorrentes das alternâncias no cenário administrativo-político.

Entre 2005 e 2006, a gestão apostou no apoio institucional como ferramenta para ampliar o escopo de uma proposta política no âmbito da saúde voltada para a articulação de Redes de Serviços e atenção às demandas dos territórios. O apoio surge, então, a partir de uma necessidade de aproximar a Gestão das Equipes de Saúde da Família. Como afirma Bertussi (2010), “a gestão não é única, nem exercida somente a partir do núcleo central, já que há vários coletivos operando, alguns institucionalmente na gestão, outros operando em outros âmbitos, mas atravessando-se mutuamente”. Entende-se, portanto, que Gestão e Atenção são atravessadas pelas mesmas linhas de força que dizem das relações de poder existentes.

A nomenclatura passa formalmente de apoio institucional para matricial com o advento do NASF no cenário macropolítico brasileiro. Técnicos que inicialmente ocupavam-se de aspectos administrativos e políticos, passam a ampliar a magnitude de suas ações, a partir do incentivo do NASF, também a partir de aspectos técnicos voltados para a Atenção. A partir disso, o discurso oficial ocupou-se em valorizar o apoio como dispositivo no enfrentamento da fragmentação do processo de trabalho, decorrente da especialização das áreas de conhecimento, utilizando saberes de campo e núcleos específicos.

A construção do conceito de apoio matricial, na literatura, ampara-se na ideia de uma retaguarda especializada a Equipes e Trabalhadores encarregados da atenção aos problemas de saúde. Em outras palavras, uma Equipe cuja “*expertise*” técnica possibilitaria a ampliação das ações da assistência de uma Equipe de Referência. Tal dispositivo pretende-se promotor de um cuidado integral, universal e equânime, princípios balizadores do SUS (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

O processo de trabalho do apoiador, conforme Campos (1999) pretende-se promotor de profundas mudanças no comprometimento dos trabalhadores, atentas a conceitos e valores distintos daqueles dominantes. O apoio matricial tem dentre seus objetivos facilitar a vinculação do usuário aos serviços da rede, na medida em que interfere nos aspectos relativos à responsabilização do cuidado por parte da Equipe de Referência (BRASIL, 2010).

Em João Pessoa, tratava-se de um trabalho junto às ESF que potencializam as práticas cuidadoras e gerenciais com a utilização de dispositivos como Educação Permanente em Saúde (EPS) com os trabalhadores e usuários, linhas de cuidado, Projeto Terapêutico Singular (PTS) e ferramentas de gestão, como Planejamento Estratégico Situacional (PES), monitoramento de indicadores da Atenção Básica, tomada de decisão (pelo enfrentamento e mediação de conflitos) e acolhimento em saúde.

Compunham, à época do estudo, a Equipe de Apoio Matricial os Núcleos de Serviço Social, Fisioterapia, Educação Física, Farmácia, Nutrição, Psicologia, Enfermagem, Odontologia e Fonoaudiologia. Configuravam-se em duplas ou trias de apoiadores, de modo alternativo ao modelo anterior que se pautava em ações individuais e no qual cada apoiador era responsável pelo apoio de dez ESF. Na configuração mais recente, cada grupo de apoiadores ficava como referência para três ou quatro ESF, com o intuito de aproximar-se mais das Equipes e da comunidade.

Pesquisadores-trabalhadores afetados por uma realidade peculiar; imersos em uma cultura organizacional marcada por um modo de fazer técnico e político instituídos a partir de uma trajetória histórica de disputas e dramáticos desfechos; atentos à proposta do NASF, inauguradora de processos que potencializam e dinamizam as ações na atenção primária em saúde. Processos que justificam registro, contabilizando os aspectos singulares da realidade vivenciada, pois a partir deste microcenário tem-se a possibilidade de agregar uma peça fundamental ao complexo quebra-cabeça que constitui o cenário macropolítico da saúde pública no Brasil.

3 PISTAS METODOLÓGICAS: A CARTOGRAFIA COMO *HÓDOS-METÁ*

Trilhou-se por um percurso em que foram utilizadas pistas do método cartográfico (PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA, 2009). Tem-se na cartografia um método de pesquisa-intervenção cujo pressuposto de orientação do trabalho de campo é não seguir um modo prescritivo pautado em regras e objetivos *a priori*. Não se trata, no entanto, de uma ação sem direção, mas de uma reversão do sentido tradicional do método, o clássico *metá-hódos*, no qual o pesquisador caminha em direção a metas pré-fixadas, objetivos pré-estabelecidos. Na cartografia, por outro lado, há um primado do caminhar que traça, criando-se metas ao longo do percurso. Um *hódos-metá*, ou seja, um caminhar que orienta a reflexão, as perguntas e os objetivos da pesquisa.

Conforme Paulon (2005), o argumento decorrente é que o observador inserido em seu campo de observação transforma por definição seu objeto de estudo. Como pesquisadores-trabalhadores implicados com o cenário acompanhado, uma médica de família e comunidade inserida em uma das 38 equipes de ESF matriciadas no DSII e um apoiador matricial do mesmo distrito sanitário, compartilharam da realidade vivenciada durante o ano de 2011, entre trabalhadores da Atenção e da Gestão. Médicos, Enfermeiros, Agentes Comunitários de Saúde, Odontólogos, Técnicos de Enfermagem, de Saúde Bucal e auxiliares administrativos, Gestores Distritais, Apoiadores Matriciais e Usuários dos Serviços constituíram-se atores desta pesquisa.

A aproximação do campo observado deu-se no cotidiano do trabalho, no qual, articularam-se encontros entre trabalhadores, apoiadores e usuários; tentaram-se identificar diferentes intensidades, capturas, linhas de força, de visibilidade, de enunciação e de subjetivação. Conforme Deleuze (1990), esses quatro tipos de linha compõem um dispositivo, no sentido foucaultiano. Tem-se, a partir desse pressuposto teórico, que um dispositivo é um conjunto heterogêneo de discursos, instituições, organizações, leis, medidas administrativas, proposições filosóficas, morais, enfim o dito e o não dito que compõem a Rede que se estabelece entre esses elementos. Centramos nossa análise em um dispositivo: o apoio matricial em atenção primária.

Utilizou-se da sensibilidade e fragmentos significantes para investigar os processos de produção de subjetividade que se ocuparam no território analisado. Além de registros escritos, pelos diários de bordo não-sistematizados, como referência para captar falas, impressões, movimentos, camadas, divisões e níveis de um sistema organizado. Nesse sentido, partimos

de intervenções para a desmontagem desse material (fora-texto) para elaborar inferências e explorar o que ainda era do campo do não dito.

4 ENTRE PRÁTICAS DISCURSIVAS E RESULTADOS

A partir de um coletivo de forças, no apoio matricial à APS no DS II de João Pessoa, tem-se o plano desta experiência cartográfica. Para Passos; Kastrup e Escóssia (2009, p. 76), “a cartografia é um procedimento *ad hoc*, a ser construído caso a caso. Tem-se, portanto, cartografias praticadas em domínios específicos”. Diferentes cenas e encontros, numa mesma esteira: a experiência de um Apoiador Matricial, Trabalhador na Gestão e de uma Médica de Família e Comunidade, trabalhadora na Atenção.

Vê-se a Médica de Família em uma reunião de Equipe. Modelo repetido nas sextas-feiras, nas quais a grande roda de trabalhadores dispunha-se em torno dos três apoiadores ao centro. Poder centralizado e centralizador, mas que não apreende a atenção dos trabalhadores. Atenção dispersa por conversas e ruídos entrecortantes: unhas sendo lixadas, bombons, mastigados e suas embalagens metálicas, abertas descuidosamente. Dissipam-se os “comunicados” do poder gerencial. Trabalhadores apreendidos pelo instituído, aprisionados pelo descaso e desatenção tão caros à gestão, garantem-se o seu lugar de capturados. Ruidosos e desatentos, mas obedientes. Termina a reunião. Para a semana seguinte as equipes terão que fazer relatórios sobre suas atividades e produção (indicadores, metas e estratégias). Fazem e não questionam, mas poucos parecem satisfeitos.

Na saída, propõe-se um “cuidando do cuidador”. Nomenclatura amplamente utilizada na unidade de saúde para designar o momento em que trabalhadores (cuidadores) compartilhavam atividades de lazer ou entretenimento. No planejamento mensal das reuniões das unidades de saúde, geralmente, reservava-se uma das reuniões de equipe para atividades lúdicas, fossem no ambiente de trabalho ou fora dele. Para além dessa pactuação, tornou-se popular denominar qualquer momento de encontro extramuros pelo mesmo nome. Então, na saída da reunião “oficial”, alguns dos trabalhadores e apoiadores foram para um bar próximo. Entre bebidas e risadas, tons descontraídos povoavam a mesa. Os mesmos, diferentes. Ruidosos e atentos ao afeto circulante. Indivíduos (des)protegidos do coletivo protetor.

Atenção que, fora das mesas de bar, conversava com Gestão pelos relatórios sobre o que era produzido nas unidades de saúde. Sobreimplicados, trabalhadores mostravam subserviência ao que lhes era exigido. Sobreimplicados também, apoiadores-gestores confeccionavam relatórios ressaltando a pessoalidade das ações no trabalho nas unidades. Rev. Saúde Públ. Santa Cat., Florianópolis, v. 5, n. 2, p. 93-104, maio/ago. 2012.

René Lourau, um dos fundadores da Análise Institucional, trabalha com dois conceitos principais: instituição e implicação. O autor analisa a questão da implicação em situações de intervenção, a qual denomina de socioanálise. Para Lourau é a posição do dispositivo de análise que distingue em particular a relação de saber e a relação de poder. Basicamente, diz de um processo que ocorre na organização analítica, na equipe, como resultado do contato com a organização analisada. Ela existe mesmo que não a desejemos e é sempre fruto de um trabalho coletivo. A *sobreimplicação* seria a impossibilidade de analisar a implicação (MONCEAU, 2008).

Em outro momento, durante o trabalho *in vivo*, o apoiador percebeu-se utilizando o instrumento “relatório técnico administrativo”: considerações acerca da pontualidade, frequência, assiduidade, cumprimento das atribuições profissionais, organização do processo de trabalho, relações interpessoais de cada um dos trabalhadores – um invólucro de disciplinamento. Acompanhamento de ação ou coação? O apoiador questionou-se acerca de sua posição no grupo, se impositivo ou propositivo. Esse questionamento é especialmente interessante, pois parece dialogar diretamente com o que é cerne da distribuição de poder no processo de matriciamento. Bertussi (2010) destaca o caráter de rearranjo institucional que o apoio matricial traz na medida em que ao distribuir poderes entre os componentes de uma Equipe de Saúde, reforça seu poder de autogestão. No entanto, na medida em que são atribuídas ao apoiador funções de gerenciamento centralizadoras, perde-se o que há de emergente na ferramenta “matriciamento” e repetem-se antigos modelos de gestão.

Outra reunião de equipe e o apoiador, em conversa com os trabalhadores, destacavam a importância do protagonismo da equipe na condução dos seus processos de trabalho, tendo como eixo orientador o princípio da cogestão. “A próxima reunião será novamente o apoiador que coordenará? E, o acolhimento na unidade? A equipe irá elaborar sua própria proposta?” Como resposta: o silêncio. Diante de uma ação desviante, o coletivo optou pela obediência calada. O pesquisador-apoiador sentiu-se incomodado diante da imobilidade das equipes apoiadas. Ao tentar produzir conflito, surgiu apatia. Conflito aqui cabe esclarecer, trata-se do motor de mudança nos sujeitos, organizações, movimentos, sociedades e civilizações. Para Barembliitt (2002), trata-se do “único motor da mudança”, do necessário embate entre instituído (o que está para ser mudado) e instituinte (o que tensiona a mudança).

Na volta para casa, o apoiador deparou-se com um analisador espontâneo. Numa carona com a recepcionista de uma das unidades apoiadas, ela comentou que temia quando o apoiador propunha algum questionamento para Equipe. Disse que se sentia intimidada, nervosa e que muitas vezes preferia não falar, mesmo acreditando que talvez pudesse

Rev. Saúde Públ. Santa Cat., Florianópolis, v. 5, n. 2, p. 93-104, maio/ago. 2012.

colaborar. Ainda disse que é muito sério e que não entendia por que o apoiador nunca ria. Se problematizar pode provocar desconforto, ao desnudar o que está posto, expressar-se pode, então, tensionar mudanças indesejáveis. Por outro lado, se alguns tensionamentos trazem consigo estratégias de dominação impõem-se um inflexível que não sorri. Imobilidade que não provoca mudança.

Frequentemente era possível ouvir nos espaços institucionais depoimentos como: “Na Paraíba as coisas nunca têm solução”, “Esses problemas são históricos e não irão mudar”. Frases sustentadas e fomentadas por um saber-poder. Uma historiografia que faz função de promover uma atmosfera de aceitabilidade e reprodutibilidade do imóvel e imutável.

Saberes acerca do que pensam, sentem e precisam os usuários também circulam nos espaços institucionais. Pouco se escuta deles. Em uma reunião de recepção de 40 novos apoiadores matriciais, o prefeito emitiu sua posição com relação à questão: “Não pergunte o que a prefeitura pode fazer pela população, se pergunte o que você pode fazer.” Uma pessoalização das responsabilidades estatais que ao invés de garantir direitos, promove dominação.

O controle social tentava irromper neste tecido instituído de dominação. Enfrentava como ponto de resistência a presença do Trabalhador da Atenção como intermediador. Trabalhador que é também capturado e captura, ainda que acredite estar agindo contra-hegemonicamente.

Um usuário desejava visita domiciliar para a sogra, segundo ele de urgência, pois a mesma necessitava de laudo para INSS para o mesmo dia. Como trabalhadora, a médica escutou e explicou que não era possível, ainda tinha 20 pessoas para atender e já eram quase 10h. Indignado, iniciou uma discussão desqualificando o SUS, o serviço e a médica. Após tentativas de diálogo por parte da médica, percebendo que não haveria qualquer mediação possível, orientou-lhe que poderia acionar a ouvidoria do município. O usuário procurou o apoiador que o orientou trazer a sogra até a unidade. Ele a trouxe, a usuária foi colocada na fila para atendimento e a médica atendeu-a. O apoiador não conversou com a trabalhadora sobre a situação, a qual tomou conhecimento da intervenção dias depois, por outro trabalhador que presenciou a situação. Um apoio que ouve, faz ouvidoria e silencia. Em caso de resistência, referencia-se.

Movimentos de ruptura com o silêncio. O apoiador, em uma das reuniões de equipe, disparou uma conversa sobre o papel do Conselho de Saúde, da Ouvidoria, do Ministério Público como equipamentos possíveis para a articulação do controle social. Em reunião no distrito sanitário, dias depois, uma colega apoiadora orientou-lhe a ter mais cuidado com suas
Rev. Saúde Públ. Santa Cat., Florianópolis, v. 5, n. 2, p. 93-104, maio/ago. 2012.

colocações junto às Equipes, quando o assunto for controle social, ter cuidado ao falar. Os problemas podiam voltar para a Gestão.

Existia outra face do Controle Social, uma mais difícil de silenciar. Lideranças comunitárias articuladas com partidos de oposição que se utiliza de uma mídia populista para denúncias dos (de) serviços públicos. Uma população não-organizada e vulnerabilizada, parecia muitas vezes seduzida pelos “propagandismos” dessas lideranças e reproduziam o modelo de denúncia televisionada. Alimentava-se o clima de tensão nas unidades, reverberando nas ações dos trabalhadores que temerosos por uma retaliação da Gestão, empenhavam-se. Jogo de oposição e situação que parecia servir para o instituído.

Com seus devidos discursos institucionais introjetados, preocupados com as expectativas do poder central com relação ao trabalho a ser matriciado, num movimento tentacular de reproduzir e disseminar nos atos do cotidiano aquilo que lhes é instruído, apoiadores encontram-se sob uma atmosfera de tensão. Estratégia de subserviência?

Se entre Gestão e Atenção as conversas eram por relatórios, exceto por movimentos disruptivos nos quais alguns trabalhadores afetados movimentavam-se para o diálogo, entre os que estavam na Gestão as conversas eram num tempo gerúndio: “eu vou estar ligando para gente tá marcando”. Um porvir reminescente, agenciamentos natimortos.

A “gestão da gestão” sustenta-se por meio de uma trama porosa. Arbitrariedades que estão presentes mais nos discursos do que nas ações. O trabalho do apoiador é atravessado por essas linhas de força. Para Bertussi (2010, p.155), aí reside uma pergunta importante no trabalho do apoio matricial: “como ser interinventor e não interventor?”. No território acompanhado, percebeu-se que se promovia certa noção de flexibilidade das ações que ocorriam na capilaridade do trabalho do apoiador. Havia uma ausência de mecanismos de controle do que era produzido no encontro entre apoiadores e trabalhadores. O trabalho na “ponta”, distante do olhar da gestão central tendia a reproduzir o discurso institucional de antiprodução, amplamente difundido e introjetado. Por outro lado, a homogeneidade por se dar mais no campo ideológico do que no concreto, permitia irrupções de subjetividade e de práticas criativas.

5 CONCLUSÕES

Uma pergunta inquietante: como produzir linhas de fuga? Percebe-se que o apoio matricial no município tem suas peculiaridades, no qual o apoiador constitui-se quase como um simulacro entre gestão e atenção. Neste cenário há um coletivo de forças sustentado por

Rev. Saúde Públ. Santa Cat., Florianópolis, v. 5, n. 2, p. 93-104, maio/ago. 2012.

um tripé organizacional (político, administrativo e técnico), concentrado de uma significação de saber e de poder, e que por vezes pode ter a pretensão ilegítima da organização das Equipes de Saúde. Neste contexto, os apoiadores matriciais são colocados na “ponta”, no corpo a corpo com os trabalhadores, para garantir a reprodução das práticas hegemônicas.

Um dispositivo se ocupa de produzir movimentos, deslocar processos naturalizados, possibilitando colocar em análise as condições de emergências de concepções firmadas no campo da saúde pública. Nesse sentido, a força do dispositivo apoio matricial na atenção primária reserva uma ampliação nos graus de transversalidade e fortalecimento de redes de saúde ao mesmo tempo em que experimenta o tensionamento de práticas de gestão verticalizadas e autoritárias. A interlocução instituição formadora-política-assistência pode aludir uma estratégia de planos de produção de práticas de saúde e suas interferências podem produzir linhas que rivalizam caminhos fendidos entre a burocratização das relações subjetivas e proposição da alteridade dos atores envolvidos.

Pelos encontros, no entanto, trabalhadores da Atenção e apoiadores da Gestão expõem-se, podendo afetar-se, pois aí reside uma aposta na força de criação. No próprio ambiente criado pelo instituído, o instituinte emerge, por agenciamentos que revelem atritos do processo do trabalho em saúde. Disputas que propiciem o funcionamento de um novo outro. Processos organizantes em movimento contínuo, descapturando-se todo o tempo, num *continuum* produtor de "ruídos", ora harmônicos, ora dissonantes, que desnudam os processos de trabalhos instituídos. A partir de consensos provisórios, com avanços esperados e possíveis retrocessos, tem-se como esteio a Saúde Coletiva, capaz de disparar processos de vida e autonomia para os sujeitos envolvidos na construção cotidiana dos trabalhadores da saúde.

THE MATRIX DEVICE SUPPORT IN PRIMARY HEALTH: A REPORT OF EXPERIENCE IN THE MUNICIPALITY OF JOÃO PESSOA/PB

ABSTRACT

The present work is an experience report related to the Matrix Support in Primary Health Care in the territory covered by the Health District II in the city of João Pessoa/PB, during the year 2011. The Support Matrix is designed to ensure a back specialist teams and workers in charge of care for health problems. Such a device intended to sponsor a comprehensive care, universal and equitable, principles, makers of the Unified Health System was used for the mapping method research design, and through this, we sought to investigate the processes of production of subjectivity that occurred in the territory analyzed. Matrix support in the city of João Pessoa/PB set in the simultaneous interplay of Management and Care supported by a collective set of forces, in which the relations of power and knowledge established between supporters and workers is revealed from the encounters in everyday services. Given the theoretical and conceptual analysis, associated with the transverse process, participatory training, it is considered that the support matrix in primary health care can be shown as a device to strengthen strategies for action in health care work processes in place, competing paths split between the subjective and bureaucratisation of relations and alterity proposition of the actors involved.

Key-words: Family health. Primary health care. Health management. Patient care team.

REFERÊNCIAS

BAREMBLITT, G. **Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática**. 5. ed. Belo Horizonte: Instituto Felix Guattari, 2002.

BERTUSSI, D. C. **O apoio matricial rizomático e a produção de coletivos na gestão municipal em saúde**. 2010. 234f. Tese (Doutorado em Medicina)–Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011. Aprova a política nacional de atenção básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, out. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio a Saúde da Família – NASF. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, jan. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: núcleo de apoio a saúde da família**. Brasília, 2010.

CAMPOS, G. W. S. **A reforma da reforma: repensando a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1992.

CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.

Rev. Saúde Públ. Santa Cat., Florianópolis, v. 5, n. 2, p. 93-104, maio/ago. 2012.

CECÍLIO, L. C. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Org.). **Os sentidos da integralidade**. Rio de Janeiro: IMS- UERJ - Abrasco, 2001. p.113-26.

DELEUZE, G. ¿Que és un dispositivo? Barcelona: Gedisa, 1990, p. 155-161. Disponível em: <<http://escolanomade.org/pensadores-textos-e-videos/deleuze-gilles/o-que-e-um-dispositivo>>. Acesso em: 10 set. 2011.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.) **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997. p.71-112.

MONCEAU, G. Implicação, sobreimplicação e implicação profissional. **Fractal: Revista de Psicologia**, Rio de Janeiro, v.20, n.1, p. 19-26, jan./jun. 2008.

PAULON, S. M. A análise de implicação como ferramenta na pesquisa-intervenção. **Psicologia & Sociedade**, Porto Alegre, v. 17, n. 3, p. 16-23, set./dez. 2005.

PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, V. **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2009.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, 2002.

Submetido em: 19/06/2012
Aceito para publicação em: 10/08/2012