

Compreendendo o apoio matricial e o resultado da certificação de qualidade nas áreas de atenção à criança, mulher, diabetes/hipertensão e saúde mental

Understanding matrix support and quality certification results in the areas of care for women, care for children, hypertension and diabetes as well as mental health

¹ Doutor em Demografia pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Belo Horizonte (MG), Brasil. Professor adjunto da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Belo Horizonte (MG), Brasil. delcio@gmail.com

² Doutor em Saúde Pública pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Belo Horizonte (MG), Brasil. Professor adjunto da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Belo Horizonte (MG), Brasil. thomaz@medicina.ufmg.br

³ Mestre em Administração Pública pela Fundação João Pinheiro. Pesquisadora da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Belo Horizonte (MG), Brasil. angela@nescon.medicina.ufmg.br

⁴ Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) – Campinas (SP), Brasil. Professora adjunta da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Belo Horizonte (MG), Brasil. alizira.o.jorge@gmail.com

⁵ Doutoranda em Odontologia pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Belo Horizonte (MG), Brasil. Pesquisadora-assistente da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Belo Horizonte (MG), Brasil. clarice@nescon.medicina.ufmg.br

⁶ Doutora em Saúde Pública pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Belo Horizonte (MG), Brasil. Pesquisadora da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Belo Horizonte (MG), Brasil. [dmxa@medicina.ufmg.br](mailto:dmtx@medicina.ufmg.br)

Délcio da Fonseca Sobrinho¹, Antônio Thomaz Gonzaga da Matta Machado², Ângela Maria de Lourdes Dayrell de Lima³, Alzira de Oliveira Jorge⁴, Clarice Magalhães Rodrigues dos Reis⁵, Daisy Maria Xavier Abreu⁶, Lucas Henrique Lobato de Araújo⁷, Maria Luiza Ferreira Evangelista⁸, Ana Lúcia Escobar⁹, Cléber Ronald Inácio dos Santos¹⁰, Alaneir de Fatima dos Santos¹¹

RESUMO Este artigo apresenta a distribuição do apoio matricial (AM) no Brasil, identificando relações entre as atividades de AM e a certificação do PMAQ-AB. Utilizaram-se dois modelos de regressão logística múltipla. As atividades de AM na Atenção Básica são significativas mas desiguais, com altos graus de AM em lugares desenvolvidos. Existe associação positiva entre o grau de apoio e o resultado obtido na certificação. Elevados graus de AM correspondem a 89%, 80%, 89% e 63% de chances de as equipes obterem uma melhor certificação na atenção à mulher, criança, hipertensão e diabetes e saúde mental, respectivamente. O AM tem ajudado a melhorar a qualidade da Atenção Básica no Brasil.

PALAVRAS-CHAVE Atenção Primária à Saúde; Certificação de qualidade; Apoiomatricial.

ABSTRACT This article aims to present the distribution of matrix support (MS) in Brazil and identify relations between MS activities and PMAQ-AB certification results. Two multiple logistic regression models were run. MS activities in primary care are significant, although uneven. There is a positive association between the level of support and result obtained in certification. High degrees of MS correspond to the probabilities of 89%, 80%, 89% and 63% that teams obtain better certification on attention to woman, child, hypertension and diabetes, and to mental health, respectively. MS has progressively helped to improve primary care in Brazil.

KEYWORDS Primary Health Care; Certification of quality; Matrix support.

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil vem implementando estratégias no sentido de superar uma cultura de sistema fortemente hierarquizado, com estruturas rígidas que não se inter-relacionam, penalizando o cuidado prestado ao paciente. A utilização do apoio matricial (AM) na Atenção Primária à Saúde no Brasil estrutura-se com este sentido e, progressivamente, tem se constituído como diretriz para as ações do Ministério da Saúde.

Ao analisar a função do apoio matricial, Campos (1999) salienta que se trata de um novo arranjo para estimular cotidianamente a produção de novos padrões de inter-relação entre equipe e usuários, ampliar o compromisso dos profissionais com a produção de saúde e quebrar obstáculos organizacionais à comunicação. Dessa forma, a estratégia matricial privilegia o exercício interdisciplinar em busca do cuidado integral em saúde, racionalizando o acesso e o uso de recursos especializados e estimulando uma clínica ampliada sustentada por um pacto de corresponsabilização sanitária.

Campos e Domitti (2007) identificaram três planos fundamentais nos quais se pode desenvolver tal arranjo do ponto de vista prático: troca de conhecimento e de orientações entre equipe de referência e apoiador; atendimentos e intervenções conjuntas entre profissional de referência e apoiador; e atendimentos ou intervenções complementares especializadas do próprio apoiador.

De comum entre tais estratégias estaria o princípio de que a equipe permanece responsável pela condução dos casos, mesmo quando algum tipo de apoio especializado se faz necessário. Nesse cenário, o AM se incumbe de oferecer retaguarda assistencial e suporte técnico-pedagógico às equipes, fundado no pressuposto de que nenhum especialista, isoladamente, pode assegurar uma abordagem integral. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), dessa forma, espera-se que a equipe de Saúde da Família (EqSF), sendo a responsável pelo usuário, não o encaminhe,

desresponsabilizando-se por ele, mas peça apoio para a melhor condução do caso.

Cunha e Campos (2011) salientam que existe uma cultura dominante que toma o saber profissional nuclear como propriedade privada, estabelecendo uma relação de mútua exclusão de responsabilidades entre os profissionais (problemas de saúde e recortes disciplinares ou são de um profissional ou de outro). O modelo de gestão mais adaptado a esta cultura é o burocrático-taylorista, com forte investimento na concentração dos processos de decisão, na padronização e na fragmentação das atividades e da responsabilidade profissional. Tal contexto dificulta a implantação e a compreensão da proposta de equipe de referência e de apoio matricial justamente pelo esgotamento desse tipo de arranjo gerencial, que necessita de reformas como a sugerida.

As primeiras experiências de apoio matricial foram realizadas em Campinas no final da década de 1980. Em 2008, o Ministério da Saúde formalizou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), pressupondo um funcionamento a partir de apoio matricial. Segundo o Ministério da Saúde (2009), os NASF se propõem a:

- (1) Atendimento compartilhado, para intervenção interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas, gerando experiência para ambos os profissionais envolvidos.
- (2) Intervenções específicas do profissional do NASF com os usuários ou famílias, com discussão e negociação *a priori* com os profissionais da equipe de Saúde da Família responsáveis pelo caso.
- (3) Ações comuns nos territórios de sua responsabilidade desenvolvidas de forma articulada com as EqSF.

Alguns estudos já identificam os potenciais e os problemas nas experiências em curso. Penido (2012), em estudo sobre AM em Santa

⁷Doutorando em Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Belo Horizonte (MG), Brasil. Pesquisador-assistente da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Belo Horizonte (MG), Brasil. lucaslobato87@gmail.com

⁸Graduanda em Farmácia pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Belo Horizonte (MG), Brasil. mevangelista@nescon.medicina.ufmg.br

⁹Doutora em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Professora associada da Universidade Federal de Rondônia (UFRO) – Porto Velho (RO), Brasil. ana@unir.br

¹⁰Mestre em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo (SP), Brasil. Professor assistente da Universidade Federal do Acre (UFAC) – Rio Branco (AC), Brasil. pmaqacre@hotmail.com

¹¹Doutora em Ciência da Informação pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Belo Horizonte (MG), Brasil. Professora adjunta da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Belo Horizonte (MG), Brasil. laines@uol.com.br

Luzia, Minas Gerais, na área de saúde mental (SM), salienta que os trabalhadores das EqSF reconhecem a potência do AM para a mudança das práticas – mais consoante aos princípios da integralidade – e das subjetividades daqueles que as protagonizam. Quando operado segundo compartilhamento de ideias e decisões, associam ao AM o aumento de resolutividade e a racionalização do acesso ao recurso especializado, graças ao aumento do grau de autonomia e da segurança para o cuidado em SM. As EqSF ficam mais comprometidas com os casos, o que colabora para o fortalecimento do vínculo com os usuários que, por sua vez, se sentem mais seguros pelo fato de a EqSF ser apoiada por especialistas.

Também Delfini e Reis (2012), ao analisarem uma experiência de AM em saúde mental, evidenciaram que o AM pode ser uma ferramenta facilitadora da acessibilidade dos usuários aos serviços de saúde. No entanto, mostraram que as EqSF não se sentem instrumentalizadas para o manejo dos casos de transtornos mentais.

Em estudo realizado em São Paulo, na mesma área, também se notou a existência de alguns problemas (CAMPOS; DOMITTI, 2007). Os profissionais referem-se ao apoio matricial sem compreender o que é o fundamento de sua proposta: a corresponsabilização pelos usuários e a construção de ações conjuntas. Todavia, o matriciamento é concebido como um arranjo organizacional capaz de dar sustentação aos equipamentos da rede de forma a operar de maneira integrada e articulada, possibilitando a apreensão do sujeito em sofrimento em sua totalidade.

Para Jorge, Sousa e Franco (2012), a experiência com AM possibilita a organização dos processos de trabalho, investindo nas tecnologias leves, na clínica dos afetos e na corresponsabilização como forma de estimular o compromisso de trabalhadores, usuários e familiares com a produção do cuidado.

Constata-se, pela literatura, que os estudos realizados até o momento sobre apoio matricial são focalizados em casos

específicos. A realização da avaliação pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB) no Brasil, em 2012, permite um conhecimento mais aprofundado do que efetivamente ocorre com a Atenção Básica no Brasil. A partir dos dados do PMAQ-AB, este artigo pretende apresentar a distribuição do AM no Brasil e identificar relações entre as atividades de AM realizadas no âmbito da atenção primária e o resultado da certificação do PMAQ-AB nas seguintes áreas: mulher, criança, hipertensão, diabetes e saúde mental.

Metodologia

Trata-se de estudo transversal realizado com base no banco de dados de avaliação externa do PMAQ-AB estruturado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2013). Quanto ao universo pesquisado, no âmbito do PMAQ-AB, foram realizadas entrevistas com 17.055 profissionais coordenadores das equipes que aderiram ao PMAQ-AB em 2012, distribuídas em todos os estados brasileiros. Foram utilizadas variáveis do questionário II do PMAQ-AB, que identificam as atividades de AM oferecidas às equipes avaliadas.

Para avaliação da qualidade da atenção, foram consideradas quatro dimensões mensuradas pelo PMAQ-AB: atenção à saúde da mulher nos aspectos relativos a planejamento familiar, pré-natal, parto e puerpério; atenção à saúde da criança de até dois anos; atenção ao *diabetes mellitus* e hipertensão arterial sistêmica; e atenção à saúde mental. Essas dimensões receberam as seguintes certificações pelo PMAQ-AB: ótima, boa, regular e insuficiente. A análise de dados foi realizada por meio de estatística descritiva e inferencial.

Para a análise de atividades de AM, foram utilizados dados das 14.489 equipes que relataram receber alguma atividade de apoio. Inicialmente, criou-se uma variável denominada grau de apoio, cujo objetivo foi o de representar a quantidade de AM recebida pelas

equipes. Essa variável foi calculada pelo somatório de AM recebido pela equipe: apoio baixo (1 a 3 apoios), apoio médio (4 a 6 apoios) e apoio alto (7 e 8 apoios). Essa variável foi analisada por meio das frequências absoluta e relativa, assim como distribuição de acordo com os estratos dos municípios, estados e regiões do Brasil. Os estratos, formatados pelo Ministério da Saúde, foram elaborados a partir de dados relativos a indicadores socioeconômicos e demográficos dos municípios. Seis estratos foram estruturados para permitir comparação mais homogênea entre os municípios brasileiros (BRASIL, 2011).

Para verificar associações entre o grau de apoio recebido pelas EqSF com a qualidade da atenção, foi realizada a análise de regressão logística binária múltipla, tendo como variável dependente a certificação das EqSF (BRASIL, 2013). Para tal, utilizou-se a categoria regular/insuficiente como referência. Foram rodados dois modelos de regressão logística múltipla: no primeiro modelo, a variável independente foi o grau de AM das EqSF, enquanto no segundo modelo a variável refere-se às atividades de AM oferecidas às equipes. Os dois modelos foram analisados para cada dimensão estudada.

As análises adotaram o nível de significância estatística $p < 0,05$ e intervalo de confiança (IC) de 95%, com cálculo da respectiva *Odds Ratio* (OR) para indicar a magnitude das

associações. As estimativas de OR e IC95% de cada variável foram ajustadas para o efeito das demais variáveis. O ajuste do modelo múltiplo final foi feito por meio do teste de Hosmer-Lemeshow. Utilizou-se o *Statistical Package for the Social Sciences – SPSS* versão 15.0 – para as análises estatísticas.

Resultados

Foram analisados os resultados de 17.055 EqSF. Destas, 14.489 relataram possuir AM (84,4%), enquanto o restante (15,6%) não possuía nenhuma modalidade de apoio. Observa-se que, em todos os estratos analisados, o maior percentual de equipes possui grau de apoio médio, salvo as EqSF do estrato seis, em que o grau de apoio alto foi o mais prevalente (47,6%). Deve-se destacar que, em todos os estratos de municípios, o grau de apoio médio foi superior ao baixo e alto (tabela 1).

Ao se analisar a distribuição do grau de apoio pelas regiões brasileiras, verifica-se que apenas no Sudeste a maior parcela das EqSF possui alto grau de apoio (39,8%). Chama a atenção ainda que, quando se avaliam os apoios médios e altos, esta região atinge 72,3% das EqSF e que, dentre todas as regiões analisadas, essa região possui a menor quantidade de equipes com nenhuma modalidade de apoio.

Tabela 1. Distribuição do grau de apoio das equipes de Saúde da Família segundo estratos de município, PMAQ-AB, 2012

Estrato	Grau de apoio									
	Nenhum		Baixo		Médio		Alto		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	510	23,6	475	22,0	696	32,2	480	22,2	2161	100,0
2	484	21,3	658	29,0	703	31,0	426	18,8	2271	100,0
3	377	14,9	723	28,7	860	34,1	562	22,3	2522	100,0
4	385	11,8	790	24,2	1199	36,8	887	27,2	3261	100,0
5	493	17,5	606	21,5	904	32,1	810	28,8	2813	100,0
6	430	10,4	494	11,9	1246	30,1	1970	47,6	4140	100,0

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, primeiro ciclo, 2012; BRASIL, 2013

Outra região que apresenta significativo grau de apoio é a Sul, que, no somatório dos dois maiores apoios (alto e médio), chega a atingir 67,3% das equipes. A região Norte destaca-se pelo pequeno grau de apoio ofertado às suas equipes, possuindo o maior percentual de equipes com nenhuma modalidade de apoio matricial contratada (41,3%), seguida pelo grau de apoio baixo com 26,7% das equipes (tabela 2).

Na distribuição por estados, os que possuem apoio mais alto são: São Paulo (57,5%), Rio de Janeiro (45,2%) e Santa Catarina (44,6%). Os que possuem baixo ou nenhum apoio são Roraima (86,7%), Rondônia (75,0%) e Acre (70,6%) (tabela 3).

A tabela 4 detalha a associação entre as dimensões do cuidado avaliadas e o grau de apoio recebido. Observa-se associação positiva entre o grau de apoio médio e alto com a certificação nas dimensões relativas ao cuidado da mulher (planejamento familiar, pré-natal, parto e puerpério), diabetes mellitus/hipertensão e atenção à criança. Nessas dimensões, o grau de apoio alto possui maior chance de receber certificação ótima do que o grau de apoio médio. Nas dimensões sobre a atenção à mulher (planejamento familiar, pré-natal, parto e puerpério) e hipertensão/diabetes possuir alto grau de apoio está associado a receber

certificação ótima (OR: 1,89). Na dimensão sobre a saúde mental, por outro lado, o grau de apoio médio está associado negativamente à certificação ótima (OR: 0,79), embora o grau de apoio alto esteja associado positivamente (OR: 1,55).

A associação entre as atividades de AM e a certificação das EqSF está detalhada na tabela 5 por dimensões de atenção à saúde. Em todas as dimensões analisadas, as consultas clínicas estão associadas negativamente à certificação ótima, exceto na atenção à criança, em que não se observa essa associação. No mesmo sentido, a visita domiciliar com os profissionais está associada negativamente com a certificação ótima, exceto na atenção à saúde mental. Destaca-se que a construção conjunta, educação permanente, intervenções no território e discussões de processo de trabalho (neste último, com exceção à atenção à criança) estão associadas positivamente com a certificação ótima em todas as dimensões analisadas.

De todas as atividades de apoio analisadas, a maior evidência de força de associação refere-se à realização de educação permanente na dimensão sobre a atenção ao diabetes/hipertensão (OR: 1,40). Por outro lado, a realização de consultas clínicas na atenção à SM possui maior força de associação negativa com a certificação das EqSF (OR: 0,58).

Tabela 2. Distribuição dos graus de apoio às equipes de saúde da família segundo regiões brasileiras, PMAQ-AB, 2012

Região	Grau de apoio									
	Nenhum		Baixo		Médio		Alto		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Norte	431	41,3	279	26,7	216	20,7	118	11,3	1044	100,0
Nordeste	891	16,1	1508	27,2	1850	33,3	1302	23,5	5551	100,0
Sudeste	674	10,3	1143	17,4	2131	32,5	2605	39,8	6553	100,0
Sul	450	15,4	504	17,3	1072	36,8	889	30,5	2915	100,0
Centro Oeste	233	21,1	312	28,2	339	30,7	221	20,0	1105	100,0

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, primeiro ciclo, 2012; BRASIL, 2013

Tabela 3. Distribuição dos graus de apoio de acordo com as Unidades Federativas do Brasil

Estados	Grau de apoio									
	Nenhum		Baixo		Médio		Alto		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
RO	49	50,5	36	37,1	8	8,2	4	4,1	97	100
AC	15	46,9	12	37,5	4	12,5	1	3,1	32	100
AM	43	24,9	60	34,7	49	28,3	21	12,1	173	100
RR	18	54,5	13	39,4	2	6,1	0	0,0	33	100
PA	131	37,1	99	28,0	76	21,5	47	13,3	353	100
AP	16	32,0	16	32,0	15	30,0	3	6,0	50	100
TO	159	52,0	43	14,1	62	20,3	42	13,7	306	100
MA	21	18,9	26	23,4	36	32,4	28	25,2	111	100
PI	37	10,0	76	20,5	179	48,2	79	21,3	371	100
CE	115	12,7	299	32,9	322	35,4	173	19,0	909	100
RN	65	15,8	111	27,0	128	31,1	107	26,0	411	100
PB	150	24,0	165	26,4	210	33,6	100	16,0	625	100
PE	95	9,4	275	27,3	334	33,1	305	30,2	1009	100
AL	51	15,1	122	36,2	109	32,3	55	16,3	337	100
SE	70	28,3	73	29,6	76	30,8	28	11,3	247	100
BA	287	18,7	361	23,6	456	29,8	427	27,9	1531	100
MG	304	10,5	609	21,0	1078	37,1	911	31,4	2902	100
ES	93	29,0	48	15,0	129	40,2	51	15,9	321	100
RJ	139	13,3	128	12,2	369	35,3	410	39,2	1046	100
SP	138	6,0	358	15,7	555	24,3	1233	54,0	2284	100
PR	137	13,8	203	20,4	367	36,8	289	29,0	996	100
SC	100	9,1	171	15,5	384	34,8	447	40,6	1102	100
RS	213	26,1	130	15,9	321	39,3	153	18,7	817	100
MS	32	17,4	43	23,4	67	36,4	42	22,8	184	100
MT	37	16,8	106	48,2	51	23,2	26	11,8	220	100
GO	151	22,4	161	23,9	213	31,6	148	22,0	673	100
DF	13	46,4	2	7,1	8	28,6	5	17,9	28	100
Total	2679	15,6	3746	21,8	5608	32,7	5135	29,9	17168	100

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, primeiro ciclo, 2012; BRASIL, 2013

Tabela 4. Regressão logística múltipla entre o grau de apoio matricial das equipes de Saúde da Família e a certificação, tendo como categoria de referência a certificação regular

Dimensão	Grau de apoio	B	p	OR	95% IC	
					Mínimo	Máximo
Mulher	Baixo	-	-	1,00	-	-
	Médio	0,14	0,00	1,15	1,09	1,21
	Alto	0,64	0,00	1,89	1,78	2,00
Criança	Baixo	-	-	1,00	-	-
	Médio	0,19	0,00	1,21	1,15	1,28
	Alto	0,59	0,00	1,80	1,70	1,90
HAS + DM	Baixo	-	-	1,00	-	-
	Médio	0,08	0,00	1,09	1,03	1,15
	Alto	0,64	0,00	1,89	1,78	2,00
Saúde Mental	Baixo	-	-	1,00	-	-
	Médio	0,18	0,00	0,83	0,79	0,88
	Alto	0,49	0,00	1,63	1,55	1,73

Fonte: BRASIL, 2013, n: 14.489

Nota: IC: Intervalo de Confiança; HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica; DM: Diabetes Mellitus; OR: Odds Ratio

Discussão

Nesta visão panorâmica da situação do AM na Atenção Básica no Brasil, pode-se verificar que os mais altos níveis de AM estão estruturados nas regiões e estados mais desenvolvidos economicamente – regiões sudeste (44,5%) e sul (36,1) e estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Santa Catarina, respectivamente (57,5%, 45,2% e 44,6%). Já as regiões e estados mais pobres que possuem nenhum apoio ou grau de apoio mais baixo são: região Norte (68,0%) e Centro Oeste (49,3%) e estados de Roraima (86,7%) Rondônia (75,0%) e Acre (70,6%).

Quando os dados são analisados por estratos de municípios segundo a classificação do PMAQ-AB, observa-se nos estratos cinco e seis que predominam os graus mais altos de apoio, respectivamente (47,6 e 28,8%), enquanto os estratos um e dois estão piores situados, com, respectivamente, o maior percentual de nenhum apoio (23,6 e 21,3%) ou de baixo apoio (22,0% e 29,0%). Ou seja, quase a metade das EqSF desses estratos possui baixo ou nenhum

apoio. Tal descoberta reforça a afirmação anterior que nos estratos que refletem as melhores condições de vida da população brasileira há também melhor organização dos sistemas de saúde quanto a diversidade do apoio e suporte às equipes de saúde de família por meio do AM. À medida que os sistemas de saúde vão se estruturando, as atividades de AM também se estabelecem. São as regiões mais distantes e de maior vulnerabilidade social as portadoras de baixa estruturação das atividades de AM.

Além das dificuldades de estruturação de equipes para atuarem no apoio matricial, aspectos relativos à organização dos processos de trabalho e produção do cuidado em saúde podem também influenciar esse processo. Nessa direção, Campos e Domitti (2007) identificam dois obstáculos que degradam a prática clínica e sanitária. O primeiro impõe impedimentos à construção de vínculo equipe/usuário ao longo do tempo e onde a relação profissional/paciente predominante nos serviços de saúde é aquela do tipo pontual e fragmentada.

Tabela 5. Regressão logística múltipla entre as modalidades de apoio matricial de saúde da família e a certificação, tendo como categoria de referência a certificação regular

Tipo de apoio	Apoio	Atenção à mulher			Atenção à Criança			Atenção a DM + HAS			Atenção à Saúde mental		
		OR	IC [95%]		OR	IC [95%]		OR	IC [95%]		OR	IC [95%]	
			Mínimo	Máximo		Mínimo	Máximo		Mínimo	Máximo		Mínimo	Máximo
Consultas clínicas	Não	1,00			1,00			1,00			1,00		
	Sim	0,82***	0,76	0,88	0,96	0,90	1,04	0,85***	0,79	0,91	0,58***	0,54	0,62
Discussão de casos clínicos	Não	1,00			1,00			1,00			1,00		
	Sim	0,97	0,89	1,06	1,01	0,92	1,10	0,94	0,86	1,03	1,07	0,98	1,17
Ações clínicas compartilhadas	Não	1,00			1,00			1,00			1,00		
	Sim	1,20***	1,10	1,32	1,19***	1,09	1,31	1,13**	1,03	1,23	1,07	0,98	1,17
Construção conjunta	Não	1,00			1,00			1,00			1,00		
	Sim	1,23***	1,14	1,34	1,11*	1,02	1,20	1,22***	1,12	1,32	1,36***	1,26	1,48
Educação permanente	Não	1,00			1,00			1,00			1,00		
	Sim	1,30***	1,20	1,41	1,24***	1,15	1,34	1,40***	1,30	1,51	1,22***	1,13	1,32
Discussões s/ processo de trabalho	Não	1,00			1,00			1,00			1,00		
	Sim	1,33***	1,22	1,44	1,06	0,98	1,15	1,15**	1,06	1,26	1,18***	1,08	1,28
Intervenções no território	Não	1,00			1,00			1,00			1,00		
	Sim	1,19***	1,09	1,29	1,13**	1,03	1,23	1,19***	1,10	1,30	1,11*	1,02	1,21
Visitas com os profissionais	Não	1,00			1,00			1,00			1,00		
	Sim	0,84***	0,77	0,91	0,90**	0,82	0,98	0,85***	0,79	0,93	1,01	0,93	1,10

Fonte: BRASIL, 2013, n: 14.489

Nota: * $p \leq 0,05$ ** $p \leq 0,01$ *** $p \leq 0,001$; IC: Intervalo de Confiança; OR: Odds Ratio.

O segundo grupo de obstáculos diz respeito à redução dos projetos terapêuticos à dimensão médica, em geral, com exagerado enfoque biológico e individual, impondo uma redução do terapêutico ao uso de medicamentos e procedimentos e, mesmo a educação em saúde, quando ocorre, realiza-se segundo essa perspectiva limitada. Nesse grupo há uma tendência das profissões e especialistas a reduzir seu campo de responsabilidade ao núcleo restrito de saberes e competências de sua formação original, o que pode estar ocorrendo e ter relação com os resultados encontrados, dentre outros fatores.

Observou-se no estudo também a existência de associação positiva entre o grau de apoio e o resultado obtido na certificação nas áreas da assistência analisadas. Alto grau de

AM significa, respectivamente, 89%, 80%, 89% e 63% de chances de as equipes obterem melhor certificação nas áreas da atenção à mulher (planejamento familiar, pré-natal, parto e puerpério), criança, hipertensão e diabetes, além de SM. Esse resultado reflete o amplo espectro de questões que um AM bem estruturado proporciona.

Campos e Domitti (2007) salientam que o funcionamento dialógico e integrado da equipe de referência pressupõe tomá-la como espaço coletivo, que discute casos clínicos, sanitários ou de gestão e participa da vida da organização. O apoiador matricial pode agregar saber e mesmo contribuir com intervenções que aumentem a capacidade de resolver problemas de saúde da equipe primariamente responsável pelo caso. Também

procura construir e ativar espaço para comunicação ativa e para o compartilhamento de conhecimento entre profissionais de referência e apoiadores.

Penido (2013), aprofunda a discussão ao destacar percepções distintas dos diferentes tipos de profissionais quanto ao AM. Os médicos são os que mais evocam o potencial pedagógico da estratégia e seus efeitos sobre a clínica. Relacionam-se com o AM, sobretudo como aprendizes, o que também implica em aprender a conviver com o reordenamento de poder na equipe para produção coletiva do cuidado em saúde. A percepção dos agentes comunitários de saúde é permeada pelos efeitos de valorização do seu conhecimento e ressalta as mudanças relativas à sua maneira de conceber e lidar com os usuários, reafirmando que a mudança de práticas não está desvinculada da mudança dos sujeitos. Os enfermeiros se diferenciam no desvelar do AM, identificando conflitos e disputas de poder. Assim, os trabalhadores das EqSFs mantêm com os apoiadores – e com o AM – relações tensionadas pela sobrecarga de trabalho e por conflitos de poder, mas também laços de solidariedade e interesse.

Ao identificar as atividades de AM que mais contribuem para melhor certificação das equipes por área de assistência, observou-se que consultas clínicas, discussão de casos clínicos e visita com os profissionais interferem pouco na certificação obtida. Essas são atividades relacionadas aos processos diretos de assistência aos pacientes. As atividades que exigem processo de interação significativo são as mais relevantes para a melhor certificação, dentre os quais novos processos precisam ser criados e apropriados.

Uma das explicações diz respeito à complexidade do próprio conceito AM e sua possível incompreensão pelas EqSF: o simples fato de possuir acesso a referências especializadas pode ter sido interpretado pelas equipes como possuir o apoio matricial em si. Outra possibilidade refere-se à dificuldade, já relatada por Jorge, Sousa e Franco (2012),

que as equipes têm de se apropriar do cerne do apoio matricial: o estabelecimento de relações horizontais, alterando o processo de responsabilização para outro compartilhado, com discussão de casos clínicos e construção de soluções por meio de projetos terapêuticos efetivamente conjuntos, reverte a visão de sistemas hierarquizados como forma de estruturação do cuidado ao paciente. Ou seja, não basta ter o profissional especialista para apoio às equipes básicas, porque os melhores resultados somente acontecerão quando o especialista e as equipes revisitarem suas práticas em direção a processos efetivamente mais compartilhados e que incidam sobre uma nova forma de construir o cuidado em saúde.

As atividades de AM que mais contribuiriam, em todas as áreas, para melhor certificação foram: educação permanente, construção conjunta, ações clínicas compartilhadas, discussões de processo de trabalho e intervenções no território. Deve-se salientar o papel da educação permanente no aumento da chance de melhor certificação, em todas as áreas: mulher (30%), criança (24%), hipertensão/diabetes (40%) e saúde mental (22%).

Conforme salientam Jorge, Sousa e Franco (2013), o AM permite compartilhar responsabilidades e se fortalecer para lidar melhor com situações complexas. Quando as equipes são mais próximas, os profissionais se conhecem, estabelecem laços pessoais e criam canais para contato, sempre que necessário. Ainda que uma rede de atenção integral se componha pelos serviços de saúde e recursos do território, ela depende (e se constrói com) das pessoas que atuam nos serviços e das conexões e vínculos que estabelecem entre si para atingir um objetivo comum. O compartilhamento de responsabilidades e ações interventivas só se realiza por meio das relações sociais entre os trabalhadores dos serviços. Portanto, valorizar e investir na relação entre as pessoas é fundamental para um trabalho efetivamente compartilhado entre as duas equipes e na rede como um todo. No entanto, sua concretização tem sido

um grande desafio para o cotidiano do trabalho em saúde. O caminho é longo, os obstáculos são frequentes e os desafios, constantes (QUINDERÉ *ET AL.*, 2013).

Outro aspecto que chama a atenção no estudo refere-se à estruturação do AM na área da SM. Apesar de estar configurado há mais tempo no contexto do SUS, desde 2003, e ser a área com experiências positivas num trabalho articulado e compartilhado, observou-se que a associação entre apoio e resultado da certificação foi a mais baixa dentre as áreas analisadas – sendo que, nessas outras, a experiência com apoio matricial é mais recente. Esse resultado precisa ser compreendido por meio de investigações posteriores.

Uma das limitações deste estudo advém do fato de o conceito de AM ser amplo (JORGE, SOUSA, FRANCO, 2013) e ainda recente no Brasil, o que pode ter adicionado algum viés de informação quando confundido com referenciamento. Além disso, a certificação das equipes do PMAQ-AB utilizada como marcador de qualidade neste estudo é basicamente pautada em indicadores de estrutura em detrimento de indicadores de processo e resultado (BRASIL, 2013). No entanto, a proposta de avaliação do PMAQ-AB é inovadora e está em constante aprimoramento a partir da linha de base dessa primeira avaliação realizada em 2011-2012 que poderá ser tomada como uma linha de base. Nesse aspecto, maior ênfase em indicadores de processo e resultado deve ser estimulada nos futuros ciclos avaliativos com vistas à melhoria contínua da qualidade da atenção à saúde.

Conclusão

Observou-se que, no Brasil, as atividades de AM na Atenção Básica já são expressivas, porém desiguais, com graus de AM mais elevados nos estados, estratos e regiões mais desenvolvidas. No entanto, em 12 estados, cerca de 50% das EqSF, possuem nenhum ou grau baixo de AM. Existem associações importantes entre o grau de AM ofertado às EqSF e os resultados obtidos na certificação do PMAQ-AB nas áreas analisadas: saúde da mulher, criança, diabetes/hipertensão e saúde mental.

As atividades de AM que mais contribuíram para melhor certificação das equipes foram as que exigem alta interação entre EqSF e apoiadores: educação permanente, construção conjunta, ações clínicas compartilhadas, discussões de processo de trabalho e intervenções no território. Pode-se concluir afirmando que o AM tem progressivamente se estruturado na atenção primária no Brasil e ajudado a melhorar a qualidade e o acesso da população à atenção à saúde no país.

Nesse contexto em que as atividades de AM generalizam-se na Atenção Básica no país, vinculadas a melhor certificação no PMAQ-AB, percebeu-se que existem atividades do AM mais fortemente correlacionadas com os resultados positivos da certificação. Resta aprofundar estudos nessa direção, procurando compreender melhor tal dinâmica. No entanto, já há indícios fortes de que a estruturação do AM na atenção básica contribui para a atenção de melhor qualidade à população brasileira. ■

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. *Nota metodológica da certificação das equipes de atenção básica participantes do programa de melhoria do acesso e da qualidade na atenção básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Diretrizes do NASF: núcleo de apoio à saúde da família*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB): manual instrutivo*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: equipe de referência e apoio matricial*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- 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.
- CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. S. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v.20, n.4, p.961-970, 2011.
- DELFINI, P. S. S.; REIS, A. O. A. Articulação entre serviços públicos de saúde nos cuidados voltados à saúde mental infanto-juvenil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 357-366, 2012.
- JORGE, M. S. B.; SOUSA, F. S. P; FRANCO, T. B. Apoio Matricial: dispositivo para resolução de casos clínicos de saúde mental na Atenção Primária à Saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 66, n. 5, p. 738-744, 2013.
- PENIDO, C. M. F. Análise da implicação de apoiadores e trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família no apoio matricial em saúde mental. 2012. 171f. Tese (Doutorado em Enfermagem). – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2012.
- QUINDERÉ, P. H. D. et al. Acessibilidade e resolubilidade da assistência em saúde mental: a experiência do AM. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.18, n.7, p.2157-2166, 2013.

Recebido para publicação em abril de 2014

Versão final em agosto de 2014

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve