

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
SISTEMA DE BIBLIOTECAS DA UNICAMP
REPOSITÓRIO DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA E INTELECTUAL DA UNICAMP

Versão do arquivo anexado / Version of attached file:

Versão do Editor / Published Version

Mais informações no site da editora / Further information on publisher's website:

Sem URL

DOI: 0

Direitos autorais / Publisher's copyright statement:

©2016 by Livronovo. All rights reserved.

DIRETORIA DE TRATAMENTO DA INFORMAÇÃO

Cidade Universitária Zeferino Vaz Barão Geraldo

CEP 13083-970 – Campinas SP

Fone: (19) 3521-6493

<http://www.repositorio.unicamp.br>

CAPÍTULO 11 – APOIO MATRICIAL EM SAÚDE

Alexandre Bergo Guerra

Cirurgião dentista da Prefeitura Municipal de Campinas, Especialista em Saúde Coletiva – FOP/ UNICAMP, Mestrando MP Odontologia em Saúde Coletiva – FOP/ UNICAMP

Ana Carla Fujisawa Ferreira de Sá

Cirurgiã-dentista. Coordenadora do Centro de Especialidades Odontológicas Ouro Verde- Campinas/ SP, Especialista Saúde da Família – UNIFESP, Mestranda MP em Odontologia em Saúde Coletiva – FOP/ UNICAMP

Antonio Carlos Pereira

Mestre e Doutor em Saúde Pública, Docente do Departamento de Odontologia Social FOP UNICAMP

Guia do capítulo

Objetivo:

Demonstrar a importância do Apoio Matricial como um arranjo organizativo do trabalho em saúde, que possibilita melhoria no acesso e na integralidade, aumento da resolutividade da atenção primária em saúde e a produção do cuidado centrada no indivíduo.

Ao final do capítulo, você deverá ser capaz de identificar a operacionalização desse arranjo e os impactos positivos que ele pode promover na Atenção Primária em Saúde.

Conteúdo Programático:

- Características da atual produção do cuidado em saúde
- Construção social e histórica da saúde e da doença e a degradação da clínica
 - Uma proposta para a ampliação da clínica
 - Experiências internacionais e nacionais de modelos e arranjos na perspectiva do apoio matricial / matriciamento.
- Considerações finais

Leitura Obrigatória:

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portal da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_nasf.php. Acessado em: 09 de março de 2015.

2. Oliveira, MM. Campos, GWS. Apoios matricial e institucional: analisando suas construções. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(1):229-238, 2015.

Leitura complementar:

Campinas. Colegiado de Gestão da Saúde. As Diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde – Gestão 2001 – 2004. Projeto Paideia de Saúde da Família. Campinas: Secretaria Municipal de Saúde; 2001. Campinas. Programa Paideia – Saúde da Família: 2001 – 2004: Campinas. Campinas: Secretaria Municipal de Saúde; 2003.

Atividade Recomendada:

1. Descreva sua experiência ou busque informações sobre como o seu município trabalha com a questão do apoio matricial. Cheque como os Núcleos de Apoio ao Saúde da Família (NASF) articulam seu trabalho com as Unidades Básicas de Saúde (USB ou USF) ou Centros de Atendimento Especializados (CAPS, CEO e UPA por exemplo).

1. Considerações iniciais

A medicina experimentou, no século XX, uma gigantesca evolução tecnológica, notadamente a partir da descoberta da penicilina por Fleming em 1928. Desde então, a velocidade da produção, não só de novos antibióticos, como de um *sem número* de tecnologias, possibilitou inquestionáveis melhorias em indicadores de saúde e de qualidade de vida. É só pensarmos nas vacinas, nos antibióticos, nos transplantes e nos exames de imagem. Melhorias tão rápidas, tão palpáveis, de mensuração tão óbvia, que tomaram de assalto a clínica médica.

Submetidos a essa nova realidade, não apenas os médicos, mas todos os profissionais de saúde experimentaram, ao longo desse período, uma drástica mudança, tanto na sua formação acadêmica, como no exercício de suas profissões.

A importância dada à tecnologia tem sido muito grande, exagerada até, ficando a clínica, a escuta, os sinais e sintomas detectados por um bom exame clínico “*fora de moda*”. Mal se pergunta o nome do paciente e já se inicia uma interminável lista de solicitações: hemograma, colesterol total e frações, urina I, ultrassom, ressonância magnética, etc. A gama de opções é tão grande que se subestima o que realmente importa: iniciar a consulta pelo acolhimento, pela escuta, imediatamente promovendo a formação de vínculo positivo com o paciente.

O que se observa ainda hoje é a reprodução do modelo biomédico, um atendimento baseado na queixa-conduta, no qual o profissional de saúde centra seus esforços na doença, como se a mesma pudesse ser desvinculada do doente (Campos, 1999).

A clínica que tem sido predominante praticada centra seus esforços na doença ou enfermidade em si, por vezes desconsiderando que esta afeta uma pessoa, um cidadão, um sujeito (Campos, 2007). Exemplo clássico é o atendimento baseado em queixa e conduta, onde há necessidade de produção de consultas em escala, de forma padronizada, desconsiderando fatores socioeconômicos e culturais de cada indivíduo atendido. A essa clínica dá-se o nome de “*clínica degradada*”.

Um exemplo dessa concepção de clínica, no SUS, é a inserção de médicos através de Pronto Atendimento (PA), caracterizada, do lado do profissional, por baixo gasto de energia pessoal e pouco vínculo com o serviço, uma vez que sua inserção é vertical, compatível com outros vínculos empregatícios; e do outro lado, pela baixa autonomia dos usuários, ineficácia no enfrentamento das doenças crônicas, baixo aproveitamento do potencial de outros profissionais de saúde e do trabalho em equipe, além da medicalização, dos altos custos e da incapacidade de atuação em determinantes de saúde coletivos (Cunha, 2010).

Importante refletir, contudo, que este cenário não se fez do acaso, nem tampouco trata-se de uma situação nova. O modo de produzir saúde, assim como o próprio conceito de saúde e também de doença são social e historicamente construídos.

A construção social e histórica da saúde e da doença e a degradação da clínica

Desde o século XVII, quando Descartes instituiu o “dualismo mente-corpo”, baseado na doutrina onde “os seres humanos possuem duas naturezas, a mental e a física”, a medicina ocidental tem se revestido de enorme preconceito em relação à importância dos processos psicológicos na saúde (Straub, 2012).

Além dessa dicotomia, outras separações e fragmentações vieram no bojo das ideias de Descartes e de outros pensadores, originando o modelo biomédico (Cruz, 2011). Desde seu surgimento nos séculos XVII e XVIII, até os dias atuais, o enfoque desse modelo sempre foi a doença e não a saúde, numa pers-

pectiva fragmentária, através da qual o tratamento do corpo deveria ser feito em partes cada vez menores, reduzindo a saúde a um funcionamento mecânico (Barros, 2002).

Essa concepção fragmentária, inclusive, comunga com a chamada “*Teoria mecanicista*”, segundo a qual o homem é visto como corpo-máquina; o médico, como mecânico; e a doença, o defeito da máquina (Capra, 1982). A percepção do homem como máquina, aliás, é historicamente datada com o advento do capitalismo (Cruz, 2011).

Contudo, a despeito das descobertas científicas – inegavelmente valiosas – ocorridas no período renascentista, o modelo Biomédico mostrou-se impotente para dar conta dos desafios dos séculos XVIII e XIX, trazidos pela urbanização e pelos novos meios de produção. Epidemias letais eram causadas tanto por doenças já conhecidas, como a febre tifoide, quanto por doenças novas, como a cólera e dessa forma, a mortalidade no Ocidente cresceu por um longo período. Desnutrição, alcoolismo, doenças mentais e violência atingiam pesadamente a nova classe de trabalhadores urbanos. Como ressaltou Sabroza (2004), “*a prática médica era mais prejudicial que eficaz*”.

Em todo o mundo, epidemias geraram revoltas populares, que por sua vez desencadearam reivindicações por melhores condições de vida, de trabalho e de salário através de movimentos coletivos e organizados dos trabalhadores urbanos. Nesse contexto, ainda, a participação do Estado na regulamentação do trabalho e na reorganização do espaço urbano, bem como a aplicação de métodos estatísticos para contabilizar as mortes e identificar diferenças de risco de morrer entre lugares e grupos sociais, contribuíram para o debate – que marcou o início do século XIX – sobre a importância da determinação ambiental ou social das doenças (Sabroza, 2004).

Na segunda metade do século XIX, as identificações da estrutura celular, dos principais processos fisiológicos e da teoria evolutiva das espécies, fundamentaram a ideia de saúde enquanto situação de adaptação às condições do meio externo. Tudo isso veio possibilitar ações diretas sobre os processos saúde-doença, no nível individual e coletivo, através de ações específicas eficazes, que não exigiam mudanças no modo de vida e na estrutura social (Sabroza, 2004).

Formas de intervenção sobre mecanismos de transmissão de doenças passaram a ser promovidas pelos agentes políticos e econômicos locais. Não demorou para que as epidemias, então emergentes, fossem finalmente superadas. No Brasil, o processo de industrialização – ainda incipiente – começou um pouco mais tardiamente, na década de 1930.

No entanto, as primeiras ações sistemáticas de saúde pública no Brasil datam do início do século XX. Com uma economia predominantemente agroexportadora e a emergência de diversas epidemias e surtos de doenças, o Estado brasileiro passou a promover ações de saneamento dos portos de Santos e Rio de Janeiro, além do programa de combate à febre amarela em São Paulo. Foi a estratégia do Estado para manter e fomentar a atividade econômica do país (Roncalli, 2003).

Em 1923, a lei Eloy Chaves criou as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs), serviços administrados por patrões e empregados de uma mesma empresa, as quais, posteriormente, na era Vargas, foram reunidas por categoria profissional em Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs) tendo sido responsáveis pela assistência individual à saúde, enquanto que o Estado se ocupava do coletivo no auge do “sanitarismo campanhista”. Estabelecia-se, desde então, uma clara dicotomia entre as ações individuais e as ações coletivas (saúde pública), consolidando, com isso, a fragmentação do cuidado. E, com a mudança da atividade econômica – de agroexportadora para industrial – as práticas de prevenção à saúde passaram, da antiga necessidade de higienização dos portos, para a necessidade de higienização dos corpos dos trabalhadores (Roncalli, 2003).

Entretanto, em 1922, Geraldo Horácio de Paula Souza, recém-doutorado em Higiene e Saúde Pública na Universidade Johns Hopkins de Baltimore (EUA), assumiu o Serviço Sanitário do Estado de São Paulo e criou os primeiros *Centros de Saúde* no Brasil, propondo posteriormente, em 1925, uma grande reforma no serviço que dirigia e um novo Código Sanitário. Nele, os Centros de Saúde tinham a missão

de promover um programa de educação sanitária para a população, através de seus agentes, denominados Educadores Sanitários. Os Centros de Saúde estariam espalhados por toda a cidade, e no caso dos usuários não poderem se locomover até eles, os educadores sanitários iriam até suas casas para ensinar-lhes novos hábitos de higiene (Santos, 1975; Campos, 2000).

Essas iniciativas, centradas na família e no território, tinham – ao contrário do modelo biomédico – enfoque na saúde e não mais na doença.

Com a crise social e política ocorrida nas duas últimas décadas do século XX, abriram – se espaços para a luta pela saúde nos países da América Latina (Campos, 1991).

No caso do Brasil, a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, o período Constituinte e a condução de correntes progressistas e socialistas a alguns governos municipais formaram um amálgama favorável à Reforma Sanitária. A conquista do direito à saúde – legitimada pela Constituição Federal (CF) em 1988 – teve, como uma de suas consequências, uma gigantesca demanda reprimida pelos serviços de saúde. Sua regulamentação, dois anos depois, pelas leis 8080/90 e 8142/90, trouxe a normatização necessária para a construção do novo modelo de atenção, pois era claro à época que o modelo então vigente não daria conta de tal demanda (Campos, 1991).

Entretanto, vinte e cinco anos se passaram e admitem-se problemas, tanto estruturais, quanto gerenciais, a desafiar a garantia do direito à saúde no SUS (Cunha e Campos, 2011). Trata-se de obstáculos relacionados, tanto ao aspecto estrutural e físico do sistema, quanto aos seus processos de trabalho, organização e diretrizes. A despeito dos esforços para a superação do paradigma biomédico, é necessário reconhecer que o mesmo ainda predomina nas práticas de atenção e assistência à saúde no Brasil. E ainda são muitas as dificuldades para a qualificação do atendimento e da assistência aos seus usuários, bem como para a garantia do acesso aos seus serviços.

Beck e Minuzzi, em 2005, já elencavam como barreiras ao acesso à escassa oferta de serviços médicos especializados, a insuficiência de leitos hospitalares, a desorganização no funcionamento de algumas instituições de saúde, a carência de recursos físicos, materiais e humanos, dentre outros aspectos.

Quanto ao acolhimento em saúde no Brasil, Mitre et al, em 2013, analisaram estudo desde o período imediatamente anterior a implantação do SUS (1989) até 2009, e detectaram avanços importantes, como a ampliação do acesso dos cidadãos à atenção primária à saúde e profissionais de saúde mais sensíveis às necessidades dos usuários e comunidades. Contudo, também verificaram ausência de articulação em redes integradas, excesso de demanda, modelo biomédico hegemônico, ausência de capacitação e de espaços democráticos e reflexivos para reorganizar o processo de trabalho em saúde.

Muito embora tenham sido encontradas evidências de redução da desigualdade no acesso a serviços de saúde no Brasil (Almeida et al. 2013), tal desigualdade tem sido historicamente marcante no Brasil, além de ainda não ter sido superada (Travassos, 2006).

A essas dificuldades, soma-se o fato de que estratégias verticais e uniformizantes reproduzem, em nosso país, o modelo biomédico focado na doença e centrado na figura do médico. E, assim, como em séculos passados, esse modelo – ainda dominante – não consegue dar conta, nem dos desafios impostos pelos indicadores de saúde, nem da satisfação das necessidades de saúde das pessoas.

A percepção dos usuários do sistema de saúde no Brasil é de que os serviços de saúde – tanto públicos quanto privados – não são adequados para resolverem os seus problemas, nem no plano individual, nem tampouco no plano coletivo (salvo exceções) (Merhy, 1998).

Contraditoriamente, vários estudos mostram os avanços científicos em torno de problemas que afetam a saúde das pessoas e das comunidades, bem como mostram a existência de serviços altamente equipados para suas intervenções (Merhy, 1998).

Ocorre que, ao se aprofundar no entendimento da queixa do usuário, percebe-se que ele, em geral, não reclama da falta de conhecimento tecnológico em torno de seu atendimento, mas da falta de interes-

se e de responsabilização dos diferentes serviços em torno de si e do seu problema. Via de regra, sentem-se desamparados, desrespeitados e desprotegidos (Merhy, 1998).

Para que mudanças possam impactar positivamente a realidade, transformar as práticas e ampliar a clínica é necessário que se compreenda o momento atual à luz da cristalização do modelo biomédico, ocorrida nos últimos séculos no mundo e – não diferentemente – no Brasil.

Identificado esse cenário, propôs-se então o resgate da clínica, ou mais que isso, sua reestruturação. Propôs-se o diálogo entre os sujeitos (quem cuida e quem é cuidado), que cada caso fosse considerado único e não padronizado, mas também usado para avaliar o contexto, ajudando a propor mudanças estruturais para modificar a realidade, sempre que esta for fator causal de determinadas condições. Essa nova concepção de clínica recebeu a denominação de *clínica ampliada* (Campos, 2007; Cunha, 2010).

2. Uma proposta para a ampliação da clínica

Esta proposta de mudança implica numa grande reorganização da lógica de atendimento de todo o serviço de saúde, que passa a ter como principal sustentáculo a atenção básica, a qual, nessa nova perspectiva, torna – se a porta de entrada no sistema, e por isso passa a ter papel fundamental no planejamento das ações de saúde (Campos, 1991).

Ao pensar tal lógica, Campos, em 1991, ressaltou que o diálogo necessário para que se alcançasse esse objetivo deveria ser feito pelos níveis primário, secundário e terciário, sem que um deles se sobrepujasse ao outro. Todos deveriam estar no mesmo nível hierárquico. Para tanto, seria necessária a regionalização e descentralização da assistência e também do planejamento. Nascia, então, um novo modelo de atenção à saúde, denominado *Modelo Paideia*.

Segundo tal modelo, as Unidades de Atenção Primária – então representadas pelos Centros de Saúde, que inicialmente foram idealizados para grupos populacionais de 20 a 30 mil pessoas em grandes centros urbanos – passariam a ser responsáveis por planejar e executar ações dentro de um determinado espaço geográfico (adscrição de clientela). Cada serviço desses deveria contar com várias equipes de referência, compostas por profissionais de diferentes áreas, responsáveis por ações preventivas e curativas, operando principalmente com ações programáticas, mas, ainda assim, mantendo espaço para intercorrências cotidianas de seus usuários. Deveria ser possível a inscrição e o acolhimento do maior número possível de pessoas.

Em razão desse desenho, e principalmente para garantir um atendimento integral, por vezes essas equipes necessitariam recorrer a um apoio especializado, sobre certos temas e assuntos que estariam além de seu núcleo de domínio.

Essa perspectiva de apoio originou-se do entendimento de Campos, em 1999, de que o trabalho em saúde seria baseado em equipes de referência e naquilo que ele denominou de “apoio matricial” (apoio especializado), enfatizando não mais a doença, mas sim o processo saúde e doença através da valorização do vínculo terapêutico, da gestão colegiada e das equipes multiprofissionais atuando transdisciplinarmente. Tal modelo propunha a construção cotidiana e coletiva de sujeitos protagonistas, profissionais e usuários, diminuindo os obstáculos de comunicação e ampliando a corresponsabilização sobre a produção do cuidado (Campos, 1999).

O apoio matricial foi assim proposto como uma forma de organizar o trabalho interprofissional, podendo ser entendido como um arranjo organizativo ou como um lugar estrutural (cargo) que trabalharia com esta função de apoio. Deveria oferecer retaguarda às equipes de referência, tanto no sentido assistencial, quanto no técnico-pedagógico de maneira interativa e personalizada, e dentre suas atribui-

ções poderíamos destacar que o apoio matricial deveria ter capacidade de agregar saberes e conhecimentos à equipe de referência, aumentando seu poder para definir seu plano de ação e, consequentemente, sua resolutividade (Campos, 2007).

Para uma interface real entre as equipes de referência e o apoio matricial seria fundamental a construção compartilhada das diretrizes clínicas e sanitárias entre os profissionais do apoio matricial e equipe de referência, as quais deveriam conter as orientações e critérios que a equipe de referência deveria seguir e também as atribuições do apoio matricial (Oliveira & Campos, 2015)

A metodologia de trabalho proposta na lógica da equipe de referência e apoio matricial deveria ocorrer através do encontro entre eles com o objetivo de discutir casos clínicos, diretrizes, problemas de saúde ou de gestão do sistema, identificados e levados pela equipe de referência.

Assim, tornar-se-ia possível a elaboração de um Projeto terapêutico individual ou singular (PTI ou PTS) com a definição das responsabilidades dos profissionais envolvidos, tanto da equipe como do apoio para o caso ou problema apontado. Este contato pode acontecer por meio de encontros periódicos sistematizados ou, em casos de urgência, a equipe pode demandar o apoio matricial por meio de comunicação previamente acordada (e-mail, telefone, diretamente com os apoiadores) para a avaliação do risco do caso identificado e marcação de possível agenda (Campos, 2007).

Vale reforçar que a equipe de referência deverá ser sempre a coordenadora e responsável pela condução do projeto terapêutico individual e o apoio matricial teria o papel de potencializar a clínica e a capacidade da equipe de referência de resolver seus problemas tornando suas ações mais resolutivas e integrais (Campos, 2007).

Sempre que a equipe acionar o apoio matricial, implicará na construção de um projeto terapêutico singular e este apoio poderá se dar de várias formas, de acordo com a necessidade sentida para a condução do caso. Poderá ser através de atendimentos compartilhados entre profissionais da equipe e apoiadores ou através de atendimentos realizados somente pelo apoiador, cujo conhecimento específico de seu núcleo seja necessário para o caso. Os apoiadores, nesse caso, deverão manter contato com a equipe, informando-a das decisões e condutas tomadas, além de dar retaguarda complementar para as necessidades do indivíduo que está sendo cuidado. Pode ocorrer também através da troca de conhecimento e orientações entre a equipe de referência e o apoio matricial para a definição de conduta mais adequada para o caso (Oliveira e Campos, 2015).

Estas considerações deixam claro que o paciente passa a ser compartilhado entre os serviços, modificando a lógica da referência e contrarreferência que deixa de ser realizada através de encaminhamentos, sendo realizada através de projetos terapêuticos sob responsabilidade da equipe, porém podendo ser executado por profissionais tanto da equipe de referência, quanto do apoio matricial (Campos, 2007).

Essa organização do processo de trabalho na forma de equipes de referência e apoio matricial foi idealizada para superar o paradigma biomédico de atenção à saúde. Nessa nova perspectiva as categorias profissionais são valorizadas e induzidas a atuarem considerando o seu núcleo de formação e o campo da saúde, produzindo-se, assim, um cuidado mais integral, resolutivo e comprometido, que considera as necessidades dos indivíduos cuidados (Campos, 1999).

Não se espera de uma equipe de referência a onipotência ou a onisciência. Espera-se contudo, habilidade no primeiro contato, a escuta qualificada e também a percepção de seus limites técnicos, tendo a exata noção de ser necessário recorrer a outros profissionais ou equipes especializadas para atingir a integralidade da atenção. Esse diálogo entre referência e especialistas, a troca de experiências entre diferentes equipes, onde uma se vale do saber da outra, é extremamente positivo para o serviço e para seu usuário. Através dessa interação as equipes de referência gradativamente agregam conhecimento à sua área de domínio (Campos 1991, 1999).

Assim, a organização em Equipes de Saúde da Família (ESF) e Apoio Matricial (AM) confere agilidade no atendimento às demandas, promovendo um aumento significativo na capacidade produtiva dos serviços. Além disso, o contato rotineiro entre o AM e a ESF promove a contínua capacitação dos pro-

fissionais da atenção primária e simultaneamente mostra aos especialistas as dificuldades da rotina diária de uma ESF. Também evidencia quais são as necessidades mais presentes em cada região adscrita e como o AM pode ajudar a promover, além da assistência individual, projetos coletivos para os diferentes tipos de clientela (Campos e Domitti, 2007). Tudo muito bem vindo, visto que, no SUS, evidencia-se a impermeabilidade do serviço especializado às demandas da rede assistencial, refletindo a heterogeneidade de compromisso e de integração da rede assistencial, além de entraves gerenciais importantes como: fragmentação da atenção e a responsabilização clínica insuficiente e inadequada; valorização social e organizacional diferenciada de saberes profissionais e de serviços complementares entre si; e, por fim, mecanismos de contrato e regulação da rede assistencial que, quando existentes, não valorizam o território e a corresponsabilidade dos serviços (Cunha e Campos, 2011)

Tendo em vista o impacto que esses entraves estruturais e gerenciais impõem na produção do cuidado em saúde, gerando necessidade de aumento da resolutividade e de abrangência em suas ações, o Ministério da Saúde publicou a portaria 1564 de 24/01/2008, criando os *Núcleos de Apoio à Saúde da Família* (NASF), reforçando assim a consolidação da Estratégia de Saúde da Família e a regionalização através da Atenção Básica. Atualmente, regulamentados pelas portarias 2488 de 21/10/2011 e 3124 de 28/12/2012, esses núcleos devem ser constituídos por equipes multiprofissionais que atuem de forma integrada às ESF e/ou as Equipes de Atenção Básica para populações específicas. Trabalhando na lógica do Apoio Matricial, devem adotar estratégias de organização da clínica e do cuidado em saúde, promovendo integração e cooperação entre as equipes responsáveis por um determinado território (Brasil, 2015).

Quadro 1. Exemplo de atuação de Equipe de Apoio Matricial

Equipe de apoio	Discussão dos casos entre ESF e Equipe de Apoio para construção de PTS;	CS 1 03 E.L.R.
	Levantamento das necessidades;	
	Planejamento compartilhado das ações;	CS 2 02 E.L.R.
	Atendimento compartilhado dos casos;	
	Monitoramento e avaliação por parte da ESF e da Equipe de Apoio.	CS 3 01 E.L.R.

Entretanto, o governo que ora toma essa iniciativa para fortalecer o SUS, ao longo dos anos promoveu ou permitiu práticas que dificultaram sua total implantação, como financiamento público insuficiente, subvenção federal aos Planos Privados de Saúde, gasto excessivo (em torno de metade do orçamento anual do Ministério da Saúde) com os Planos Privados de Saúde através de subvenções, isenções e deduções fiscais, contratações de Planos Privados para funcionários públicos das três esferas de governo e estatais, além do não ressarcimento previsto na lei 9659/98 e a extrema rigidez burocrática e administrativa do Estado (morosidade na reposição de mão de obra por concursos públicos ou licitação de insumos) (Santos, 2013).

Assim, embora tenhamos caminhado positivamente na direção da qualificação do cuidado e da integralidade em saúde, ainda há muito por se fazer. Mas a despeito das dificuldades, importantes experiências corroboram a importância do apoio matricial, tanto no cenário nacional, quanto internacional.

3. Experiências de modelos e arranjos na perspectiva do apoio matricial/ matriciamento

Experiências internacionais

A busca de literatura sobre o assunto revela que o termo *matriciamento* ou *apoio matricial* foi encontrado apenas no Brasil ou em trabalhos que citavam o Modelo *Paideia* (Campos, 2007).

Encontrou-se, no entanto, vários países que utilizam-se de sistemas de atendimento conjunto entre atenção básica e especialistas, como no município de Rosário, na Argentina (Cunha e Campos, 2011), bem como na Austrália, Canadá, Espanha e Reino Unido (Gonçalves, 2012), onde esse tipo de cuidado recebe a denominação de “*cuidado compartilhado*” ou “*cuidado colaborativo*”, e assim como o apoio matricial, tem por proposta estabelecer troca de conhecimento, ampliando possibilidades e qualificando a assistência principalmente entre equipes da atenção básica e especialistas.

No Reino Unido, o uso desta prática levou a maior satisfação dos pacientes, reduziu o número de exames solicitados e melhorou a resolutividade da atenção básica (Starfield, 2003), e ainda, promoveu melhoria no acesso, na colaboração entre os médicos e na sua percepção do desenvolvimento em suas habilidades (Vingilis *et al.*, 2007).

Na Espanha, em Múrcia, foi criada, em 2007, uma unidade interdisciplinar de diabetes, coordenada pela endocrinologia era composta por enfermeiras educadoras em diabetes e outras especializadas em efeitos da diabetes nos pés, nutricionistas, cirurgião, oftalmologista, médico socorrista e de reabilitação, além de 10 médicos generalistas e 10 enfermeiras de Atenção Básica. Essa equipe era responsável pela coordenação do cuidado em todos os Centros de Saúde de sua região, bem como no Hospital Reina Sofia Múrcia, que cuidam de pacientes diabéticos. Segundo García – Talavera Espín *et al.* 2012, este trabalho interativo entre Unidades de Diabetes e serviços de Atenção Básica contribuiu para reduzir o número de emergências e de internações, além de melhorar a comunicação interdisciplinar

Experiências nacionais

Os primeiros municípios do Brasil a adotarem a metodologia do Apoio Matricial para a gestão do cuidado foram Campinas (SP) e Belo Horizonte (MG) (Cunha e Campos, 2011).

Em Campinas, a implantação dessa metodologia se deu através do Projeto Paideia de Saúde da Família, de 2001 a 2004, conforme já citado.

Recordando e complementando, este programa teve como objetivo a reorganização do processo de trabalho na saúde através da reformulação da clínica, objetivando o cuidado dos sujeitos, famílias e comunidade, e não mais o enfoque na doença. Esta mudança foi pautada na reforma e ampliação da Atenção Básica através da implementação de diretrizes como a clínica ampliada, visando aumentar a resolutividade da Atenção Básica, dos Núcleos de Saúde Coletiva (NSC) para a ampliação das ações coletivas em nível local, e através do cadastro das famílias e adscrição de clientela por equipes de referência multiprofissionais. O apoio matricial às equipes de referência foi inicialmente desenvolvido pela Saúde Mental, pelo NSC e pela reabilitação física. Trabalhou-se também com o conceito de acolhimento e responsabilização como forma de garantir o acesso dos usuários à rede de serviços com a qualificação da escuta nas recepções dos centros de saúde, com o sistema de cogestão que significa a gestão participativa como forma de democratizar o poder. Também fez parte desse momento a motivação e educação dos trabalhadores, com a capaci-

tação das equipes de referência e apoio matricial no sentido de transformar as práticas em saúde, modificando o processo de trabalho nas UBS, almejando a ampliação da clínica (Campinas, 2009).

A área Saúde Mental de Campinas produziu várias experiências tendo o apoio matricial como objeto de estudo. Em 2006, Gomes *et al* relataram sua experiência em apoio matricial onde uma equipe de CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) realizou o apoio a equipes de referência (médico generalista, ginecologista, pediatra, enfermeiro, equipe de enfermagem, dentista, auxiliar de consultório dentário e agentes de saúde) de um Centro de Saúde (CS) em Campinas/ SP.

O trabalho do apoio matricial se deu através da participação semanal dos profissionais do CAPS nas reuniões de equipe de referência para a discussão dos casos levados pela equipe e construção de PTS, através de atendimentos compartilhados com objetivo de dirimir dúvidas em relação à sua condução, sendo que deveriam permanecer em acompanhamento no CS e no estímulo à utilização de ferramentas não medicamentosas como o Centro de Convivência, parcerias com escolas, espaços de lazer e esporte no próprio território.

Para trabalhar a necessidade de superar a lógica da especialização e da fragmentação do cuidado, a equipe de apoio propôs a construção, em conjunto com a equipe de referência, de um roteiro para facilitar e qualificar a escuta, de forma a auxiliar no PTS desse sujeito.

Evidenciou-se que o apoio matricial facilita a vinculação dos usuários aos serviços da rede, pois o compartilhamento dos casos nas reuniões facilita a sua condução. Fica claro que a importância do apoio matricial se dá pela necessidade de se qualificar os serviços da rede e para a superação do modelo hegemônico de saúde ainda presente.

Em Belo Horizonte a experiência do matriciamento ocorreu no início dos anos 2000 através da implantação do Projeto *BH Vida*. Esse projeto promoveu a incorporação de toda a rede de atenção primária na Estratégia de Saúde da Família. Para isso foram feitos longos debates durante um ano envolvendo os trabalhadores da saúde, usuários, gestão, sindicatos e conselhos, conferindo assim grande legitimidade e credibilidade ao novo modelo e incorporando uma visão mais ampliada da atenção primária. Isso propiciou ao projeto ultrapassar suas pretensões iniciais. Como consequência houve a incorporação de outras áreas de atuação de forma articulada às equipes, o que trouxe repercussões na atenção secundária. Houve a criação de equipes de saúde mental, compostas por um psiquiatra, um psicólogo e um terceiro profissional (quase sempre um assistente social ou terapeuta ocupacional) na proporção de uma equipe de saúde mental para 08 equipes de saúde da família, lotadas em unidades básicas de saúde. A proposta era de que ambas as equipes (mental e básica) trabalhassem de forma integrada. A equipe de saúde mental se constituiria em referência para as equipes de saúde da família e também trabalharia para capacitar e ampliar (matriciar) sua capacidade de lidar com o sofrimento mental e com a subjetividade (Brasil, 2010).

A partir das equipes de saúde mental, outras equipes foram criadas no sentido do matriciamento, sendo que o núcleo da reabilitação física foi o seguinte, e essas equipes eram compostas de fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e nutricionistas, os quais foram articulados em equipes, com o intuito de trabalhar de forma interdisciplinar com conjuntos variados de equipes de saúde da família (10 equipes em média). Essas equipes, como consequência, contribuíram para o aumento da capacidade resolutiva da atenção básica (Brasil, 2010).

Essa experiência não foi um simples agrupamento dos profissionais em equipes, mas, principalmente, uma importante reformulação do modo de se produzir saúde, sendo que equipes de saúde da família, juntamente com equipes de saúde mental e reabilitação desenvolviam planejamento conjunto da atenção aos cidadãos sob sua responsabilidade, divisão do trabalho e desenvolvimento de protocolos assistenciais e projetos terapêuticos. Cumpre ressaltar, ainda, a responsabilização das equipes também por aqueles usuários que fossem referenciados para outros níveis fora da atenção primária (Brasil, 2010).

Outro exemplo local de implantação do modelo de apoio matricial ocorreu no município de Joinville, SC, em 2010, quando se implantou o *Programa de Apoio Matricial em Cardiologia*. Inicialmente, a

equipe de apoio foi formada apenas por um cardiologista e uma enfermeira. A inclusão das Unidades de referência no Programa se deu em fases, sendo que em cada fase eram feitas avaliações sobre o Programa entre os apoiadores e os profissionais das equipes de referência. Ao final de trinta meses, 437 indivíduos foram excluídos da fila de espera de consulta com cardiologista, mediante consenso entre matriciador e equipe de referência. Destaca-se, ainda, o relevante impacto sobre a fila ao final de dois anos, passando de 11.180 para 3.739 pacientes, mesmo considerando as novas demandas geradas neste período. Observou-se aumento na competência das Equipes de Referência, na maior precisão nos encaminhamentos, na análise dos documentos clínicos, mesmo na ausência do paciente, busca e reavaliação dos encaminhamentos antigos, etc. Ficou claro o predomínio, na fila, dos casos de retorno, representando 80% da demanda. Além disso, cumpre ressaltar o impacto do Programa na redução do tempo de espera do usuário na fila, o qual passou a ser de até 03 meses (Hoepfner et al., 2014).

Uma experiência de apoio matricial, considerando o matriciamento como eixo central, é o estudo de caso realizado do processo de trabalho de duas equipes de NASF em uma região do município de São Paulo entre 2011 e 2012. Estas duas equipes somavam 30 profissionais e eram referência para 19 equipes de saúde da família. O núcleo do trabalho dessas equipes eram as reuniões com as equipes de saúde da família (EqSF). O trabalho era, então, organizado a partir de tais reuniões. Participavam das mesmas, ou toda a equipe do Nasf, ou alguns componentes, ou um trio de representantes. Dentre as reuniões realizadas, duas eram fundamentais na organização do trabalho:

- 1) Entre os trios de referências do NASF e as EqSF. Nesses espaços, a partir da discussão dos casos de maior complexidade, pactuavam-se estratégias de intervenção, decidia-se qual (is) profissional(ais) seria(m) referência(s) para o caso, realizava-se os agendamentos necessários, iniciando-se, portanto, as ações de matriciamento.
- 2) Reuniões entre os profissionais do NASF para discussão de casos, informações e soluções administrativas e planejamento das ações e dos núcleos e fluxos de trabalho.

O estudo dessas equipes revelou que ainda existem diferentes entendimentos e prioridades para o trabalho do NASF e para as ESF trazendo dificuldades na concretização do trabalho compartilhado. Somam-se a estas questões, as diferenças impostas pelos documentos norteadores para a organização do processo de trabalho destas equipes, no tempo destinado para a realização das atividades, além de distintas organizações administrativas para cada equipe. Para as EqSF a pressão da demanda dificulta a incorporação destas novas práticas baseadas no matriciamento e no compartilhamento dos casos por considerar que esta forma de trabalho sobrecarrega o já difícil cotidiano de trabalho das equipes. A distância entre as diretrizes e a prática pareceu ser relevante obstáculo, principalmente pela precariedade da rede de serviços que dão prosseguimento ao atendimento iniciado na atenção primária (nos diversos níveis de atenção à saúde). Outro aspecto importante foi relacionado à produtividade, dada a diferença de parâmetros exigidos para cada equipe (EqSF e NASF). Enquanto se esperava a realização de aproximadamente 400 consultas médicas mensais na EqSF, no NASF eram priorizadas ações coletivas e a produtividade tinha caráter mais qualitativo. Concluiu-se nesse estudo, entre outras coisas, que o aprimoramento e a qualificação dos processos de trabalho, bem como os avanços da Política de Atenção Primária no Brasil dependem da eficácia das mudanças. E, isso, por sua vez, se dará mediante compromissos que sejam permanentes e envolvam vários níveis hierárquicos (Lancman *et al.*, 2013).

O município de Fortaleza (CE) desenvolve apoio matricial em saúde mental para a atenção básica e revelou, em estudo de caso em 2013, que o matriciamento é potente no sentido de sinalizar os caminhos para a construção de modelo de atenção à saúde articulado e sinérgico com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (Jorge et al., 2013).

Apoio Matricial em Saúde Bucal: a experiência do CEO Ouro Verde (Campinas, SP)

Há carência de relatos na literatura sobre apoio matricial em saúde bucal. Um exemplo prático de matriciamento em saúde bucal é o do município de Campinas.

O Centro de Especialidades Odontológicas do Ouro Verde está situado no Distrito de Saúde Sudoeste em Campinas e oferece retaguarda na Atenção Secundária em Saúde Bucal a 12 Centros de Saúde que realizam assistência à saúde a aproximadamente 206.000 habitantes (IBGE, 2010). Todos os CS contam com profissionais de saúde bucal, independente das equipes estarem cadastradas ou não na ESF.

Todos os anos a Secretaria Municipal de Saúde oferece atualização em Diagnóstico de Lesões Bucais para os profissionais de saúde bucal da rede. Isso se dá como suporte para a Campanha Anual de Prevenção e Detecção Precoce do Câncer Bucal. O CEO Ouro Verde decidiu ofertar um Matriciamento em Diagnóstico Bucal, realizado pelo profissional desta especialidade, para os dentistas dos CS a ele referenciados, mudando a lógica de campanha para a de estruturação de processo de trabalho.

Os objetivos deste Matriciamento foram: qualificar os profissionais da Atenção Básica no exame clínico e diagnóstico dos pacientes com lesões em cavidade oral, organizar a linha de cuidado dos pacientes com Câncer Bucal e fortalecer a integração dos profissionais da Atenção Básica com os profissionais do CEO Ouro Verde, visando a integralidade do cuidado dos pacientes atendidos.

Durante a Campanha, os profissionais da Atenção Básica avaliam os idosos e quando estes apresentam algum tipo de lesão, são encaminhados para a especialidade.

O Matriciamento ocorre sempre após o término da Campanha. É elaborado um cronograma, através do qual os Dentistas de cada CS vão até o CEO e participam da reavaliação dos pacientes examinados na Campanha, juntamente com o especialista numa ação compartilhada.

No ano de 2014,:

- 08 profissionais de 06 CS foram matriciados;
- foram reavaliados 42 pacientes ;
- 26 encaminhamentos geraram retornos para procedimentos (04 pacientes com suspeita de câncer bucal);
- Os maiores impactos percebidos foram a maior responsabilização pelo seguimento dos casos de câncer pelos dois serviços e a sensibilização dos dentistas matriciados com relação à importância e a necessidade da constante atualização no tema.

No CEO Ouro Verde Campinas a estratégia do Matriciamento está colaborando para a construção de uma rede de saúde bucal mais integrada e resolutive.

Nota: Em “Experiências”, o leitor pôde ter conhecimento dos relatos que representam a experiência vivida por uma das autoras na atenção secundária em Campinas – SP. Essa apresentação pode ajudar a refletir em formas de Apoio matricial em outras localidades.

Outra experiência pode ser vista em:

BULGARELLI, Jaqueline Vilela et al. Prevenção e detecção do câncer bucal: planejamento participativo como estratégia para ampliação da cobertura populacional em idosos. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2013, vol.18, n.12 [cited 2015-09-07], pp. 3461-3473 . Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001200003&lng=en&nrm=iso>. ISSN 1413-8123.

Assista aos vídeos:

<https://www.youtube.com/watch?v=A-wdK4oWSnA>

<https://www.youtube.com/watch?v=MIE6u5cm6is>

4. Considerações Finais

A fragmentação do cuidado em saúde – consequência da consolidação do modelo biomédico – tem impactado negativamente na qualidade e na eficiência do cuidado, bem como na organização dos sistemas de saúde e na satisfação dos usuários.

A elaboração de um novo arranjo, envolvendo e conjugando a atenção primária com outros núcleos especializados de saberes tem se mostrado eficaz no sentido de aumentar sua resolutividade e melhorar a organização e a gestão do cuidado em saúde.

Tanto em nível nacional, quanto internacional, experiências corroboram a potência desse novo arranjo – o apoio matricial – para adoção de um novo paradigma de gestão do cuidado em saúde menos fragmentado e que seja, sobretudo, centrado no indivíduo e na saúde.

5. Referências Bibliográficas

Almeida G, Sarti FM, Ferreira FF, Diaz MDM, Campino ACC. Analysis of the evolution and determinants of income-related inequalities in the Brazilian health system, 1998–2008. *Rev Panam Salud Publica* 33(2), 2013.

Barros, JAC. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? *Revista Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 1-11, jan./jul. 2002.

Beck CLC, Minuzi D. O acolhimento como proposta de reorganização da assistência à saúde: uma análise bibliográfica. *Saúde*, Santa Maria, vol 34a, n 1-2: p 37-43, 2008.

Brasil. Ministério da Saúde. Portal da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portal-dab/ape_nasf.php. Acessado em: 09 de março de 2015.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos HumanizaSUS ; v. 2), Brasília, 2010. 256 p.

Campos, C. Geraldo Horácio de Paula Souza: A Atuação de um Higienista na cidade de São Paulo, 1925-1945. *Hist. Ensino*, Londrina, v. 6, p. 179-186, out. 2000.

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

Campos, GWS. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4(2):393-403, 1999.

Campos, GWS. Reforma da Reforma: Repensando a Saúde. [Tese de doutorado]. Faculdade de Ciências Médicas. UNICAMP, 1991.

Capra, F. O ponto de mutação. São Paulo: Cultura, 1982.

Cruz, MM. Concepção de saúde-doença e o cuidado em saúde. *In*: Gondim R., Graboys V., Mendes W., (org). Qualificação de gestores do SUS. Rio de Janeiro. EAD/ENSP. 2011.

Cunha GT, Campos GWS. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. *Saúde Soc.* São Paulo, v.20, n.4, p.961-970, 2011.

Cunha GT. A construção da clínica ampliada na atenção básica. 3 ed. Ed. Hucitec. São Paulo, 2010.

García-Talavera Espín NV, López-Ruiz A, Nuñez Sánchez MÁ, Meoro Avilés A, Sánchez Cañizares C, Romero López-Reinoso H, López Olivar MD, Lapaz Jorge MÁ, Guirao Sastre JM, San Eustaquio Tudanca F, Soriano Palao J; Collaborative Group of the Diabetes Unit of the Reina Sofía University Hospital Murcia, Spain. How to reduce avoidable admissions due to acute diabetes complications?: interrelation between primary and specialized attention in a diabetes unit. *Nutr Hosp* 2012; 27(6):2079-2088.

Gomes VG, Onocko – Campos R., Furtado JP. Apoio Matricial: estratégia de interlocução na rede de saúde de Campinas/SP. Trabalho de conclusão do curso de Aprimoramento em Saúde Mental da Faculdade de Ciências Médicas- UNICAMP/SP. Campinas, 2006.

Gonçalves DA. Prevalência de transtornos mentais na Estratégia Saúde da Família e avaliação de um modelo de capacitação em Saúde Mental [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2012.

Hoepfner C, Franco SC, Maciel RA. Hoepfner MAS. Programa de apoio matricial em cardiologia: qualificação e diálogo com profissionais da atenção primária. *Saúde Soc. São Paulo*, v.23, n.3, p.1091-1101, 2014

Jorge MSB, Sousa FSP, Franco TB. apoio matricial: dispositivo para resolução de casos clínicos de saúde mental na atenção Primária à Saúde. *Rev Bras Enferm.* 2013 set-out; 66(5): 738-44.

Lancman S, Gonçalves RMA, Cordone NG, Barros JO. Estudo do trabalho e do trabalhar no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Rev Saúde Pública* 2013;47(5):968-75.

Merhy EE. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. *In: _____*. Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte – Reescrevendo o Público; Ed. Xamã; São Paulo, 1998.

Mitre SM, Andrade EIG, Cotta RMM. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(8):2071-2085, 2012.

Oliveira, MM. Campos, GWS. Apoios matricial e institucional: analisando suas construções. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(1):229-238, 2015.

24 Programa de Saúde Paideia. [Acesso 2015 Mar 24]. Disponível em: <<http://2009.campinas.sp.gov.br/saude/diretrizes.htm>>

Roncalli, AG. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. *In: Pereira AC. Odontologia em Saúde Coletiva. Planejando ações e promovendo saúde.* Ed Artmed. São Paulo, 2003.

Sabroza, PC. Concepções de saúde e doença. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, 2004. Mimeografado.

Santos NR. SUS, política pública de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas. *Ciência & saúde coletiva*, 18(1):273-80, 2013.

Santos PS. Cinquentenário da Faculdade de Saúde Publica da USP. *Rev Saúde Pública*. 1975; 9(2):95-7.

Starfield B. William Pickles Lecture. Primary and specialty care interfaces: the imperative of disease continuity. *Br J Gen Pract* 2003; 53(494):723-729.

Straub RO. Introdução à Psicologia da Saúde. *In: Straub RO. Psicologia da Saúde: uma abordagem biopsicossocial.* 3ed. Ed Artmed. São Paulo, 2012.

Travassos C, Oliveira EXG, Viacava F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(4):975-986, 2006.

Vingilis E, Paquete-Warren J, Kates N, Crustolo A, Greenslade J, Newman S. Descriptive and process evaluation of a shared primary care program. *The Internet Journal of Allied Health Sciences and Practice* 2007; 5 (4).