

Universidade Estadual de Campinas – Faculdade de Ciências Médicas
Departamento de Medicina Preventiva e Social

**Apoio Matricial: estratégia de interlocução na rede de
saúde de Campinas/SP.**

Vanessa Gimenes Gomes

Supervisores: Profa. Dra. Rosana Onocko Campos
Dr. Juarez Pereira Furtado

Campinas, Fevereiro de 2006

Apoio Matricial: estratégia de interlocução na rede de saúde de Campinas/SP.¹

“(...) a compreensão não é nunca um comportamento somente reprodutivo, mas é, por sua vez, sempre produtivo. (...) quando se logra compreender, compreende-se de um modo diferente” (Gadamer apud Figueiredo, 2006:60)

Resumo: Este texto se propõe a pensar o trabalho do Apoio Matricial enquanto estratégia que auxilia a comunicação na rede de saúde a partir de uma experiência prática em um Centro de Saúde e diálogo com a leitura bibliográfica feitos durante o ano do curso de Aprimoramento em Saúde Mental.

Palavras chaves : Apoio Matricial; clínica ampliada; interlocução da rede

Introdução

No Brasil, o norte dado à Política de Saúde é por meio do SUS – Sistema Único de Saúde. Sistema porque é formado por várias instituições dos três níveis de governo (União, Estado e Município) e pelo setor privado contratado e conveniado, como se fosse um mesmo corpo. Assim, o serviço privado quando contratado deve funcionar como público. Único porque tem a mesma doutrina e filosofia de atuação em todo território nacional e é organizado de acordo com uma mesma sistemática. Além disso, tem como doutrina a universalidade, a integralidade, a equidade e como princípios, a descentralização, a resolubilidade, a regionalização e hierarquização, além do controle social realizado por meio da participação dos cidadãos. Atrelado a isso, o Brasil vive um momento de Reforma Psiquiátrica, o que significa repensar o modelo assistencial, o fazer dos trabalhadores de saúde mental, as instituições jurídicas, a relação da sociedade como um todo com o indivíduo em sofrimento psíquico e sua demanda.

Neste contexto, a cidade de Campinas (SP) se propõe a pensar a Saúde Mental imbricada na saúde como um todo. Desse modo, há uma construção de estratégias que permitem e/ou facilitem o direcionamento dos fluxos na rede.

¹ Trabalho de conclusão do curso de Aprimoramento em Saúde Mental da Faculdade de Ciências Médicas-UNICAMP/SP.

A história nos remete à década de 70 quando Campinas passa a organizar os serviços públicos de saúde através do modelo de Atenção Primária em Saúde. Assim, os Postos de Saúde criados eram compostos por médicos generalistas e auxiliares de saúde que se propunham a trabalhar com a educação em saúde muito próximo a comunidade, como também, equipes mínimas de saúde mental foram alocadas em alguns Postos e Centros de Saúde. Em 2001, a Secretaria da Saúde inicia a implantação do Programa Paidéia², ainda que o Programa de Saúde da Família (PSF)³ do Ministério da Saúde não fora adotado, funcionando a rede básica num modelo que subdividia a saúde em áreas de atenção e programas. (Figueiredo, M.D., 2005)

Diante dessa realidade, Campinas escolheu por utilizar os recursos já existentes na rede para implementação do PSF e, dessa forma, ampliá-los e combiná-los com outros princípios: acolhimento, responsabilização, co-gestão, entre outros. (Figueiredo, M.D., 2005)

Como conseqüência disso os profissionais dos Centros de Saúde foram reorganizados em Equipes de Referência para famílias de determinado território geográfico. Isso foi um marco na definição da organização do trabalho que passa a não ser mais por programas ou áreas clínicas e, sim, por usuários da abrangência de cada equipe. (Figueiredo, M.D.,2005)

Com essa nova estruturação, as especificidades (saúde mental, coletiva, reabilitação física) ocupam um lugar de apoio, junto às equipes de referência, numa perspectiva de ampliar a sua clínica, realizar Projetos Terapêuticos, de forma a facilitar a vinculação e responsabilização, desconstruindo a lógica dos encaminhamentos desnecessários. (Figueiredo, M.D., 2005)

Dessa forma, o Apoio Matricial surge enquanto construção de um,

² “O Programa Paidéia é uma adaptação do Programa de Saúde da Família, ajustado ao contexto sanitário de Campinas, uma cidade com características metropolitanas e que já tinha uma história pioneira na área da saúde.” (Figueiredo, M.D.,2005). Segundo Figueiredo, o Programa Paidéia tem como pressuposto que produzir saúde significa intervir também nas dimensões para além do biológico, ou seja, questões da ordem da afetividade, da sociabilidade, da organização da vida cotidiana, das relações com o território e com o meio ambiente.

³ Programa de Saúde da Família aqui entendido como uma estratégia de intervenção que prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, do recém-nascido ao idoso, sadios ou doentes de forma integral e contínua.

“instrumento que vem se colocar no interior de um conjunto de estratégias fundamentais no processo de construção do Projeto Saúde da Família - Paidéia e da transformação da Assistência em Saúde Mental, em especial na atenção básica, do município de Campinas”. (Nascimento, S.P.P e Campos, F. C.B.).

Entendemos o Apoio Matricial como sendo um arranjo institucional criado para promover uma interlocução entre os equipamentos de saúde mental, como por exemplo, os Caps (Centro de Atenção Psicossocial) e as UBS (Unidades Básicas de Saúde), numa tentativa de organizar o serviço e o processo de trabalho, de modo a tornar horizontal as especialidades e estas permearem todo o campo das equipes de saúde.

Haja visto que, o:

“estilo de governo e a estrutura de poder das organizações condicionam e determinam comportamentos e posturas. Um sistema de poder altamente verticalizado, com tomada centralizada de decisões, tende a estimular descompromisso e alienação entre a maioria dos trabalhadores. Um processo de trabalho centrado em procedimentos e não na produção de saúde tende a diluir o envolvimento das equipes de saúde com os usuários.” (Campos, G.W.S).

Conseqüentemente, esta mudança de postura organizacional favoreceria o estímulo do compromisso das equipes com a produção de saúde, como também o desejo de realização profissional e pessoal.

Segundo Figueiredo (2005),

“O Apoio Matricial da saúde mental seria esse suporte técnico especializado, em que conhecimentos e ações, historicamente reconhecidos como inerentes à área ‘psi’, são ofertados aos demais profissionais de saúde mental e a equipe

interdisciplinar de saúde na composição de um espaço de troca de saberes, invenções e experimentações que auxiliam a equipe a ampliar sua clínica e a sua escuta, a acolher o choro, a dor psíquica; enfim, a lidar com a subjetividade dos usuários”.(Figueiredo, M.D., 2005: 29)

Assim, este arranjo destina-se principalmente a contribuir com a ampliação da clínica e oferecer um acolhimento da demanda no intuito de impedir a psiquiatrização e psicologização do sofrimento; favorecer a co-responsabilização entre as equipes; promover saúde e a diversidade de ofertas terapêuticas; como também, contribuir para a *“flexibilização e abertura institucional, no que se refere a olhares, saberes, poderes, normas, ações e relações, garantindo o acesso e a participação do usuário”.*(Nascimento, S.P.P e Braga Campos, F. C., 2003).

A estratégia do Apoio Matricial vai de encontro a repensar a lógica do processo saúde/doença. Contribuir com a clinica ampliada diz de pensar a doença não como ocupante do espaço principal na vida do sujeito e, sim, como aquilo que faz parte da mesma, sendo que, não seja motivo de impedimento de ser e produzir outras coisas, produzir com isso, a construção de um modo de fazer saúde centrado no sujeito e não mais na doença. Dado que o sujeito é um ser biológico, social, subjetivo e histórico, não podendo se reduzir à condição de objeto e, que, de acordo com o tempo mudam-se os valores, desejos, pois estes são construídos socialmente. (Onocko, R.C., 2001). Assim,

“Clínica ampliada seria aquela que incorporasse nos seus saberes e incumbências a avaliação de risco, não somente epidemiológico, mas também social e subjetivo, do usuário, ou grupo em questão. Responsabilizando-se, não somente pelo que a epidemiologia tem definido como necessidades, mas também pelas demandas concretas dos usuários. (Onocko, R.C., 2001;5)

Atualmente a rede possui 47 Centros de Saúde e 13 Módulos de Saúde da Família (criados para ampliar a cobertura dos centros de saúde que têm difícil

acesso). Existem profissionais da saúde mental em 24 destes Centros de Saúde matriciando as equipes de referência de sua Unidade de origem e das Unidades próximas que não possuem profissionais da saúde mental.

A Prática do Apoio Matricial no Centro de Saúde São Cristóvão

Minha prática com Apoio Matricial se deu em duas equipes do Centro de Saúde São Cristóvão, localizado na região sudoeste, sendo que em cada uma delas, era parceira de uma técnica universitária do Caps⁴ em que desenvolvi a parte prática do Aprimoramento. Este Centro de Saúde (C. S) não possui equipe de Saúde Mental sendo a equipe composta, de acordo com o Programa Paidéia, por médicos generalista, ginecologista, pediatra, enfermeiro e equipe de enfermagem, dentista, auxiliar de consultório dentário e agente de saúde.

A realidade da cidade de Campinas se dá de forma heterogênea. Mesmo os Caps que têm essa prática a fazem de diferentes formas no que tange à maneira como será dividida a referência, ou seja, em determinados lugares essa divisão de trabalhadores para serem referências de uma determinada equipe da UBS se dá pelo território e micro-regiões, pois isso possibilita uma interlocução e co-responsabilização dos casos; para outros, essa divisão se dá conforme a disponibilidade do trabalhador, não implicando a questão do território, o que permite uma maior apropriação de todo o lugar em que Caps, UBS e demais equipamentos da cidade possam ser utilizados. A organização do Matriciamento no C.S. São Cristóvão se deu de acordo com a disponibilidade dos trabalhadores da equipe do Caps de referência.

Outra variabilidade do “como fazer” é desde a participação das reuniões, discussão de casos até o atendimento conjunto do profissional da saúde mental e outro da equipe referenciada. Os usuários chegam até o C.S. por demanda espontânea ou encaminhados de outros serviços e são recebidos no acolhimento, posteriormente atendidos na equipe de referência e se necessário, discutido na reunião com o Apoio Matricial. Optamos por fazer o Apoio Matricial semanalmente

⁴ CAPS David Capistrano Filho

e os casos eram repassados conforme a necessidade para o Centro de Saúde de referência e para a equipe do Caps.

Ainda de acordo com a necessidade, atendíamos em parceria com um profissional da equipe de referência. Isto acontecia em momentos que os casos despertavam alguma dúvida quanto ao Projeto Terapêutico do sujeito, ou quanto a sua complexidade, porém não havendo necessidade de um acompanhamento específico da saúde mental. Os atendimentos conjuntos aumentaram a sua frequência devido a um momento peculiar que o C.S. passa: com a falta de médico generalista, o matriciamento tomou um caráter específico de suporte a essa equipe no que tange também a “super lotação” da demanda para outro C.S. com equipe de saúde mental que o referencia e, com isso “desafogando” um pouco os problemas internos da rede que atingem diretamente os profissionais e usuários. Cabe salientar que este não é o papel do Apoio Matricial, porém, em determinadas situações, essa é a estratégia utilizada ainda que temporariamente devido à falta de recursos humanos da rede de saúde de Campinas.

Contudo, o atendimento realizado conjuntamente com a equipe de referência, principalmente nas equipes em que a Saúde Mental não está presente, propicia um suporte teórico-prático no sentido de ampliar a clínica desses equipamentos. Essa proposta permite desmistificar a doença mental presente no imaginário dos trabalhadores de saúde e qualificá-los para lidar com essa demanda. “Quando se atende junto, se empresta saber”. (Figueiredo, M.D., 2005; 67) Particularmente, no C.S. São Cristóvão, diante do atual contexto acima citado, é interessante perceber a disponibilidade e “garra” dos profissionais em não se abater e dar seqüência aos seus trabalhos, encontrando formas e estratégias de contornar toda a situação por eles vivida.

A população atendida é extremamente carente tanto culturalmente quanto socialmente. Na sua grande maioria, os casos que chegam ao Apoio, são: crianças com alguma dificuldade na escola (aprendizagem, irritabilidade, “hiperatividade”...) e/ ou encaminhados pelo Conselho Tutelar; afastados do INSS a procura de atestado; procura por cartão de passe gratuito. Existem os casos de depressão leve/moderada e até algumas psicoses. Podemos perceber com isso,

que muitos usuários encaminhados aos profissionais da saúde mental não têm uma demanda específica que justifique a necessidade destes especialistas. Isto ainda é corroborado por dados da Organização Mundial de Saúde e Ministério da Saúde que estimam que quase 80% dos usuários encaminhados aos profissionais de saúde mental não trazem, *a priori*, uma demanda específica que justifique a necessidade de uma atenção especializada.(OMS,2001). Citando Figueiredo (2005):

“Para além destes transtornos, são diversos os problemas advindos das faltas concretas na vida, ou gerados pela ordem sócio-econômica vigente. É inegável que a miséria em que se encontra a maior parte da população brasileira, sobretudo na periferia das grandes cidades, se traduz em condições de existência favoráveis às dificuldades afetivas, emocionais e relacionais”.(Figueiredo, M.D., 2005; 21).

É interessante notar o desconhecimento da equipe com algumas propostas que não trabalham com a medicação, como Centros de Convivências, parcerias com as escolas, espaços de lazer e de esporte no próprio território. A possibilidade de contar com os recursos do território como proposta de intervenção para a inserção do sujeito e apropriação do seu direito de cidadania também foi pauta de algumas discussões nas reuniões, no intuito de integrá-las como projeto terapêutico que promovessem a saúde.

No nosso percurso, podemos perceber o quanto à sensação de impotência diante de alguns casos dispara uma ansiedade enorme na equipe de referência, buscando a rápida resolubilidade do caso - 'lógica do encaminhamento'. Isto implica dizer que, na maioria das vezes, a história de vida do sujeito que chega até a reunião de equipe e é passada para o profissional da saúde mental possui falta de alguns dados, além de haver reclamações referente ao acolhimento, realizado por agentes e equipe de enfermagem, no sentido de ser muito angustiante ouvir toda a história do paciente e não saber como agir, que medidas tomar...

Esse é um dos entraves que o Apoio Matricial se propõe a produzir um desvio: superar a lógica da especialização e da fragmentação do trabalho da própria saúde mental. Permitir com que todos da área da saúde se sintam apropriados a fazer uma escuta que seja qualificada, sem que esta gere tamanha angústia e sofrimento para os profissionais da saúde para que estes não tenham a atitude de passar adiante o caso pelo sentimento de incapacidade e/ou paralisia. Sendo que este trabalho de escuta passa a ser mais coletivo e transversalizado.

Quanto à sensação de impotência,

“o apoiador precisa lidar com as expectativas da equipe nos casos em que o possível não é a cura, mas a melhora, às vezes ínfima, da qualidade de vida, o desenvolvimento da autonomia. Precisaria trabalhar com os pólos da onipotência/impotência habitualmente trazidos pelo médico, e em alguns momentos pelos outros membros das equipes”.(Figueiredo, M.D., 2005; 69).

O espaço da reunião da equipe pode ser útil também para a problematização dessas dificuldades que cada trabalhador possui com relação às demandas dos usuários, a fim de que se possa compor algumas estratégias de intervenção. Um exemplo disso foi a construção de um roteiro feito conjuntamente com a equipe de referência e nós – apoiadoras. Esta proposta surgiu diante da dificuldade em trazer histórias de vida do sujeito mais completas. Trabalhamos quais eram as perguntas interessantes a serem feitas num primeiro acolhimento a fim de se pensar um projeto terapêutico para aquele usuário. Foi interessante a participação de toda a equipe e, mesmo com a dificuldade de usar o roteiro no ato do acolhimento, o mesmo serviu como pano de fundo para auxiliar e, assim, qualificar a escuta.

Conforme está na literatura, o Apoio Matricial:

“(...) Pretende romper com o sistema das guias de referência e contra-referência, que produzem encaminhamentos consecutivos e que se traduzem, usualmente em des-responsabilização e

alienação dos profissionais em relação ao objetivo primordial de seu trabalho, que é a produção de saúde”.(Figueiredo, M.D., 2005;30)

Atrelado a isso, o Apoio Matricial facilita a vinculação do usuário nos serviços da rede, sem que haja a diluição de responsabilidades, pois os casos acabam sendo compartilhados no momento da reunião, a fim de que se saiba qual está sendo o andamento dos mesmos.

Algumas conclusões...

Por se tratar de uma estratégia recente no campo da saúde, percebemos que o cotidiano desta prática encontra-se em processo de construção na rede. Ainda enfrentando algumas dificuldades até mesmo com relação ao seu papel. Há um equívoco freqüente que é o de considerar o Apoio Matricial como supervisão de caso, o que não vai de encontro com a proposta inicial do Apoio que é o do envolvimento, de produzir desvio na forma como são feitos os procedimentos com o usuário. Outra questão a ser enfrentada pelos apoiadores quanto ao papel é conseguir estabelecer com a equipe de referência do C.S. o lugar que eles, apoiadores, ocupam - não são eles obrigados a repararem as falhas da rede no que tange a recursos humanos. Esta é uma posição que tem que estar bem clara para todos da rede.

Dado que fazemos parte de uma sociedade capitalista e, portanto, a lógica existente é a da individualidade⁵, da segregação, competição, produção em alta escala, níveis discrepantes de desigualdade social, entre outras características tão bem conhecidas por nós, fica, em muitos momentos, difícil a implementação de projetos que contemplam os princípios do SUS. Assim, a lógica da co – responsabilização proposta pelo Apoio Matricial leva a questionamentos das especialidades pelos profissionais, o que talvez diga de um modo de fazer diferenciado que ainda está sendo construído por todos profissionais da saúde e que se contrapõem à idéia até então vigente de núcleos de especialistas.

⁵ Individualidade pensada enquanto estratégia de subversão à lógica do coletivo.

Porém, fica bastante nítida a importância que é dada ao Apoio Matricial, a sua utilização enquanto recurso disponibilizado pela rede de saúde. Em alguns momentos, a participação do Apoio Matricial nas equipes de referência parece ocupar um lugar de acolhimento das mesmas, em que o não saber tem seu espaço garantido, que idéias em conjunto podem surgir, que as práticas profissionais podem ser repensadas no intuito de se qualificar os serviços da rede. Assim como a costura feita entre a clínica e o território se faz possível e de modo concreto via Apoio, promovendo um trabalho mais efetivo com a prevenção e a reabilitação.

Deste modo, acreditamos ser necessário que a experiência do Apoio Matricial seja posta em análise entre seus atores, no intuito de favorecer sua potencialidade de agenciar mudanças nas práticas hegemônicas da saúde, a fim de não incorrer no erro de se tornar um modo cristalizado de trabalho.

Bibliografia

BRAGA CAMPOS, F.C. & NASCIMENTO, S.P. *Reciclando a herança do preventivismo: das equipes mínimas em UBS ao Apoio Matricial em Saúde Mental às equipes de Saúde da Família*. Mimeo, 2003.

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

FIGUEIREDO, M.D. *Saúde Mental na Atenção Básica: Um estudo hermenêutico – narrativo sobre o Apoio Matricial na rede SUS - Campinas (SP)*. Dissertação de Mestrado. Campinas, 2005.

OMS – Organização Mundial de Saúde. *Relatório sobre a saúde no mundo- Saúde Mental: nova concepção, nova esperança*. Geneva: Biblioteca da OMS, p.173,2001.

ONOCKO CAMPOS, R. Clínica: a palavra negada. Sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos se saúde mental. In: *Saúde em debate*, Rio de Janeiro,v.25, n.58, p.98-111, maio/ago.2001.

SOMBINI, C.H.A.M. *A Psicologia no Projeto PAIDEIA, do consultório ao território? Os psicólogos e a política de saúde mental da Secretaria Municipal de Saúde – Campinas*. Dissertação de Mestrado, 2004.

Agradecimentos

À Rosana e Juarez – supervisores – pela compreensão e solidariedade no trecho mais dolorido desta caminhada...

Às meninas “Aprimorandas”, bons encontros, sempre ligados pelas comidas... Boa sorte à todas!

À equipe, aos usuários e familiares do Caps David Capistrano Filho, meu primeiro amor, obrigada pelo carinho, amizade, crescimento e aprendizado de vida compartilhado com vocês este ano.

Ao Centro de Saúde São Cristóvão, pela contribuição direta na produção deste trabalho.

À Nara, a nossas conversas produtivas. Sua frase a eternizo aqui: “A vida é muito mais larga do que isso”.

À Camila, obrigada por toda delicadeza com que cuidou de mim. Boa parceria a nossa!

À Izaura, pelo acolhimento carinhoso desde o dia da entrevista... “as grandes caronas”.

Aos amigos de Lucélia, pela aposta e confiança que sempre depositaram em mim. Muita saudade dessa turminha! Lívia, você puxa a fila!

Aos amigos Assisenses, consegui! O ano aconteceu! Valeu pela amizade a longas distâncias...

Aos amigos Campineiros, por fazerem comigo, um cotidiano mais alegre e nenhum pouco solitário...

À minha Mãe e meu Irmão, por acreditarem no meu potencial, pela “continência”, por vocês existirem na minha vida! Amo e sou apaixonada por vocês! Obrigada!

Ao Alex (na memória), que me ensinou que a vida pode ser muito mais leve...e que ela, a Vida, é a virtude maior!