

Transversalizando a rede: o matriciamento na descentralização do aconselhamento e teste rápido para HIV, sífilis e hepatites

Network transversality: matrix support in the decentralization of counseling and rapid testing for HIV, syphilis, and hepatitis

Kátia Bones Rocha¹, Rejane Rosaria Grecco dos Santos², Jaqueline Conz³, Ana Carolina Tittoni da Silveira⁴

RESUMO Objetivou-se investigar como a política de descentralização do aconselhamento e teste rápido de HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana), sífilis e hepatites foi implementada a partir do matriciamento das equipes de Atenção Básica em Porto Alegre. É um estudo qualitativo, no qual foram realizadas oito entrevistas com matriciadoras. Entre os aspectos positivos, estão a realização da capacitação dos profissionais da Atenção Básica, de interconsultas, supervisões e visitas. Essas experiências destacam a potencialidade de um trabalho mais horizontal entre os níveis de atenção especializado e básico. Entre os aspectos considerados negativos, destacam-se a ênfase na parte técnica do teste e a descontinuidade do matriciamento.

PALAVRAS-CHAVE Atenção Primária à Saúde; Aconselhamento; HIV; Políticas públicas.

ABSTRACT *The aim of this research was to investigate how the decentralization of counseling and rapid testing for HIV (Human Immunodeficiency Virus), syphilis, and hepatitis B and C have been implemented in the city of Porto Alegre, Brazil, using matrix support with Primary Health Care teams. It is a qualitative study, in which eight matrix supporters were interviewed. Positive aspects include training of Primary Health Care professionals, interconsultation, supervision, and visits. Such experiences point out the potentiality of more horizontal work between primary and specialized levels of care. Negative aspects include the emphasis on the technical aspect of the test and the discontinuity of matrix support.*

KEYWORDS *Primary Health Care; Counseling; HIV; Public policies.*

¹ Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS) – Porto Alegre (RS), Brasil.
katia.rocha@pucrs.br

² Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS) – Porto Alegre (RS), Brasil.
rejanegrecco@gmail.com

³ Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS) – Porto Alegre (RS), Brasil.
jaqueconz@gmail.com

⁴ Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS) – Porto Alegre (RS), Brasil.
anactittoni@gmail.com

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) surge como política pública a partir da Constituição Federal de 1988, em um contexto de retomada histórica de direitos. O SUS busca atender às demandas de saúde da população, compreendendo cada sujeito, território e equipe como singulares e únicos, visando o acesso à saúde universal, equitativo e íntegro por todos os usuários residentes no território nacional.

Nas últimas décadas, a Atenção Básica (AB) à saúde vem recebendo incentivos e buscando ocupar uma posição central na atenção à saúde no Brasil por meio da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2012). A Estratégia Saúde da Família (ESF) tem um papel central na coordenação e ordenação do cuidado e acesso à saúde, caracterizando-se como ponto central e porta de entrada da rede de cuidado do SUS. A AB tem como objetivo principal a descentralização do atendimento, ampliando o acesso da população aos serviços e visando a criação de vínculos entre usuários e profissionais. A partir disso, busca oferecer relações de cuidado mais eficazes, profundas e coerentes às realidades comunitárias e familiares dos usuários (BRASIL, 2012; CONILL, 2008).

Com o fortalecimento do SUS a partir da consolidação do nível de Atenção Primária à Saúde, da criação do programa HumanizaSUS e das conquistas e articulações práticas da Reforma Psiquiátrica, uma maior responsabilização e demanda de serviços para o nível básico de saúde são instauradas, sendo criado o apoio matricial como um novo dispositivo de gestão do funcionamento dos serviços de saúde (CAMPOS; DOMITTI, 2007). Campos (1998) utilizou o conceito de dispositivo de Barembliitt (1992) para caracterizar o apoio matricial como uma ferramenta política de intervenção institucional. O conceito de 'dispositivo' se refere à inserção de recursos externos (como o matriciamento) em uma instituição, intervindo na realidade cotidiana em prol de alterações na base e funcionamento de tal.

Tendo surgido como política pública em 2007 no âmbito da saúde mental, o matriciamento visa alterar a lógica organizacional de cuidado em saúde a partir de especialidades, relativizando o princípio de hierarquização entre os profissionais e serviços de níveis de atenção distintos (proposto na teoria de sistemas de saúde), sendo todos os saberes (equipe e comunidade) importantes para o processo de trabalho (CAMPOS, 1998; CAMPOS; DOMITTI, 2007). A partir de trocas teóricas e práticas entre a equipe de referência (equipe de atenção primária) e a equipe matricial (equipe de profissionais do nível de atenção especializada), o matriciamento se propõe a repensar as políticas públicas de saúde presentes na rede de saúde de forma longitudinal nos três níveis de atenção. Segundo Campos e Domitti (2007), o matriciamento oferece uma atenção singular, que respeita as diferentes culturas e necessidades de cada território e equipe de referência em questão.

Há estudos publicados que exploram a estratégia de matriciamento, principalmente em saúde mental, como destaca a revisão de literatura desenvolvida por Bonfim *et al.* (2013). Por outro lado, observa-se uma escassez de estudos publicados sobre o matriciamento para a realização do teste rápido para HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana), sífilis e hepatites virais (HAAG; GONÇALVES; BARCELLOS, 2013).

Em relação à Política Nacional de DST/Aids, a partir do ano de 2000, o Ministério da Saúde divulgou três manuais que lançam as diretrizes para atenção em HIV/Aids (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) na AB. Os manuais destacam a inserção do aconselhamento e o incentivo para a oferta diagnóstica para o HIV na rede de AB (BRASIL, 2003, 2005). A ideia é que a testagem, além de ser oferecida pelos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), seja também ofertada pela atenção primária e que as pessoas possam ser acompanhadas pelas unidades básicas de saúde, dentro de uma lógica de corresponsabilidade. Cabe destacar que o

Rio Grande do Sul é o estado com maior incidência de Aids no País, com 41,3 casos a cada 100 mil habitantes em 2013. A situação em Porto Alegre é ainda mais alarmante, com incidência de 95,6 casos para cada 100 mil habitantes no mesmo ano (BRASIL, 2014).

Nesse contexto, este estudo objetiva investigar como a política de descentralização do teste rápido de HIV, sífilis e hepatites vem sendo implementada, a partir do matriciamento das equipes de AB para a realização do aconselhamento e teste rápido em Porto Alegre e no estado do Rio Grande do Sul. Ressalta-se que Porto Alegre é uma das cidades pioneiras no processo de descentralização do teste rápido de HIV, sífilis e hepatites para a rede de AB.

Método

Trata-se de um estudo do tipo qualitativo e exploratório com profissionais que atuavam como matriciadoras para a realização do aconselhamento e teste rápido de HIV, sífilis e hepatites virais na AB. As participantes foram selecionadas mediante a técnica de *snow ball* (bola de neve), na qual as entrevistadas indicaram outras profissionais matriciadoras. Participaram oito profissionais, sendo cinco delas responsáveis pelo matriciamento do município de Porto Alegre e três envolvidas no processo de matriciamento do estado do Rio Grande do Sul. Elas foram convidadas para assumir tal função devido às suas experiências profissionais e identificação com a temática de HIV/Aids. As participantes serão identificadas como P1, P2 e assim por diante.

Os dados foram coletados entre os meses de outubro e dezembro de 2014 por meio de entrevistas semiestruturadas, com duração média de 45 minutos. Todas as entrevistas foram gravadas, transcritas e analisadas com o apoio do *software* Atlas.ti.

Para a interpretação dos dados, foi utilizada a Análise Temática (AT) (BARDIN, 2011).

Foram seguidos os passos propostos por Braun e Clarke (2006) para a realização da AT: a transcrição cuidadosa das entrevistas; a codificação inicial dos temas que surgiram como mais relevantes a partir da exploração de todo o material, os quais foram considerados como coerentes, consistentes e distintos entre si; depois de escolhidos os temas, as entrevistas foram relidas e recodificadas; os dados das entrevistas foram interpretados e organizados; a análise de dados buscou considerar um bom equilíbrio entre a narrativa analítica e extratos ilustrativos que são fornecidos no texto. Para este estudo, três pesquisadoras codificaram as entrevistas utilizando o Atlas.ti de forma independente, e uma quarta pesquisadora serviu como juíza. Quando havia distinções entre as codificações, foi realizada uma discussão com todas as pesquisadoras, buscando-se um consenso.

O presente estudo foi financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), (Edital Universal nº 482051/2013-2) e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUC-RS e da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, via Plataforma Brasil (nº 779.500).

Resultados

Em relação às participantes, cinco delas possuíam formação em psicologia e três em enfermagem, com diferentes vínculos laborais: duas delas possuíam um contrato temporário de vinte horas semanais durante treze meses para a realização do matriciamento em seis das oito gerências distritais de saúde de Porto Alegre; três delas eram funcionárias do estado e responsáveis por realizar o matriciamento nas outras duas gerências distritais de saúde da cidade e as outras três profissionais entrevistadas eram funcionárias do estado e responsáveis pelo matriciamento das regionais do estado do Rio Grande do Sul. Apenas duas das entrevistadas seguiam matriciando a região que lhes foi designada.

A partir da leitura do material coletado durante as entrevistas, surgiram os seguintes eixos temáticos: 1) Capacitação; 2) Matriciamento; 3) Aconselhamento; 4) Resistências e possibilidades e 5) Matriciamento: interior versus capital. Os eixos temáticos buscaram dar visibilidade a elementos a fim de analisar o matriciamento realizado para a execução do aconselhamento e teste rápido de HIV, sífilis e hepatites.

Capacitação

Um dos primeiros aspectos que as entrevistadas apresentaram foi a diferenciação entre capacitação e matriciamento. As capacitações podem ser uma das atividades desenvolvidas dentro do matriciamento, mas apenas a realização de capacitações pontuais não pode ser considerada matriciamento. Por meio das entrevistas, percebeu-se que grande parte das ações vinculadas ao matriciamento, para a realização do teste rápido e aconselhamento, na cidade e no estado tiveram caráter de capacitação. Assim, foram realizadas palestras e oficinas pontuais em pontos centrais na cidade, com um grande número de ouvintes, sem distinção de profissionais por território ou serviço ao qual estavam vinculados. Uma das participantes sistematizou que as capacitações tiveram três objetivos: “*Tinha uma parte de conhecimento, uma parte técnica, uma parte, assim, de sensibilização*” (P1).

Outra participante afirmou que a capacitação consistia em:

Uma parte teórica e também a parte prática. Prática e teoria, explicando todo o teste e como ele [teste] funciona e, assim, ajudava com que eles [profissionais da AB] se capacitassem e aprendessem mais com o som da técnica, o quanto ela é fácil, mas também difícil, no sentido de muita responsabilidade. (P2).

Além de instrumentalizar sobre a

realização do teste em si, outra das entrevistadas referiu ser uma oportunidade de troca de experiências:

Instrumentalizar assim o profissional quanto às leis, sobre o teste rápido, como são os fluxos, a parte prática realmente, como se faz o teste rápido, a gente tentava dar um aporte assim sobre tudo, como fazer laudos, como organizar a área física, a gente já tinha implantado [o teste rápido nos CTAs], então a gente contava da nossa experiência... das dificuldades que a gente passou, mas do que isso traz de benefícios, tanto pra gente assim como pessoa, assim como profissional, né? (P3).

Também uma entrevistada mencionou a importância da capacitação como um espaço diferenciado, como uma oportunidade de aproximação das equipes que, às vezes, era maior nas capacitações que nas visitas. Nesse sentido, relatou:

Porque a gente usou aquela metodologia problematizadora que o Ministério utiliza... a partir de casos práticos e situações e, no final, a gente vê a teoria e integra com os aspectos teóricos, não só porque eles começam a trabalhar melhor, mas também porque a gente conseguiu se aproximar mais das unidades através das capacitações do que nas visitas, porque, às vezes nas visitas, tu chega lá e é na prática, sabe? (P4).

Na mesma linha, algumas matriciadoras referiram que as capacitações são utilizadas como um dispositivo sensibilizador e como uma forma de desacomodar as equipes: “*A proposta era desacomodar né, poder ajudar aquele profissional a pensar a respeito dessas questões e se olhar nisso*” (P5).

Todas as entrevistadas declararam que os profissionais que mais participavam das capacitações para a realização dos testes e aconselhamento eram enfermeiras e, em alguns casos, médicos. Por outro lado, as matriciadoras destacaram a importância de que mais de um profissional da equipe

realizasse a capacitação. Uma das entrevistadas pontuou:

Então, na medida do possível, a gente tenta sensibilizar a unidade pra que outras pessoas também dividam essa tarefa, que se capacitem duas ou três e só aquela se encarrega... aquela tá de licença porque tá doente ou vai embora... ninguém mais se encarrega, ninguém mais faz testagem. (P4).

Outra limitação destacada pelas matriciadoras é a alta rotatividade dos profissionais na atenção primária, muitas vezes associada à precariedade dos contratos laborais. As entrevistadas relataram:

Pegou o povo em plena rotatividade, acho que daqueles que a gente capacitou em 2012, não sei se tem alguém na rede ainda, porque logo depois já não tinha. (P6).

As entrevistadas discutiram também o caráter pontual das capacitações nesse contexto de alta rotatividade. Uma delas referiu:

Muitas vezes era aquele o profissional que se disponibilizou para fazer a formação conosco, as capacitações, e aquele profissional foi embora e, bom, as equipes não conseguiram se reorganizar às vezes para acompanhar, as equipes se desmanchando, né? Acho que são atravessamentos que a gente passou assim, que dificultaram eu acho e muito. (P5).

A capacitação foi referida como um disparador, devendo o processo de construção do conhecimento ser feito de maneira conjunta e continuada:

Eu acho que uma capacitação é um disparador. É um dispositivo pra tu ter... para saber coisas básicas pra fazer. Agora, quando é que tu te sente apto a fazer um aconselhamento com segurança e tranquilidade, é de tanto fazer, é tendo supervisão, é conversando, é tendo com quem dizer das tuas dúvidas, o que tu vai fazer com isso. (P1).

Matriciamento

Além das capacitações, houve outras ações no processo de matriciamento, como interconsultas, visitas a algumas unidades e trocas via e-mail e telefone. A frequência e continuidade dessas atividades variaram conforme o vínculo laboral das matriciadoras. Com isso, as entrevistadas apresentaram discussões e críticas sobre o desenvolvimento e características do matriciamento na cidade e no estado:

Eu acho que as pessoas que foram fazer o matriciamento não sabiam o que era. Elas não tinham ideia do que era o matriciamento. Elas acharam que era fazer um curso e entregar. (P1).

As entrevistadas referiram ter realizado interconsultas com profissionais da AB no CTA em que trabalhavam:

Nós começamos também a realizar trabalho assim de interconsulta na unidade, situações complicadas com relação à testagem, à dificuldade do paciente em lidar com o diagnóstico. A gente também tem intervenções onde a gente trabalha junto com a equipe, onde a gente trabalha aquele usuário, tem situações onde a gente discute com a equipe e a equipe intervém e têm situações onde a equipe intervém junto conosco, são as interconsultas. (P4).

Algumas equipes de matriciadoras também relataram ter realizado visitas em algumas unidades:

Nós éramos cinco ou seis técnicos aqui. A gente planejou da seguinte maneira: nós fizemos visitas a todas as unidades. A gente visitou fisicamente os serviços, né? (P1).

Outro ponto trazido pelas entrevistadas é que o matriciamento não se configurava como uma prática longitudinal. As matriciadoras relataram:

O ideal seria realmente poder ter, dar continuidade a isso e poder dar esse acompanhamento pra que realmente entre na rotina das pessoas, poder pensar a respeito de sexualidade a respeito de teste rápido, a respeito, sim, se a pessoa pode sair com um diagnóstico daqui. (P5).

Eu entendi como um processo longitudinal, né? Onde a gente ia continuar fazendo essa parceria. É assim que eu entendo o matriciamento, eu acho que é assim que funciona. (P1).

A falta de continuidade também foi associada ao não prosseguimento do trabalho dos profissionais matriciadores, já que alguns foram contratados por um tempo específico.

Então, essas regiões foram matriciadas, implementaram o teste rápido, mas isso acabou com a troca das equipes e tal, isso acabou diminuindo e assim, o que se tem hoje, a nossa região que é a que mais tá testando. (P7).

Quando nós saímos, ficou sem equipe de matriciamento... então eu não sei como é que ficou depois... eu acho que essas visitas não têm mais sido feitas... (P8).

Destaca-se a associação entre a realização continuada do matriciamento e o aumento do número de testes realizados.

A questão do vínculo laboral e das condições de trabalho, tanto dos matriciadores quanto das equipes de atenção primária, parece ser um elemento transversal, impactando na resposta programática à epidemia.

Aconselhamento

O aconselhamento é uma ferramenta que visa a promoção e prevenção da saúde por meio de um momento de conversa antes da realização do teste e outro pós-teste, para a devolução do resultado. É planejado que seja singular, contemplando a integralidade dos

sujeitos que o acessam.

As entrevistadas destacaram que, no espaço para o aconselhamento dentro das capacitações, buscavam trazer os aspectos mais vivenciais em forma de oficinas. As matriciadoras relataram:

Tem-se feito uma fala que é muito de teórica, sobre os princípios do aconselhamento, mas a gente sempre procura também fazer um momento mais vivência, algum momento mais de oficina. (P6).

Então a gente fazia teoria, sim, mas prática, do aconselhamento. Como seria abordar alguém, como seria escutar, ter o feeling da escuta pra poder escutar e se sentir na cena pra poder avaliar. (P2).

A percepção de que grande parte da capacitação estaria centrada na parte prática da execução do teste em detrimento do aconselhamento que, mesmo considerado mais complexo, nem sempre seria privilegiado dentro da política de descentralização se apresentou como um paradoxo:

[...] ou só a questão do aconselhamento mesmo, que era o que os profissionais acabavam falando ter maior dificuldade, porque a técnica em si é simples. (P8).

Todas as entrevistadas mencionaram que o aspecto que consideraram menos contemplado durante as capacitações e em todo o processo de descentralização do teste é o aconselhamento.

Tinha um turno só pra conversar das coisas do aconselhamento, o que falar, o que é importante, bem assim, bem sistematizado. (P3).

Falar do próprio aconselhamento para as pessoas entenderem que aconselhamento não é dar conselho, né? Mas isso a gente conseguiu muito pouco, assim... foi uma das coisas que eu fiquei com

aquela sensação de frustração de que eu queria ter conseguido um pouco mais [...]. (P8).

[...] formações dentro da tecnologia e do aconselhamento, a gente estava sempre tentando dar conta daquilo, mas parecia que tu tava andando atrás de algo que tu não conseguiria completar. (P5).

As entrevistadas também criticaram os aspectos que vêm sendo priorizados na implementação da política:

A política de testagem foi muito focada para realmente diagnosticar e tratar os positivos e com isso diminuir a circulação de vírus, então por isso que eu chamo de meio americanizado... que se pudesse identificar todo mundo que tem HIV e tratar todo mundo que tem HIV e baixar nossos índices... Que, bem, é uma coisa importante, né, mas eu acho que se valorizou pouco essa ferramenta... de encontrar os positivos e lidar com a epidemia a partir disso. (P6).

Nesse sentido, a mesma profissional relatou: “A coisa do aconselhamento entra, assim, parece que é brinde pra quem vai fazer, ah... aprender a fazer a técnica de furar o dedo, fazer o exame” (P6).

Resistências e possibilidades

A relação entre equipes também foi um ponto trazido nas entrevistas. As matriciadoras citaram dificuldades no trabalho entre os níveis básico e especializado, além das resistências de alguns profissionais e das equipes:

Nem todo mundo que a gente estava investindo estava realmente a fim, tinha toda uma questão de sensibilização, e que não é só uma formação, uma capacitação que vai conseguir fazer isso, independentemente dos dias ou do tempo que tu tens. (P5).

Na prática a gente sabe que nem todos vão ter perfil e nunca terão... (P4).

Outras entrevistadas destacaram que a comunicação entre os diferentes níveis de atenção ainda se constitui como um desafio:

É um desafio conversar com a rede básica e a rede básica conseguir conversar com a gente. (P3).

Então as pessoas, as minhas colegas [matriciadoras] ficavam assim: ‘Ah, mas tu vê! Aquelas pessoas não aprendem como fazer isso [profissionais da atenção primária]’. E eu disse: ‘Como é que eles vão aprender?’ [...] Elas começaram há 15 dias. Há dois meses, entende? ‘Ah, mas é uma enfermeira!’ Mas é uma enfermeira que nunca trabalhou com Aids. É diferente, né? Foi de ambas as partes [matriciadores e profissionais da AB], a má vontade e a incompreensão. (P1).

Nem sempre as equipes [atenção primária] nos acolhem da forma como a gente gostaria né? (P4).

As lógicas e hierarquias entre os diferentes níveis de atenção apareceram como um desafio para o desenvolvimento de um trabalho integrado. Por outro lado, as entrevistadas mencionaram aspectos positivos não só para a AB, mas também para a atenção especializada com o estabelecimento de um vínculo de troca longitudinal entre os dois níveis.

Se houvesse o matriciamento, facilitaria o trabalho do CTA. Manteria aquela nossa mão dupla, que a gente tinha com eles, assim, de ao mesmo tempo vocês nos trazem casos novos e a gente devolve pra vocês os casos de pessoas que a gente perdeu. (P1).

Matriciamento: interior versus capital

No próprio processo de capacitação para a realização do teste rápido e aconselhamento, foram verificadas algumas desigualdades territoriais na forma como a capacitação

para o interior do estado foi e vem sendo realizado. Enquanto na capital as matriciadoras relatam realizar a capacitação em média em 20 horas e com possíveis acompanhamentos posteriores às unidades, esta podia acontecer em um dia ou em uma semana no interior:

A gente foi em inúmeros municípios, regionais pra capacitar profissionais pra eles se tornarem, na sua regional, capacitadores do... pessoas do teste. (P2).

As minhas participações são todas extremamente pontuais, vai no município, capacita a pessoa, vai embora, mas não volta, não sabe o que aconteceu... teve um momento de pressa, de a gente, 'ah vamos fazer, vamos capacitar todo mundo', então a gente olha pros números, que deve dizer que todos os municípios devem ter alguém capacitado. Acho que isso serve pra dizer, mas agora se essa pessoa realmente está fazendo, ainda está no município e está fazendo de forma correta, a gente não tem conseguido acompanhar isso, e acho que isso dá margem pra muito dúvida, né? (P6).

Discussão

Um primeiro aspecto a ser destacado é que as participantes entrevistadas compreendiam claramente as diferenças entre capacitação e matriciamento. Na maioria das ações abordadas, o que vinha sendo denominado como matriciamento se restringiu apenas a capacitações pontuais, não havendo longitudinalidade dos acompanhamentos de equipes e serviços em suas singularidades e especificidades.

Em relação às capacitações realizadas, as entrevistadas destacaram a importância de que estas fossem espaços não apenas de transmissão de conhecimentos técnicos e teóricos, mas também espaços de trocas de experiência, de sensibilização e criação de vínculos entre as equipes, a partir da

utilização de metodologias participativas e problematizadoras. Assim, as profissionais matriciadoras buscaram romper com a lógica dicotômica entre teoria e prática em seu trabalho, buscando que estes dois campos de ação operassem de forma integrada nas capacitações (CAMPOS, 2011).

Como foi destacado na introdução, o conceito de dispositivo de Baremblytt (1992) se refere à inserção de recursos externos (no caso do matriciamento de uma equipe) em uma instituição, intervindo na realidade cotidiana e produzindo movimento, alterando as lógicas de gestão e de processos de trabalho. Nesse sentido, uma das entrevistadas referiu que a capacitação atuaria como um disparador importante. No entanto, para que as equipes de atenção primária estivessem suficientemente preparadas, seria necessário um acompanhamento longitudinal dessas equipes, realizando supervisões e discutindo casos nos próprios cotidianos de prática das unidades.

Nessa direção, Franco (2011) destaca que as práticas desenvolvidas pela ESF têm que avançar no sentido da integralidade e no foco em ações menos direcionadas à doença ou à lógica de grupos de risco. Outro aspecto apresentado foi a participação de apenas um profissional de cada equipe, geralmente com formação em enfermagem. Nesse sentido, Campos e Domitti (2007) trazem a importância de que o processo de matriciamento tenha caráter interdisciplinar em ambas as equipes. Para que tal ferramenta se caracterize como um dispositivo, ela deve envolver as equipes como um todo no processo de trabalho e na recepção da nova tecnologia, não se restringindo apenas a capacitar um profissional por equipe. O matriciamento objetiva reduzir a lógica prescritiva de encaminhamentos a partir do seu rompimento já na própria equipe da unidade básica, não hierarquizando e não determinando saberes a partir de formações, fazendo com que os saberes e práticas circulem de forma transversal entre os profissionais. Para que esse

nível de transversalidade seja atingido, o processo formativo da equipe deve acontecer também no território de inserção da nova política, possibilitando que o matriciamento não quebre a rotina e dinâmica de trabalho dos profissionais, mas que a integre.

Cabe destacar que outra dificuldade encontrada pelas equipes matriciadoras foi a alta rotatividade dos profissionais na atenção primária, o que dificultava a continuidade do trabalho realizado. A precariedade da vinculação laboral também pôde ser observada em relação a algumas das profissionais entrevistadas que haviam trabalhado com contrato temporário de apenas 20 horas semanais e que eram responsáveis pelo matriciamento da maior parte das gerências distritais de saúde de Porto Alegre. Entre as entrevistadas, apenas duas seguiam matriciando uma das oito regiões distritais de saúde da cidade que lhes foi designada. Nesse sentido, a resposta à epidemia passa por uma resposta programática do Estado, da construção de um trabalho longitudinal com maior investimento em recursos humanos, tanto na atenção primária quanto na especializada.

Apesar da crítica sobre a predominância do aspecto pontual das capacitações, durante o período em que estava acontecendo o matriciamento das equipes, foi constatada a realização de diferentes atividades de matriciamento, como as visitas às equipes, supervisões e interconsultas. Segundo Campos e Domitti (2007), o apoio matricial implica a construção de um projeto terapêutico integrado, no qual a articulação entre equipe de referência e apoiadores pode se desenvolver em três planos fundamentais: a) interconsultas: 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 da equipe especializada, este pode programar atendimentos ou de intervenções especializadas, mantendo contato com a equipe de referência, que participaria ativamente das decisões a respeito

do usuário e não se descomprometeria com o caso; c) o apoio pode se restringir à troca de conhecimento e de orientações entre equipe de referência e equipe matricial, assim como supervisões e um diálogo sobre alterações na avaliação do caso e mesmo reorientação de condutas; nesse plano, são realizadas também palestras e oficinas voltadas para a comunidade do território em questão.

A importância da aproximação dos profissionais da saúde do nível especializado ao território se destaca porque, como enfatizam Campos, Barros e Castro (2004), estes acabam por construir saberes, linguagens e modos de fazer diferentes daqueles vivenciados pelos profissionais da AB. Ambos os níveis de atenção podem dialogar e estabelecer vínculos de corresponsabilidade e cogestão, tendo como objetivo melhorar a saúde dos usuários (CAMPOS; BARROS; CASTRO, 2004).

Nesse sentido, traça-se um paralelo com a experiência de matriciamento estudada por Arona (2009). Tratou-se de um processo realizado em quatro unidades básicas de saúde por um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) de um município de pequeno porte do estado de São Paulo. Mesmo os estudos tendo objetivos diferentes, percebeu-se que um matriciamento que abrange a equipe básica como um todo e múltiplas políticas (como é o caso do Nasf) tende a construir uma ação mais horizontal, interdisciplinar e intersetorial e, conseqüentemente, práticas cogestivas.

As entrevistadas também citaram a questão das desigualdades nas capacitações e no matriciamento realizados na capital e no interior do estado. Fora da capital, o que se chamou de matriciamento ficou restrito a capacitações pontuais com um número de horas mais restrito. Assim como foi exposto anteriormente, as capacitações podem ser uma das atividades do matriciamento, mas apenas a capacitação pontual não se configuraria como matriciamento, já que este deve ser um acompanhamento longitudinal. A lógica dos números e da cobertura das equipes

matriciadas foi questionada em um sentido mais amplo, em termos de efetividade da intervenção. As desigualdades territoriais possuem, segundo Assis e Jesus (2012), um caráter multidimensional, com aspectos sociais e políticos presentes na forma como as políticas de saúde são implementadas.

Um paradoxo destacado pelas entrevistadas é que apesar da maior ênfase das capacitações serem na parte técnica, para a realização do teste rápido, o que elas consideravam mais complexo de ser realizado pelos profissionais da atenção primária era o aconselhamento. O aconselhamento em HIV e Aids é entendido como um processo de escuta ativa, individualizado e centrado no usuário. Está atravessado pelo estabelecimento de uma relação de confiança entre o profissional da saúde e o usuário, utilizando-se de recurso próprios do usuário para que tenha condições de reconhecer-se como sujeito de sua própria saúde e transformação. No âmbito de HIV/Aids, o aconselhamento está pautado sob três componentes: 1) apoio emocional; 2) apoio educativo, no qual há troca de informações sobre Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e HIV/Aids, e suas formas de transmissão, prevenção e tratamento; e 3) avaliação de riscos, na qual se faz uma reflexão sobre valores, atitudes e condutas, incluindo-se uma estratégia para a redução de riscos (BRASIL, 2003, 2005). Em relação a HIV/Aids, o aconselhamento deve abarcar as singularidades do sujeito, incluindo suas práticas, não devendo ter caráter prescritivo.

As entrevistadas mencionaram um sentimento de frustração em relação ao espaço dado ao aconselhamento dentro das capacitações e também do matriciamento de forma geral. Uma delas falou sobre o aconselhamento ser como um 'brinde'. A noção de 'brinde' deixa clara a priorização das tecnologias de trabalho consideradas duras em detrimento às tecnologias consideradas leves. Segundo Mehry (2002), as tecnologias duras em saúde podem ser consideradas as

ferramentas de trabalho associados à tecnologia, como, por exemplo, um teste diagnóstico. Já as tecnologias leves permitem a construção de vínculos, de confiança, sendo possível captar a singularidade e os modos de viver de cada usuário. Para o autor, é na relação do encontro, no trabalho vivo, que o usuário pode agir e interagir. Pelo modo como as lógicas de poder (políticas, técnicas e administrativas) operam, ainda existe uma tendência a priorizar as tecnologias mais duras e leve-duras, mais estruturadas.

A centralidade do diagnóstico, apesar de sua importância dentro do contexto atual da epidemia, responde a um modelo de saúde biomédico centrado na doença, no qual a prevenção e a promoção acabam sendo secundarizadas em prol de estratégias de cuidado denominadas 'americanizadas' por uma das participantes. Essas estratégias visam atingir massivamente a população, padronizando ou desconsiderando, por vezes, intervenções como o aconselhamento, acabando por não respeitar a singularidade do sujeito. Tal lógica de ação e gestão da política do teste rápido com ênfase no diagnóstico contraria o princípio de integralidade no cuidado no SUS.

Campos, Barros e Castro (2004) referem que o modelo de atenção de promoção à saúde deve deslocar o olhar e a escuta dos profissionais apenas da doença, buscando produzir autonomia durante o processo de cuidado em saúde. Nesse sentido, o aconselhamento enquanto tecnologia leve e relacional torna-se um espaço para promoção e prevenção em saúde, no qual o próprio usuário pode avaliar os seus riscos e buscar estratégias de cuidado de si, apresentando-se como uma ferramenta potente para produção de autonomia.

As participantes também falaram sobre a dificuldade do trabalho entre os diferentes níveis de atenção: especializada e primária. Assim como destacam Campos e Domitti (2007), um dos desafios do matriciamento é romper com a lógica hierarquizada entre os diferentes níveis de atenção dentro do SUS,

buscando desenvolver uma lógica de responsabilização e de horizontalidade das relações. Para que se atinja essa configuração e relação de trabalho, o autor pauta a importância de que a relação estabelecida seja também contínua e sistemática, possibilitando a criação de vínculos entre as equipes e estabelecendo uma parceria transversal e longitudinal entre os níveis hierárquicos da rede.

Cabe destacar que o matriciamento pode ser considerado um dispositivo importante por assegurar retaguarda assistencial especializada e dar suporte técnico às equipes, propiciando que barreiras sejam rompidas e conexões sejam feitas. Campos e Domitti (2007) afirmam que, para ampliar a possibilidade de realizar clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões, deve-se utilizar o apoio matricial. Segundo Campos (2011), o apoio matricial é uma práxis, e não somente uma tecnologia ou ferramenta. É um método dialético, uma constelação de conceitos que podem ser combinados de várias maneiras conforme o objetivo e a especificidade do caso.

Outro aspecto a ser destacado é que as entrevistadas apresentaram um conhecimento profundo sobre o SUS e sobre a tecnologia do matriciamento, mostrando-se muito politizadas ante as suas práticas. Dessa forma, conseguiram fazer uma avaliação tanto dos aspectos positivos quanto dos negativos em relação ao matriciamento, colocando-se como atores sociais e agentes políticos que não apenas executavam ações e políticas, mas também que avaliavam seus avanços e os desdobramentos macro e micropolíticos. Granjeiro, Silva e Teixeira (2009) destacam que entre os aspectos positivos da resposta brasileira à epidemia de HIV/Aids está o caráter politizado e de participação e controle social, tanto dos movimentos sociais como dos trabalhadores em saúde, potencialidades estas que devem ser tanto reconhecidas como legitimadas.

Entre as limitações do estudo, está o fato de

que o matriciamento foi analisado em apenas um estado do País. Futuros estudos devem ampliar essa análise para outras regiões, bem como avaliar o impacto do matriciamento realizado de forma longitudinal na realização de aconselhamentos e testes rápidos no contexto da atenção primária.

Considerações finais

Porto Alegre é uma das cidades pioneiras no Brasil na descentralização do teste rápido e do aconselhamento para a rede básica de atenção à saúde. Assim, os resultados e as experiências apresentadas nesta pesquisa podem servir como um disparador para outros contextos nos quais a descentralização esteja sendo implementada.

A partir das entrevistas com as matriciadoras, observa-se uma série de avanços associados à utilização do matriciamento como gatilho de novas lógicas de cuidado. Muitos dos aspectos expostos como relevantes no matriciamento, como as capacitações, interconsultas, supervisões e acompanhamento das equipes, foram postos em práticas no momento inicial da implementação do teste na rede. Os relatos e estratégias utilizadas pelas equipes de matriciamento permitem observar como desenvolver estratégias de educação permanente em saúde nos cotidianos de trabalho e como construir lógicas de trabalho mais horizontais entre as equipes especializadas e as equipes de AB.

Entre os aspectos negativos destacados, estão que o matriciamento muitas vezes ficou restrito apenas a capacitações pontuais. A partir dessas colocações, destaca-se a importância de que o matriciamento, com todas as suas potencialidades, seja utilizado de forma transversal e longitudinal no acompanhamento das equipes de AB, para garantir um aconselhamento e um diagnóstico de qualidade para os usuários. ■

Referências

- ARONA, E. C. Implantação do matriciamento nos serviços de saúde de Capivari. *Saúde & Sociedade*, São Paulo, v. 18, supl. 1, p. 26-36, mar. 2009.
- ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, nov. 2012.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2011.
- BAREMBLITT, G. *Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1992.
- BONFIM, I. G. *et al.* Apoio matricial em saúde mental na atenção primária à saúde: uma análise da produção científica e documental. *Interface*, Botucatu, v. 17, n. 45, p. 287-300, jun. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Aconselhamento em DST/HIV/Aids para a Atenção Básica*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003.
- _____. Ministério da Saúde. *Oficina de Aconselhamento em DST/HIV/AIDS para a atenção básica*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Boletim Epidemiológico: AIDS e DST*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.
- BRAUN, V.; CLARKE, V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, Londres, v. 3, n. 2, p. 77-101. 2006.
- CAMPOS, G. W. S. A mediação entre conhecimento e práticas sociais: a racionalidade da tecnologia leve, da práxis e da arte. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3033-3040, 2011.
- _____. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MEHRY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). *Agir em Saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar, 1998.
- CAMPOS, G. W. S.; BARROS, R. B.; CASTRO, A. M. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 745-749, set. 2004.
- CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio Matricial e Equipe de Referência: uma metodologia para a gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, 2007.
- CONILL, E. M. Histórico sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização dos serviços básicos e da Estratégia de Saúde da família em centros urbanos no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, 2008.
- FRANCO, F. A. *Atenção integral ao HIV/AIDS: para além da referência e contrarreferência*. 2011. 124 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.
- GRANGEIRO, A.; SILVA, L. L.; TEIXEIRA, P. R. Resposta à Aids no Brasil: contribuições dos movimentos sociais e da reforma sanitária. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 2, n.1 p. 87-94, 2009.
- HAAG, C. B.; GONÇALVES, T. R.; BARCELLOS, N. T. Gestão e processos de trabalho nos Centros de Testagem e Aconselhamento de Porto Alegre-RS na perspectiva de seus aconselhadores. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 723-739, set. 2013.
- MEHRY, E. E. *Saúde: Cartografia do Trabalho Vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.

Recebido para publicação em outubro de 2015
 Versão final em fevereiro de 2016
 Conflito de interesses: inexistente
 Suporte financeiro: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Edital Universal nº 482051/2013-2