

ANA CARLA PEREIRA DOMITTI

**UM POSSÍVEL DIÁLOGO COM A TEORIA A PARTIR DAS
PRÁTICAS DE APOIO ESPECIALIZADO MATRICIAL
NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE**

CAMPINAS

2006

ANA CARLA PEREIRA DOMITTI

**UM POSSÍVEL DIÁLOGO COM A TEORIA A PARTIR DAS
PRÁTICAS DE APOIO ESPECIALIZADO MATRICIAL
NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE**

*Tese de Doutorado apresentada à Pós-Graduação da
Faculdade de Ciências Médicas da Universidade
Estadual de Campinas para obtenção do título de
Doutor em Saúde Coletiva*

ORIENTADOR: PROF. DR. GASTÃO WAGNER DE SOUZA CAMPOS

CAMPINAS

2006

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP**

Bibliotecário: Sandra Lúcia Pereira – CRB-8ª / 6044

UNIDADE	BC
Nº CHAMADA:	
T/UNICAMP	7149
EX.	
COMBO BCCL	74838
ROC	16.145.02
D	3
REÇO	11.90
DATA	04.20.07
B-ID	414286

D717p

D714p

Domitti, Ana Carla Pereira

Um possível diálogo com a teoria a partir das práticas de apoio especializado matricial na atenção básica de saúde / Ana Carla Pereira Domitti. Campinas, SP : [s.n.], 2006.

SOUSA

Orientador : Gastão Wagner de Souza Campos
Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

1. Gestão. 2. Saúde pública. 3. Metodologia. 4. Saúde mental. I. Campos, Gastão Wagner de Souza. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Título em inglês: A possible dialogue with the theory from the practice of matrix support in the basic attention of health

Keywords: • Management
• Public health
• Methodology
• Mental Health

Titulação: Doutorado em Saúde Coletiva

SOUSA

Banca examinadora: Profº Drº Gastão Wagner de Souza Campos

Profº Drº Juarez Pereira Furtado

Profº Drº Nilton Júlio de Faria

Profº Drº Paulo César Endo

Profª Drª Solange L'Abbate

Data da defesa: 24-02-2006

2006.02.24

Banca examinadora da Tese de Doutorado

Orientador:

Prof. Dr. Gastão Wagner de Sousa Campos

Membros:

1. Prof. Dr. Gastão Wagner de Sousa Campos

2. Prof. Dr. Nilton Júlio de Faria

3. Prof. Dr. Paulo César Endo

4. Prof. Dr. Juarez Pereira Furtado

5. Profa. Dra. Solange L'Abbate

Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 24/02/2006

200752129

DEDICATÓRIA

Aos meus pais Saíde e Helena

Aos Queridos Andréa, Geraldo e Artur

E aos três mais importantes homens da minha vida:

Pedro, Lucas e Hermes

Agradeço em especial ao Prof. Dr. Gastão, que soube fazer do papel de orientador o melhor porto seguro para a elaboração deste trabalho. Em alguns momentos me deixando mais livre para criar, desenvolver, e em outros me pegando pela mão e seguindo junto quando percebia que as condições para a produção estavam muito adversas.

Um agradecimento aos trabalhadores da rede básica de saúde de Campinas envolvidos com a prática de Apoio Especializado Matricial, e em especial aos sujeitos deste trabalho que tão prontamente aceitaram o convite para participarem da construção desta tese.

Aos colegas de Distrito de Saúde Sul, que durante as minhas ausências negociadas do trabalho cotidiano tão bem seguraram o barco para que ele não perdesse o rumo. Em especial, à coordenadora do distrito Valéria Romero, que sempre me apoiando, nunca colocou entraves ou questionamentos nas minhas inúmeras solicitações. E o mais importante, sempre com muito incentivo e afeto.

Ao Colegiado de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde pela força que recebi num dos momentos mais cruciais em que eu ensaiava desistir desta construção acadêmica. Em especial, a Angela Vilella, que além de colega de trabalho e batalha conjunta, está se tornando uma grande amiga.

Não gostaria de deixar de citar, o meu agradecimento especial à banca de qualificação, que com críticas pertinentes, na tentativa de construir e fortalecer o trabalho me ajudaram muito na modelagem final deste.

Também gostaria de dizer o meu "muito obrigada!" a Leoci, querida Leo, que se revelou um "anjinho da guarda" para mim, como já havia lhe falado.

Diante de tantos outros nomes que por ventura não estão vindo à lembrança, gostaria de mencionar três: Nayara, Milena e Sibebe, que sempre com otimismo e palavras sábias de entusiasmo me falavam para prosseguir. Muito obrigada!

Por fim, agradeço a minha família que sempre aceitou os caminhos que escolho percorrer, sem impor os seus próprios, mas apontando que existem atalhos mais fáceis de serem percorridos. A maior lição que aprendi com ela durante a elaboração desta tese, acaba sendo uma lição para a vida: as coisas têm seu tempo próprio, elas não devem concorrer entre si porque senão perdem a magia, o encantamento e a possibilidade de vivermos cada uma destas coisas como se fossem únicas.

“Há um tempo em que é preciso abandonar as roupas usadas, que já têm a forma de nosso corpo, e esquecer os nossos caminhos, que nos levam sempre para os mesmos lugares. É o tempo da travessia: e, se não ousarmos fazê-la, teremos ficado, para sempre, à margem de nós mesmos.”

Fernando Pessoa (1888-1935)

	<i>PÁG.</i>
RESUMO	<i>x</i>
ABSTRACT	<i>xiii</i>
CAPÍTULO 1- Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde	16
O que é e como funcionam o Apoio Matricial e a Equipe de Referência...	17
Obstáculo estrutural.....	23
Obstáculos decorrentes do excesso de demanda e da carência de recursos.....	27
Obstáculo político e de comunicação.....	28
Obstáculo subjetivo e cultural.....	29
Obstáculo ético.....	30
Obstáculo epistemológico.....	30
CAPÍTULO 2- Saúde Mental em Campinas	31
CAPÍTULO 3- Considerações metodológicas	36
Fase exploratória da pesquisa.....	37
Escolha dos instrumentos de Pesquisa.....	38
Sistematização das entrevistas.....	45
Com os coordenadores.....	45
Com os profissionais de saúde mental que oferecem o apoio matricial.....	48
Com os trabalhadores das equipes locais de referência.....	54

CAPÍTULO 4- Temas sintéticos para análise do questionário aplicado.....	58
A – O que é apoio matricial: definição e conceito.....	59
B – Expectativas quanto ao apoio matricial.....	60
C – Formação do Apoiador Matricial.....	61
D - Apropriação de conhecimentos e habilidades em saúde mental pela equipe de referência em saúde da família.....	62
E – Estrutura e funcionamento do Apoio Especializado Matricial.....	63
F – Problemas de saúde que mais requerem auxílio do Apoio Matricial...	65
G – Avaliação.....	66
CAPÍTULO 5- O grupo focal como mais um recurso metodológico de análise.....	67
CAPÍTULO 6- Considerações finais.....	80
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	83

RESUMO



Este estudo tem como objetivo tecer uma compreensão acerca das práticas de apoio especializado matricial estabelecendo uma relação dialógica com a teoria. Refere-se ao apoio matricial especificamente de Saúde Mental inserido na Atenção Básica de Saúde, em Campinas –SP.

A primeira parte do trabalho explicita uma teoria formulada capaz de nortear, orientar a gestão em serviços de saúde de forma que as relações entre os trabalhadores sejam mais horizontais, isto significa dizer, que possam ser criadas condições para que o trabalho dentro das unidades de saúde se torne de fato menos compartimentalizado, segmentado, visando a construção de projetos terapêuticos mais compartilhados.

Esta metodologia de gestão se propõe a estimular as trocas de conhecimentos, técnicas e manejos entre os especialistas em saúde mental e os demais trabalhadores, bem como intenciona (re)organizar os serviços a fim de que os usuários possam ser atendidos de forma integral por qualquer profissional.

A segunda parte do trabalho se volta à questão metodológica, buscando uma completetudade nos dados quantitativos e qualitativos. Optou-se por construir uma avaliação a partir de três segmentos envolvidos no processo do apoio matricial: coordenadores de unidades básicas de saúde, trabalhadores das equipes de saúde da família e profissionais de saúde mental que oferecem apoio matricial.

Foi utilizado como recurso metodológico o grupo focal e os temas mais importantes tratados foram os principais avanços, as dificuldades e propostas de mudanças em relação à prática desta metodologia. Também foi apontado como necessidade a questão do envolvimento dos gestores locais (coordenadores de serviços) e dos apoiadores institucionais na consolidação deste trabalho na rede básica de saúde

De modo geral, fica evidente que é uma metodologia em consolidação, mas com bastante potencial em provocar modificações na organização dos serviços e na própria estrutura do sistema de saúde.

Observamos também que, de maneira geral, os trabalhadores das equipes de saúde da família têm conseguido enfrentar o desafio de se apropriarem, de se envolverem com as questões ligadas aos problemas de saúde mental e proporem saídas para o equacionamento dos mesmos.

Também tem se estabelecido uma nova lógica de trabalho que é o compartilhamento das ações dos diferentes núcleos de conhecimentos, que resultam no atendimento integral do usuário por diferentes profissionais.

Por fim, esta metodologia reafirma a prática clínica dos profissionais de uma forma ampliada, em que as ações de saúde são construídas a partir das necessidades do usuário e não do conhecimento técnico específico que cada profissão carrega dentro de si, limitando a escuta destas necessidades e a oferta de ações em relação às mesmas.

ABSTRACT



This study has the objective of establishing a comprehension about the specialized matrix holding practices of a dialogic relation with the theory. It refers to the matrix holding specifically of Mental Health in the Basic Attention of Health in Campinas - SP.

The first part of the work is a formulated theory capable of guiding, orienting a health management service to easen up the relation between the workers, making it more horizontal, which means to create a condition to work within the health units less divided aiming the construction of shared therapeutical projects.

This methodology of management proposes to stimulate knowledge changes, techniques and handling between specialists in mental health and workers, as well as aims to (re)organize the services for its users to be treated in a whole way by any professional.

The second part of this work is the methodology aiming to achieve a quantity and quality data complementarity. The option was to create an evaluation from the three segments involved in the supportive matrix process: coordinator of basic health units, workers from the team of family health and professionals of mental health that offers matrix holding.

It has been used as methodology resource the focus group and the main theme treated was the principal advancement, the difficulties and changes proposals in the relation to the practice of this methodology.

It was pointed as a need the question of the local involvement of its managers (service coordinators) and its institutional supporters in the consolidation of this work in the basic health network.

In summary, it is clear that this is a methodology in consolidation, but with a great potential to provoke modification in services organization and in its own health system structure.

We have also observed that in general the workers from the team of health family have been able to break the challenge of getting themselves, involved in the questions related to mental health problems and propose solution to them.

It has also been established a new working logic, which is the sharing of actions between the different cores of knowledge, that result in a complete service to the user by different professionals.

This methodology reaffirms the clinical practice of professionals in a wider manner that the health actions are built by the needs of its users and not by the specific technical knowledge that each occupation carries within its own, limited to the listening to these needs and the offer of actions to them.

***CAPÍTULO 1- Apoio matricial e equipe de
referência: uma metodologia para gestão do
trabalho interdisciplinar em saúde***

Introdução

Os conceitos de apoio matricial e equipe de referência foram propostos por Campos (CAMPOS,1999) dentro da linha de pesquisa voltada para a reforma das organizações e do trabalho em saúde. Posteriormente, essa metodologia de gestão do cuidado foi adotada em serviços de saúde mental (CAMPINAS,2001c), de atenção básica e da área hospitalar do Sistema Único de Saúde de Campinas (CAMPINAS,2001a). Algum tempo depois, alguns programas do Ministério da Saúde – Humaniza - SUS (BRASIL. Ministério da Saúde. Cartilha da PNH), Saúde Mental (BRASIL. Ministério da Saúde, 2004b) e Atenção Básica/Saúde da Família (BRASIL. Ministério da Saúde - Núcleo de Atenção Integral) – também incorporaram essa perspectiva.

Este trabalho objetiva descrever e analisar o Apoio Matricial Especializado, implantado na Secretaria de Saúde de Campinas/SP (SMS), a partir do ano 2001, no atendimento de saúde mental na rede de atenção básica desse município. Esse primeiro capítulo buscará descrever conceitos e apontar alguns elementos teóricos sobre os quais se apóiam essa metodologia de trabalho, bem como identificar impasses da estrutura dos serviços que essa alternativa propõe-se a enfrentar. Essa revisão servirá de elemento de base para apoiar a pesquisa de campo que avaliou limitações e a potência dessa modalidade organizacional.

O que é e como funcionam o Apoio Matricial e a Equipe de Referência

O apoio matricial em saúde objetiva assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde. Trata-se de uma metodologia de trabalho complementar àquela prevista em sistemas hierarquizados, a saber: mecanismos de referência e contra-referência, protocolos e centros de regulação. O apoio matricial pretende oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às equipes de referência. Depende da construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias entre os componentes de uma equipe de referência e os especialistas que oferecem apoio matricial. Essas diretrizes devem prever critérios para acionar o apoio e

definir o espectro de responsabilidade tanto dos diferentes integrantes da equipe de referência quanto dos apoiadores matriciais.

A equipe ou profissional de referência são aqueles que têm a responsabilidade pela condução de um caso individual, familiar ou comunitário. Esse arranjo busca ampliar as possibilidades de construção de vínculo entre profissionais e usuários (CAMPOS,1998). O termo responsabilidade de condução refere-se à tarefa de encarregar-se da atenção ao longo do tempo, ou seja, de maneira longitudinal, à semelhança do preconizado para equipes de saúde da família na atenção básica (STARFIELD,1992). O conceito de equipe de referência pressupõe a adoção de lógica análoga para profissionais que trabalhem em Policlínicas ou Hospitais, como é o caso de terapeutas ocupacionais, psiquiatras e psicólogos que trabalham em Centros de Apoio Psicossocial; de infectologistas, enfermeiros e assistentes sociais no programa de DST/AIDS; de ortopedistas, cirurgiões e enfermeiros em departamentos de trauma, etc.

Apoio matricial e equipe de referência são, ao mesmo tempo, arranjos organizacionais e uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde, objetivando ampliar as possibilidades de realizar-se clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões. A composição da equipe de referência e a criação de especialidades em apoio matricial buscam criar possibilidades para operar-se com uma ampliação do trabalho clínico e do sanitário, já que se considera que nenhum especialista, de modo isolado, poderá assegurar uma abordagem integral. Essa metodologia pretende assegurar maior eficácia e eficiência ao trabalho em saúde, potencializando a integração interdisciplinar de conhecimentos e de experiências. Procura operar também com a perspectiva da construção de autonomia para os usuários. Sua utilização como instrumento concreto e cotidiano pressupõe certo grau de reforma ou de transformação do modo como se organizam e funcionam serviços e sistemas de saúde. Isso indica a existência de dificuldades e obstáculos para a reorganização do trabalho em saúde a partir dessas diretrizes.

A equipe de referência é um rearranjo organizacional que busca deslocar o poder das profissões e corporações de especialistas, reforçando o poder de gestão da equipe interdisciplinar. Procura fazer coincidir a unidade de gestão que compõe as organizações de

saúde com a unidade de produção interdisciplinar. No caso, a menor unidade organizacional passaria a ser a equipe de referência. A equipe de referência é composta por um conjunto de profissionais considerados essenciais para a condução de problemas de saúde dentro de certo campo de conhecimento. Dentro dessa lógica, a equipe de referência é composta por distintos especialistas e profissionais encarregados de intervir sobre um mesmo objeto – problema de saúde – buscando atingir objetivos comuns e sendo responsáveis pela realização de um conjunto de tarefas, ainda que operando com diversos modos de intervenção. O máximo de poder delegado à equipe interdisciplinar. Não todo o poder, porque há o poder dos gestores e usuários, necessários para o cumprimento da função de coordenação, de integração e de avaliação do trabalho das distintas equipes de referência. Em organizações maiores, faz-se necessário a agregação de equipes de referência em departamentos estruturados dentro da mesma lógica: as unidades de produção seriam a agregação de um conjunto de equipes de referência e de apoiadores matriciais que compartilhem de um mesmo campo de intervenção.

A gestão do trabalho interdisciplinar em equipes de referência depende de uma série de instrumentos operacionais. Para que ocorra clara definição da responsabilidade sanitária e se ampliem as possibilidades de construção de vínculo, é fundamental valer-se da metodologia de adscrição de clientela à equipe de referência. No caso, cada equipe de referência terá um registro e um cadastro de casos sob sua responsabilidade. O manejo desse cadastro permitirá avaliação de risco e vulnerabilidade, identificando-se aqueles casos que mereceriam a elaboração de um Projeto Terapêutico Singular, ou mesmo alteração da avaliação diagnóstica ou dos procedimentos de cuidado.

A equipe de referência manterá uma relação longitudinal no tempo com esse conjunto de usuários, para isso é fundamental que a inserção dos profissionais no serviço dê-se de modo horizontal, contratação como diaristas. A inserção vertical justificar-se-ia somente para aqueles profissionais em regime de plantão. Com essa metodologia, a equipe de referência permanece responsável pela condução dos casos inscritos em seu cadastro mesmo quando algum tipo de apoio especializado foi acionado. Como a proposta de equipes de referência é extensiva aos hospitais, centros de referência, enfermarias, unidades de urgência ou de terapia intensiva, fica evidente que a adscrição de clientela em cada um

desses casos terá uma temporalidade distinta daquela das equipes de saúde da família, em geral, mais longa. Um paciente em tratamento de AIDS deveria permanecer adscrito a uma equipe de referência de um Centro especializado enquanto persistir seu problema; um outro em uma enfermaria permanecerá referido a determinada equipe enquanto durar seu tratamento no hospital.

O funcionamento dialógico e integrado da equipe de referência pressupõe tomá-la como um espaço coletivo, que discute casos clínicos, sanitários ou de gestão e participa da vida da organização.

O apoiador matricial é um especialista que tem um núcleo de conhecimento e um perfil distinto daquele dos profissionais de referência, mas que pode agregar recursos de saber e mesmo contribuir com intervenções que aumentem a capacidade de resolver problemas de saúde da equipe primariamente responsável pelo caso. O apoio matricial procura construir e ativar espaço para comunicação ativa e para o compartilhamento de conhecimento entre profissionais de referência e apoiadores.

O apoio matricial busca personalizar os sistemas de referência e contra-referência, ao estimular e facilitar o contato direto entre referência encarregada do caso e especialista de apoio. Nesse sentido, essa metodologia altera o papel das Centrais de Regulação, reservando-lhe uma função na urgência, no zelo pelas normas e protocolos acordados e na divulgação do apoio disponível. A decisão sobre o acesso de um caso a um apoio especializado seria, em última instância, tomada de maneira interativa, entre profissional de referência e apoiador. O regulador à distância teria um papel de acompanhar e avaliar a pertinência dessas decisões e de tomá-las somente em situações de urgência, quando não haveria tempo para o estabelecimento de contato entre referência e apoio matricial.

Há duas maneiras básicas para o estabelecimento desse contato entre referências e apoiadores. Primeiro, mediante a combinação de encontros periódicos e regulares – a cada semana, quinzena ou mais espaçados – entre equipe de referência e apoiador matricial. Nesses encontros, objetiva-se discutir casos ou problemas de saúde selecionados pela equipe de referência e procura-se elaborar projetos terapêuticos e acordar

linhas de intervenção para os vários profissionais envolvidos. Recomenda-se reservar algum tempo para diálogo sobre temas clínicos, de saúde coletiva ou de gestão do sistema. Segundo, além desses encontros, em casos imprevistos e urgentes, em que não seria recomendável aguardar a reunião regular, como na lógica dos sistemas hierarquizados, o profissional de referência aciona o apoio matricial, de preferência por meios diretos de comunicação personalizados, contato pessoal, eletrônico ou telefônico e não apenas por meio de encaminhamento impresso entregue ao paciente, solicitando-se algum tipo de intervenção ao apoiador. Nessas circunstâncias, é recomendável proceder-se a uma avaliação de risco para se acordar uma agenda possível.

O apoio matricial implica sempre a construção de um projeto terapêutico integrado, no entanto essa articulação entre equipe de referência e apoiadores pode desenvolver-se em três planos fundamentais:

- atendimentos e intervenções conjuntas entre o especialista matricial e alguns profissionais da equipe de referência;
- em situações que exijam atenção específica ao núcleo de saber do apoiador, este pode programar para si mesmo uma série de atendimentos ou de intervenções especializadas, mantendo contato com a equipe de referência, que não se descomprometeria com o caso, ao contrário, procuraria redefinir um padrão de seguimento complementar e compatível ao cuidado oferecido pelo apoiador diretamente ao paciente, ou à família ou à comunidade;
- é possível ainda que o apoio restrinja-se a troca de conhecimento e de orientações entre equipe e apoiador; diálogo sobre alterações na avaliação do caso e mesmo reorientação de condutas antes adotadas, permanecendo, contudo, o caso sob cuidado da equipe de referência.

Essa dinâmica presta-se tanto para ordenar a relação entre os níveis hierárquicos do sistema quanto para facilitar a comunicação e integração de equipes de saúde da família e especialistas, ou mesmo entre distintas especialidades e profissões de

saúde que trabalhem em um mesmo serviço, hospital ou centro de referência. Em Campinas/SP foram criados Núcleos de Saúde Coletiva na atenção básica, que deveriam fornecer apoio matricial em saúde pública (vigilância, promoção, projetos de intervenção comunitários ou intersetoriais, avaliação e planejamento de programas, etc.) para as equipes de saúde da família. Organizou-se também apoio em áreas clínicas como, saúde mental, nutrição e reabilitação física (CAMPINAS,2002).

O termo apoio matricial é composto por dois conceitos operadores. O segundo deles – matricial – indica uma mudança radical de posição do especialista em relação ao profissional que demanda seu apoio. Na teoria de sistemas de saúde, há o princípio da hierarquização (NOVAES,1990), em que se prevê uma diferença de autoridade entre quem encaminha um caso e quem o recebe; o nível primário dirige-se ao secundário e assim sucessivamente, havendo ainda uma transferência de responsabilidade quando do encaminhamento. Tratar-se-ia de relações do tipo vertical, em que a comunicação entre os níveis ocorre por meio de informes escritos – no caso, a planilha de referência – apenas para transferir uma responsabilidade e receber algum informe ao final do procedimento – o formulário de contra-referência. Esse estilo de relação entre trabalhadores foi concebido pela administração clássica, induzindo sistemas burocráticos e pouco dinâmicos. Ao criticar esse modelo de gestão do trabalho, alguns teóricos sugeriram pensar as organizações como uma matriz (MOTTA,1997), em que a inevitável departamentalização, que estipula uma linha de comando e de gestão vertical, induzindo uma fragmentação do processo de trabalho, poderia ter seus efeitos atenuados se fossem criadas ações horizontais que atingissem vários desses departamentos. Pensavam em projetos, comissões ou supervisores que atuassem de maneira horizontal, em vários departamentos, mas sem autoridade gerencial sobre as pessoas que constituem esses departamentos.

O termo matriz carrega vários sentidos; por um lado, em sua origem latina, significa o lugar onde se geram e se criam coisas; por outro, foi utilizado para indicar um conjunto de números que guardam relação entre si quer os analisemos na vertical, na horizontal ou em linhas transversais (HOUAISS,2004). Pois bem, o emprego desse nome – matricial – indica essa possibilidade, a de sugerir que profissionais de referência e especialistas mantenham uma relação horizontal, e não apenas vertical como recomenda a

tradição dos sistemas de saúde. Trata-se de uma tentativa de atenuar a rigidez dos sistemas de saúde quando planejados de maneira muito estrita segundo as diretrizes clássicas de hierarquização e regionalização (CAMPOS,1996).

O primeiro termo – apoio – sugere uma maneira para operar-se essa relação horizontal mediante a construção de várias linhas de transversalidade, ou seja, sugere uma metodologia para ordenar essa relação entre referência e especialista não mais com base na autoridade, mas com base em procedimentos dialógicos. O termo foi retirado do método Paidéia (CAMPOS,2000), que cria a figura do apoiador institucional e sugere que tanto na gestão do trabalho em equipe quanto na clínica, na saúde pública ou nos processos pedagógicos, a relação entre sujeitos com saberes, valores e papéis distintos pode ocorrer de maneira dialógica. No caso, o apoiador procura construir de maneira compartilhada com os outros interlocutores projetos de intervenção, valendo-se tanto de ofertas originárias de seu núcleo de conhecimento, de sua experiência e visão do mundo, quanto incorporando demandas trazidas pelo outro também em função de seu conhecimento, desejo, interesses e visão de mundo.

Procura-se criar espaços coletivos protegidos que permitam a interação dessas diferenças, buscando-se construir uma análise e uma interpretação sintética, bem como se acordando linhas de intervenção e distribuição de tarefas entre os vários sujeitos envolvidos no processo.

Obstáculo estrutural

Há obstáculos na própria maneira como as organizações vêm se estruturando que conspiram contra esse modo interdisciplinar e dialógico de operar-se. Esses obstáculos precisam ser conhecidos, analisados e, quando possível, removidos ou enfraquecidos para que seja possível trabalhar-se com base em equipe interdisciplinar e sistemas de co-gestão.

O apoio matricial e a equipe de referência são metodologias de trabalho, modo para se realizar a gestão da atenção em saúde, mas são, ao mesmo tempo, arranjos organizacionais que buscam diminuir a fragmentação imposta ao processo de trabalho

decorrente da especialização crescente em quase todas as áreas de conhecimento. Para que a interdisciplinaridade ocorra de fato e contribua para aumentar a eficácia das intervenções, é importante não somente facilitar a comunicação entre distintos especialistas e profissionais, como também montar um sistema que produza um compartilhamento sincrônico e diacrônico de responsabilidades pelos casos e pela ação prática e sistemática conforme cada projeto terapêutico específico. O papel de cada instância, de cada profissional deve ficar bem claro. Alguém deve se responsabilizar pelo seguimento longitudinal e pela construção de uma lógica que procure integrar a contribuição dos vários serviços, departamentos e profissionais. Em geral, esse papel cabe a integrantes da equipe de referência. Com certeza, não é essa a tradição de funcionamento dos serviços de saúde.

Em Medicina e na saúde em geral houve uma crescente divisão do trabalho que dificulta a integração do processo de atenção e cuidado às pessoas, já que as distintas especialidades médicas e profissões de saúde definiram objetos de intervenção e campos de conhecimento sem grandes compromissos com a abordagem integral de processos de saúde e doença concretos (CAMARGO,2003).

Em decorrência dessa realidade vieram se estruturando organizações de saúde com elevado grau de departamentalização. Analisando a estrutura de duas organizações prototípicas da área da saúde – o hospital e o ambulatório – verificamos que elas, em geral, dividem-se em departamentos ordenados segundo lógica das profissões e especialidades médicas. Estudiosos da administração têm identificado várias racionalidades que vêm sendo empregadas para dividir responsabilidades em organizações contemporâneas. Há organizações com departamentos ordenados segundo produtos – tipos de bens ou serviços produzidos – outras de acordo com etapas do processo de trabalho ou ainda com a função de cada área da empresa, outras dividem-se segundo a clientela a ser atendida, há também aquelas que se organizam segundo o território onde o trabalho se realiza (CHIAVENATO,1983).

Pois bem, em hospitais, ambulatórios e outros serviços de saúde têm predominado uma lógica que leva a extremos a fragmentação do cuidado. Verifica-se na área da saúde que a construção de unidades de gestão obedece antes de tudo a lógica corporativa e das profissões. Esse fato é marcante em áreas voltadas para a assistência ao

usuário, que se organizam em departamentos, diretorias ou coordenações recortadas segundo profissão ou especialidade médica (OPAS/OMS,2004). Em áreas meio, em geral, observa-se uma agregação maior, identificando-se unidades de gestão recortadas segundo funções: departamento de administração e finanças, lavanderia, nutrição e dietética, laboratório, etc. (MALIK,1998). No entanto, nos departamentos voltados diretamente para a atenção ao usuário, encontra-se departamento de enfermagem, de ortopedia, de psiquiatria, infectologia, etc. Nesses serviços, há uma composição multiprofissional de pessoal, com baixo grau de coordenação, comunicação e integração entre as distintas especialidade e profissões. Até mesmo o desenho arquitetônico da maioria dos ambulatorios reflete essa lógica de ferro: uma sucessão de pequenas salas para consultório ou procedimentos que, de tão desconectados, bem poderiam funcionar em espaços geográficos distintos.

Essa estrutura cria dificuldades gerenciais extremas e constitui-se em um obstáculo estrutural à adoção do método de trabalho de apoio matricial. Um mesmo espaço de trabalho, uma enfermaria hospitalar, por exemplo, com responsabilidade sanitária, objetivos, métodos de trabalho e funções todos muito bem definidos, quando a organização obedece a essa lógica de departamentos corporativos, não se constitui em uma única unidade de gestão. Ao contrário, essa mesma enfermaria tende a ser comandada por, no mínimo, meia dúzia de gerentes que não estão obrigados a se compor em colegiados ou a coordenar e integrar seus planos de trabalho. Em uma mesma enfermaria destinada à Psiquiatria, por exemplo, pode haver um comandante dos médicos especialistas, o psiquiatra chefe; há outro chefe de enfermagem; outro comanda os psicólogos, outro os fisioterapeutas, outro a assistente social; a disciplina, regras para visitas, a limpeza e suprimento serão comandados por ainda um outro chefe da área administrativa; e caso haja ainda casos clínicos complicados, o médico internista terá ainda um décimo diretor diferente.

Esse tipo de estrutura também contribui para diluir a responsabilidade sanitária sob os casos acompanhados. Há uma dupla fragmentação, do processo de trabalho e da unidade de gestão, que dificulta a identificação clara do responsável clínico, bem como torna quase impossível a integração comunicativa das abordagens diagnósticas e

terapêuticas. Esse fenômeno está sendo denominado de obstáculo estrutural à prática de uma clínica ampliada, bem como do trabalho interdisciplinar. Valeria proceder-se maiores investigações para esclarecer o peso que esse tipo de obstáculo teria na tendência a custos crescentes, perda de eficácia e aumento da iatrogenia verificada em serviços de saúde (NOGUEIRA,2003).

Não é lógico, parece pouco racional, mas assim vem funcionando há décadas na maioria dos serviços de saúde. Vem funcionando, porque a administração sanitária tem se utilizado de vários instrumentos para atenuar os efeitos negativos desses obstáculos estruturais. Entre os recursos gerenciais que se contrapõem a essa tendência, ressalta-se o papel integrador do corpo de enfermagem, que ainda que organizado de maneira vertical e paralela às demais profissões – daí advém o conceito utilizado de “corpo” – espalha-se por todo o hospital, compensando, com seu zelo, a extrema fragmentação imposta pela circulação vertiginosa de especialistas entre usuários (PROCHNOW,2005). Outros recursos freqüentemente adotados para atenuar esse tipo de fragmentação são normas, sistemas de acreditação e protocolos que procuram padronizar condutas e definir fluxos por onde deveriam circular os pacientes (SCHIASARI,1999).

Essas tendências à descontinuidade e a fragmentação dos projetos terapêuticos acentuam-se quando a intervenção depende de mais de um serviço integrante do sistema de saúde. O recurso gerencial utilizado para conectar esses pedaços são os sistemas de referência e contra-referência e os Centros de Regulação com seus protocolos e regulamentações. Alguns sistemas criam instâncias de decisão – gestão de caso – distanciadas do atendimento direto ao paciente: são os famosos reguladores à distância ou gerentes de casos (GURGEL, 2002).

Que potência teria a reestruturação das organizações de saúde segundo equipes interdisciplinares apoiadas por especialistas matriciais? Há evidências teóricas de que contribuiria bastante para melhor definir os padrões de responsabilidade sanitária, permitindo com isso o estabelecimento de programas com coeficiente de vínculo entre profissionais e usuários mais humanos e eficazes, além de criar espaço onde uma integração interdisciplinar seja possível, ainda que não automática ou de simples execução.

Obstáculos decorrentes do excesso de demanda e da carência de recursos

A implantação do Sistema Único de Saúde é parcial. Há evidências indicando que o volume de serviços oferecidos à população brasileira ainda é insuficiente (REIS,2001). De qualquer modo, reconhece-se que esses recursos poderiam ter um uso mais adequado e racional, caso ocorressem reordenações no modelo de gestão e de atenção (VASCONCELOS,2005). Ressalte-se, nesse aspecto, o papel que a construção de uma rede básica com ampla cobertura populacional e capacidade de resolver problemas tem tido na viabilidade de sistemas nacionais de saúde (STARFIELD,2005). Entre outros arranjos, também o apoio matricial poder ser relevante para racionalizar o acesso e o uso de recursos especializados, alterando-se ainda a ordenação predominantemente multidisciplinar do sistema para uma outra mais consentânea com a interdisciplinaridade. Esse arranjo permite um uso racional de recursos, quando cria oportunidade para que um único especialista integre organicamente seu trabalho com o de várias equipes de referência. Por exemplo: um único clínico geral ou um fisioterapeuta poderia assegurar apoio matricial a várias (quatro, cinco, seis?) equipes especializadas em trauma e composta por cirurgiões, ortopedistas e enfermeiros, contribuindo tanto para a avaliação conjunta do estado clínico dos casos quanto para o controle de infecções pós-cirúrgicas ou de outras intercorrências clínicas. Com esse tipo de relação, com o tempo, a equipe de trauma iria incorporando em seu campo de conhecimento aspectos antes delegados aos clínicos ou fisioterapeutas, ampliando com isso sua capacidade de resolver problemas de saúde e indicando com mais sensibilidade e precisão os casos que necessitariam de apoio especializado.

Como o apoio é dinâmico e depende de relações interpessoais, esses especialistas como que passariam a fazer parte dessa meia dezena de equipes de trauma, possibilitando, em tese, uma ampliação da visão sobre o processo saúde, doença, intervenção, sem que haja uma diluição da responsabilidade sobre os casos. Também nesse aspecto esse obstáculo funciona como um empecilho para o apoio matricial, no entanto o apoio matricial é, ao mesmo tempo, uma maneira de reduzir a potência desse obstáculo.

Obstáculo político e de comunicação

As organizações de saúde têm a tradição de funcionar com concentração de poder: poder concentrado nos diretores, nos médicos e nos especialistas. O Sistema Único de Saúde introduziu a diretriz do controle social, no entanto a idéia de gestão compartilhada foca instâncias do sistema de saúde – conferências e conselhos em municípios, estados e união – e não necessariamente internas aos serviços ou programas (CORTES,2002). As criações de espaços coletivos, em que equipes de saúde compartilhem a elaboração de planos gerenciais e de projetos terapêuticos, depende ainda de uma ampla reformulação da mentalidade e da legislação do sistema de saúde. As políticas de humanização têm igualmente tentado ampliar o poder dos usuários no cotidiano dos serviços de saúde. Ressalta-se, nesse momento, que são tendências ainda não consolidadas e que o apoio matricial e mesmo o funcionamento de equipes de referência dependem de um importante grau de compartilhamento do poder entre distintos profissionais componentes de uma equipe e desses com outros especialistas.

A circulação de informações, os contatos interprofissionais e a preocupação em captar as várias dimensões do sujeito com problema de saúde têm dimensões bastante restritas no modelo tradicional de estruturação do poder em organizações de saúde. Não é fácil acordar-se sobre o que está ou não em discussão, ou seja, até onde vai o poder de influência, ou mesmo de deliberação conjunta, entre os distintos especialistas. A equipe de referência e o apoio matricial diminuem o peso da influência externa na solução de conflitos, ou seja, as autoridades – chefes, leis e regras – são reinterpretadas de forma horizontal e com participação coletiva nas tomadas de decisões. Por outro lado, há poucos serviços organizados em sistemas de co-gestão, com equipes e colegiados com poder de deliberação e com sistemas interdepartamentais e intequipes de construção de pactos de gestão.

Resumindo: o método do apoio matricial depende da existência de espaços coletivos, ou seja, do estabelecimento de algum grau de co-gestão ou de democracia institucional.

Obstáculo subjetivo e cultural

O trabalho interdisciplinar depende também de certa predisposição subjetiva para se lidar com a incerteza, para receber e fazer críticas e para tomada de decisão de modo compartilhado. É mister reconhecer que não é esse o padrão de subjetividade dominante em ambientes de concorrência exacerbada, modo predominante de funcionamento das instituições contemporâneas (JAMESON,1996). Nesses casos, as pessoas tendem a cristalizar-se em identidades reativas, que as induzem a desconfiar do outro e a defender-se de modo paranóico da concorrência alheia. Por outro lado, é comum o profissional construir identidade e segurança, apegando-se à identidade de seu núcleo de especialidade, o que dificulta abertura para a interação inevitável em espaços interdisciplinares.

Nesses ambientes, a descoberta de problemas ou de faltas costuma ser identificada à falhas ou erros e ser utilizada para luta política ou em defesa de interesses particulares. Não há cultura, entre gestores e entre equipes, sobre métodos para programar trabalho dialógico e interativo, criando instâncias de mediação, espaços protegidos e processos de contrato em que se estabeleçam metas e critérios para avaliação do trabalho.

Os profissionais habituaram-se a valorizar a autonomia profissional, julgando-a conforme o direito que teriam de deliberar sobre casos de modo isolado e definitivo. O apoio matricial promove encontro entre distintas perspectivas, obrigando os profissionais a comporem projetos terapêuticos com outras racionalidades e visões de mundo. Note-se que, em casos de impasse, e se o impasse se referir ao terapêutico, não há instâncias superiores para resolver o conflito. O gerente em saúde, em geral, tem pequena capacidade de interferir sobre conduta específica do especialista, cabendo aos envolvidos no conflito encontrar uma saída que não prejudique o usuário nem paralise o projeto terapêutico.

O conceito de projeto terapêutico tem se mostrado útil para mediar esse tipo de relação. Trata-se de uma discussão prospectiva de caso, em que, depois de uma avaliação de risco e de vulnerabilidade compartilhada, são acordados procedimentos a cargos de diversos membros da equipe. Ainda que seja possível uma descrição singela desse tipo de trabalho em grupo, não é simples, no cotidiano, estabelecer-se esse tipo de diálogo, com decisões e tarefas definidas de modo compartilhado.

Obstáculo ético

Se o método de trabalho com base em equipe de referência e apoio matricial busca definir de maneira precisa a responsabilidade sanitária, ao mesmo tempo, complica-se o tema da privacidade e do segredo sobre a história do paciente, da família ou de grupos comunitários. A utilização de prontuário único pela equipe interdisciplinar, a discussão de casos em equipe, toda essa circulação de informação, obriga a todas as profissões de saúde a repensarem o tema das relações entre eles e deles com os usuários. Que aspectos de uma história colhida em um atendimento individual, um médico ou uma psicóloga ou um enfermeiro podem registrar no prontuário ou comunicar aos demais membros da equipe ou do apoio? Observação que um agente de saúde recolhe durante uma visita familiar, como e em que grau divulgá-la a outros colegas de equipe? Cada profissional teria um registro particular e outro compartilhado com a equipe? Como lidar com o coletivo e com a circulação de informação, sem comprometer o direito à privacidade de cada caso ou de cada família?

Obstáculo epistemológico

A maioria das especialidades e profissões de saúde trabalha com um referencial sobre o processo saúde e doença restrito. Predominam os filiados à racionalidade biomédica, o que os leva a pensar e a agir segundo essa perspectiva restrita (LUZ,2004). Outros tendentes a valorizar o social na explicação desse fenômeno também geram soluções restritas a essa linha de intervenção. O mesmo se pode observar entre aqueles adeptos de explicação subjetiva (desejo ou cognição) que pensam linhas de trabalho restritas a esses planos. O enfoque de clínica ampliada, ou clínica do sujeito, sugere maneiras para integrar essas perspectivas em um método de trabalho que reconheça a complexidade e variabilidade dos fatores e dos recursos envolvidos em cada caso específico, seja ele um problema individual ou coletivo. Pois bem, novamente o apoio matricial é um dispositivo importante para ampliação da clínica; ao mesmo tempo, para se trabalhar em uma perspectiva interdisciplinar, pressupõe-se algum grau de adesão a um paradigma que pense o processo saúde, doença e intervenção de modo mais complexo e dinâmico.

CAPÍTULO 2- Saúde mental em Campinas

Campinas foi uma das cidades pioneiras na implantação do Sistema Único de Saúde. Ainda na década de setenta iniciou-se na cidade um projeto da saúde comunitária, liderado pelo então secretário de saúde doutor Sebastião de Moraes, articulando-se uma das primeiras experiências de atenção primária no Brasil. Foram criados vários Centros de Saúde que constituiriam o embrião da futura rede do SUS Campinas. Em 1978, a cidade já contava com 16 Postos de Saúde e 1 Ambulatório Municipal de Saúde Mental. Em 1980 foi inaugurado mais um Ambulatório de Saúde Mental pela Secretaria de Estado da Saúde e, logo em seguida, abriram-se leitos psiquiátricos nos dois hospitais universitários, Hospital das Clínicas da Unicamp e Hospital Celso Pierro da Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Durante a década de oitenta, a política de saúde mental adotada na cidade baseava-se na orientação divulgada pela Organização Mundial de Saúde, também adotada pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo a partir do governo de Franco Montoro, que recomendava a organização de uma rede hierarquizada de serviços de saúde. Haveria ações e profissionais de saúde mental integrados diretamente com a atenção primária; serviços intermediários, ao estilo do hospital-dia e ambulatório psiquiátrico e de saúde mental; e o nível terciário, com a retaguarda de urgência e hospitalar (BRAGA CAMPOS, 2000).

A partir de 1989 houve tanto um aprofundamento dessa política quanto algumas mudanças de rumo. Assumira um novo governo municipal, sob o comando de uma frente de esquerda, a saúde ficou a cargo de dirigentes do movimento sanitário. Naquele período estava sendo criado o SUS, o que representou estímulo ao grande crescimento do sistema municipal de saúde. Iniciou-se o processo de municipalização dos serviços da Secretaria de Estado e do Instituto Nacional de Assistência Médica (INAMPS) do Ministério da Previdência, foi constituído um dos primeiros Conselhos Municipais de Saúde do país e dobrou o número de Centros de Saúde e de equipes de saúde mental. Uma característica marcante do SUS em Campinas é a existência regular de uma série de fóruns para a gestão colegiada e participativa do sistema. Além do Conselho Municipal, foram progressivamente sendo criados Conselhos Locais de Saúde, com participação de usuários, profissionais e gestores, em quase todos os serviços do SUS (L'ABATTE,1990). Em Saúde Mental há vários anos, além de um coordenador do programa foi criado um Colegiado que reúne

dirigentes da secretaria com apoiadores dos vários distritos e representantes de serviços da rede (CAMPINAS,2001d).

Havia uma tradição de participação popular em saúde na cidade. Organizaram-se movimentos de saúde em vários bairros e sindicatos. Desde a década de setenta do século XX, profissionais de saúde, alunos e professores nas Universidades, também se voltaram para a temática da saúde. Foi fundado o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES) e em sindicatos passou-se a discutir política de saúde, sugerindo-se novos desenhos para a organização dos serviços e programas de saúde (SMEKE,1989).

Em Saúde Mental não ocorreu algo muito distinto. Prosseguiu-se com a diretriz da desospitalização do tratamento de doentes graves e crônicos e iniciou-se uma mudança do modelo de atenção com a progressiva criação de Centros de Atenção Psicossocial e Residências terapêuticas. Braga Campos refere-se à adoção de um modelo híbrido, que combinaria características da alternativa clássica recomendada pela OMS com diretrizes da reforma psiquiátrica brasileira, muito influenciada pela experiência italiana e francesa. No caso de Campinas, optou-se pela ampliação da saúde mental na atenção primária, mas se investiu na construção de equipamentos especializados em saúde mental e que oferecessem uma abordagem terapêutica denominada de reabilitação psico-social. Esse movimento foi facilitado graças a um convênio de co-gestão que se estabeleceu entre a secretaria de saúde e o Serviço de Saúde Cândido Ferreira, uma organização filantrópica que aceitou realizar uma parceria com a Prefeitura concomitante a sua integração nessa nova rede de serviços de saúde mental (CAMPOS BRAGA,2000).

Essa política intensificou-se a partir do ano 2000 quando a Secretaria de Saúde de Campinas adotou o Programa de Saúde denominado de Paidéia.

Observe-se que desde 1989, foi estimulada dentro da rede municipal uma discussão sobre modos para alterar-se o paradigma clínico e sanitário na prática. Reforçava-se a importância de reformulação da clínica em todas as instâncias do sistema, e não somente na saúde mental, chamando-se atenção para os aspectos subjetivos, sociais e de educação em saúde habitualmente descuidados na clínica tradicional. Mudou-se o organograma da Secretaria de modo que a menor unidade de gestão fosse sempre uma

equipe interdisciplinar. Enfatizava-se a importância da participação dos profissionais e usuários na gestão e, em particular, se preocupava com medidas que diminuíssem o controle social exercido pela clínica e pela saúde pública sobre comunidade, famílias e pacientes. A construção de coeficientes de autonomia sempre mais amplos passou a ser uma consigna importante. O Projeto Paidéia reavivou essa discussão, iniciando uma reformulação do modelo de atenção na atenção primária mediante a implantação em Campinas de equipes de saúde da família, incorporando na rede básica novos profissionais: o médico generalistas e o agente comunitário de saúde; e modificando a função e a quantidade de alguns outros que já atuavam na rede básica: isso aconteceu particularmente com os enfermeiros. No modelo antigo o atendimento ficava a cargo de especialistas – pediatras, clínicos, ginecologistas, etc – que, em geral, não operavam em equipe. Foi nesse contexto que se introduziu a proposta de trabalhar-se com Projetos Terapêuticos interdisciplinares e com o Apoio.

Iniciou-se com dois tipos de Apoio, um denominado de Apoio Institucional, voltado para a gestão, o qual procurava alterar o modo de operar dos antigos supervisores de especialidade, entre eles os supervisores de saúde mental. O outro foi a Apoio Matricial, tema dessa investigação. Como se tratava de uma metodologia nova, a preparação dos supervisores e especialistas para esse novo modo de operar foi reduzida. Em geral, seminários e debates com o Secretário Municipal, autor da tese que investigara essa metodologia, e supervisão institucional com outros especialistas, quando se discutia alguma teoria e se avaliava as dificuldades e descobertas ocorridas na prática. Essa forma de educação continuada foi descontínua e irregular, não atingindo igualmente todos os profissionais envolvidos com essa nova metodologia.

Em 2005, a rede de atenção básica do município de Campinas se compôs da seguinte forma: 48 unidades básicas de saúde e 16 módulos de saúde (similares aos centros de saúde, mas de menor porte), sendo que 22 destas unidades possuem equipes de saúde mental. A composição destas equipes é variada, mas, em geral, conta com psiquiatra, psicólogo, terapeuta ocupacional e/ou assistente social. Estas unidades são referências em saúde mental para outras que não têm profissionais de saúde mental de acordo com cada território, ou seja, de acordo com a micro região que elas estão inseridas. Por exemplo,

citando uma das unidades escolhidas para este estudo - o Centro de Saúde São José - localizado na região sul, é referência para aproximadamente 110.000 habitantes. A sua população é de 55.000 habitantes, mas faz referência em saúde mental para outros dois centros de saúde e três módulos de saúde, conforme explicado anteriormente. Neste sentido além desta unidade prestar assistência direta aos usuários moradores “das redondezas”, exercita o apoio matricial como forma de não só lidar com uma demanda, mas de potencializar recursos existentes nas equipes do PSF (Programa de Saúde da Família). Nesta rede de serviços se integram ainda os 9 Centros de Atenção Psicossocial, 38 Serviços Residenciais Terapêuticos, Leitos em Hospital Geral como retaguarda, um Núcleo específico de Atenção à Crise e 7 Centros de Convivência .

O próprio governo federal tem recomendado:

As ações de saúde mental devem ser organizadas a partir da constituição de núcleos de atenção integral na saúde da família. Estas equipes deverão dar suporte técnico (supervisão, atendimento em conjunto e atendimento específico, além de participarem das iniciativas de capacitação às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para a população. (BRASIL Ministério da Saúde,2004b).

Em Campinas, esta inserção da saúde mental na atenção básica vem se consolidado, a partir do Programa de Saúde da Família - Paidéia, especialmente através do apoio matricial em saúde mental, concretizado em diferentes ações, desde discussões dos casos com as equipes da Saúde da Família até atendimentos compartilhados entre profissionais da saúde mental e outros.

CAPÍTULO 3- Considerações metodológicas

Este estudo se propõe basicamente a construir uma reflexão sobre a condição atual da saúde mental inserida na atenção básica, em relação ao desenho que se foi formando a partir da oferta de apoio matricial em saúde mental. O apoio matricial enquanto uma das diretrizes da gestão 2001-2004, em Campinas – SP, constituiu um dos pilares da política de saúde mental do município. Foi importante dispositivo capaz de transformar a lógica dos encaminhamentos para atendimento em saúde mental em casos possíveis de serem escutados/olhados pelos profissionais da saúde em geral com compromisso de olhar para cada caso e enxergar o sujeito como um todo, de forma integral.

Estas transformações se deram e continuam se dando de forma bastante gradativa e muitas vezes, de forma até "invisível", no sentido de exigir uma mudança de compreensão dos transtornos mentais e uma diferente postura frente a eles.

O que se pretende a partir do apoio especializado matricial (uma vez que pode ser uma metodologia aplicável em qualquer área) ou apoio matricial em saúde mental é também ampliar as ações de saúde provocando um cruzamento entre os diferentes núcleos de saberes. Por exemplo, um profissional psicólogo que a partir do apoio especializado matricial empresta seu olhar ao médico clínico que amplia o seu próprio ao vislumbrar novas possibilidades de cuidado a uma paciente cardiopata. Ou até mesmo uma outra profissional, uma pediatra que consegue olhar melhor para sua demanda e tomar iniciativa para convidar a terapeuta ocupacional da unidade para formar um grupo de linguagem com crianças em situação de dificuldades de aprendizagem, em que o foco é não só trabalhar a questão da linguagem em si, mas a interação e convívio entre elas.

Para isto, é preciso que os "profissionais não-psi" se sintam capacitados tecnicamente, seguros e abertos ao imprevisível, muito peculiar do *modus operandi* da saúde mental. Como também, os "profissionais psi" precisam se despir muitas vezes de uma suposta onipotência com pretensão de equacionar magicamente os problemas subjetivos, construindo em conjunto e compartilhando mais as ações terapêuticas.

Fase exploratória da pesquisa

É importante dizer que estas questões referentes ao apoio matricial, ampliação das ações de saúde, novo desenho da saúde mental na atenção básica, entre outros, somente se transformou em tema dessa tese, ou seja, um problema a ser delimitado e estudado, a

partir do fato de exercer uma prática profissional como apoiadora institucional em um dos distritos de saúde - Distrito de Saúde Sul - vinculado à Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. O meu trabalho de apoio institucional se iniciou no segundo ano da gestão de 2001-2004, quando o apoio matricial já havia sido implementado na grande maioria das unidades de atenção básica. Este trabalho de apoio institucional apresentava questões mobilizadoras a partir da prática cotidiana, que me impelia a um constante diálogo e reflexão com as diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde e ao mesmo tempo forçava a uma aproximação e melhor compreensão da formulação teórica sobre apoio especializado matricial. Pode-se compreender a partir desta afirmação que provocar uma mudança de atitude e por que não dizer mudança de cultura, nos profissionais da atenção básica tem sido uma tarefa árdua, desafiadora e bastante inovadora e ao mesmo tempo gratificante. Para Minayo: "(...) *nada pode ser intelectualmente um problema se não tiver sido, em primeira instância, um problema da vida prática. Isto quer dizer que a escolha de um tema não emerge espontaneamente, da mesma forma que o conhecimento não é espontâneo*". (MINAYO,2000)

Neste contexto, de implementação de algo definitivamente novo, perguntas foram surgindo, algumas mais fáceis de serem respondidas, outras ainda com necessidade de atenção e investigação. Conforme Minayo: "*A relação dialética entre teoria e realidade empírica se expressa no fato de que a realidade informa à teoria que por sua vez a antecede, permite percebê-la, formulá-la, dar conta dela, fazendo-a distinta, num processo sem fim de distanciamento e aproximação*". (MINAYO,2000)

Escolha dos instrumentos de Pesquisa

Pensamos que um dos principais critérios para compreender e acompanhar a construção do apoio matricial seja o **tempo real** que esta metodologia vem sendo utilizada, **quanto tempo** a Equipe de Saúde da Família (PSF) vem recebendo o apoio matricial bem como **quanto tempo** os profissionais de saúde mental vêm incorporando esta como mais uma de suas práticas. Buscamos eleger unidades envolvidas com o apoio matricial preferencialmente desde sua implantação.

Elegemos algumas unidades de saúde dos cinco Distritos de Saúde de Campinas - SP, a saber, duas equipes por distrito. Do Distrito Norte foram as equipes do Centro de Saúde Aurélia e do C.S. Eulina; do Distrito Sul foram as do C.S. São José e C.S. São Vicente; do Distrito Leste foram as de C.S. Souza e C.S. Joaquim Egídio; do Distrito Sudoeste, DIC I e Tancredão e, por fim, do Distrito Noroeste foram as do centro de saúde do Balão do Laranja e do CS do Ipaussurama.

Destes serviços de saúde, o C.S. Aurélia, C.S. São José, C.S. Souza, C.S. Tancredão e C.S. Balão do Laranja têm equipe de saúde mental ofertando apoio matricial para Equipes de Saúde da Família de sua unidade de saúde e para equipes de outros centros de saúde para os quais foram designadas como sendo de referência.

Abaixo, apresentaremos os cinco centros de saúde que escolhemos para integrar a primeira parte deste estudo, que têm equipe de saúde mental, fazendo referência para outras unidades. Será apresentado um panorama geral para auxiliar na compreensão do modo de operar de cada uma das unidades. Estes dados de informação foram retirados da Secretaria de Saúde do Estado e correspondem à estimativa feita em agosto de 2005. Em seguida, faremos uma apresentação e síntese das entrevistas.

1. A Saúde Mental existe há quanto tempo na unidade

Em todas as unidades respondidas a média foi de 15/20 anos

2. Composição da equipe de saúde mental

	C.S. Souza Dist.Leste	C.S.São José Dist. Sul	C.S. Aurélia Dist. Norte	C.S.Tancredão Dist. Sudoeste	C.S.Balão do Laranja Dist. Hoiroeste
Psiquiatra	1	2	1	3	1
Psicólogo	1	2	1	2	1
Terapeuta Ocupacional	2	1	1	1	1
Assistente Social	1	0	0	0	0

3. Área de abrangência da unidade e de referência em saúde mental

O Centro de Saúde da região Norte faz referência para 44.000 hab. O C.S. da região Sul faz para 110.000 hab. O C.S. da região Sudoeste faz referência para 35.000 hab. O C.S. da região Leste faz referência para 26.000 hab. E o C.S. da região Noroeste não respondeu esta questão.

Obs. Está incluído no número de habitantes a população da unidade com equipe de saúde mental somado aquelas outras às quais faz referência.

4. Público-alvo atendido

Os quatro centros de saúde (C. S. São José, C.S. Aurélia, C.S. Tancredão e C.S. Balão do Laranja) responderam que os atendimentos são dirigidos para os adultos, adolescentes e crianças. Enquanto que o C.S. de Souza (região leste) define sua população em adultos e adolescentes.

5. Pacientes com diagnóstico psiquiátrico matriculados e em atendimento na unidade, estratificados por idade.

	0/11anos	12/18 anos	19/64 anos	65 ou mais
C.S. Tancredão	1	2	17	01
C.S. Balão do Laranja	50	15	500	100
C.S. Aurélia	3	2	450	50
C.S. São José	37	36	565	77
C.S. Souza	20	20	150	30

Obs. Os números apresentados no questionário pelo Centro de Saúde Tancredão não correspondem aos dados apresentados abaixo, mas mesmo assim os apresentamos na íntegra.

6. Pacientes com diagnóstico psiquiátrico matriculados e em atendimento na unidade: estratificados por sexo.

	Feminino	Masculino
C.S. São José	404	246
C.S. Balão do Laranja	500	265
C.S. Aurélia	350	150
C.S. Tancredão	128	62
C.S. Souza	150	70

Porcentagem aproximada de pacientes matriculados e em atendimento na unidade que estão sendo submetidos às seguintes intervenções:

	C.S. Souzas	C.S. Tancredão	C.S. Aurélia	C.S. Balão do Laranja	C. S. São José
Atendimento Psiquiátrico	90%			50%	
Psicoterapia individual	30%			10%	
Psicoterapia grupo	30%			40%	
Psicoterapia. familiar	0%			0%	
Atendimento Terapia Ocupacional	20%			10%	
Atendimento Fonoaudiologia	0%			0%	
Oficina Terapêutica	10%			0%	
Atendimento Nível Intensivo	0%			0%	
Atendimento Ambulatorial	100%			100%	

Observação:

As três unidades acima que não responderam essa questão visto que ainda não conseguiram construir esses dados dentro de seus processos de trabalho.

Número de pacientes atendidos na unidade segundo categorias diagnósticas:

	C.S. Souzas	C.S. Tancredão	C.S. Aurélia	C.S. Balão do Laranja	C.S. São José
F10 – F19 Transtornos mentais e de comportamento devido ao uso de substâncias psicoativas	25	09	11	150	155
F20 – F29 Esquizofrenias, Transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes.	30	24	29	50	252
F30 – F31 Episódio maníaco, Transtorno afetivo bipolar.	15	100	8	300	128
F32 – F39 Episódios depressivos e Transtornos de humor persistentes e outros transtornos de humor.	60	100	57	200	169
F40 – F48 Transtornos neuróticos, transtornos relacionados ao estresse e transtornos somatoformes.	70	49	60	200	169
F81 Transtornos específicos do desenvolvimento das habilidades escolares.	05	-----	-----	05	10

Entrada de pacientes na unidade:

	C.S. Souzas	C.S. Tancredão	C.S. Aurélia	C.S. Balão do Laranja	C. S. São José
Procura Espontânea	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
Encaminhamento de Emergência Psiquiátrica	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
Encaminhamento de Enfermaria Psiquiátrica	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
Encaminhamento de Outras Unidades	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM
Encaminhamento de Residências Terapêuticas	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	SIM
Escolas	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM
Poder Judiciário	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
Hospitais Psiquiátricos	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
Especialidades Médicas	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
ONGs	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM
Outros	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO

Existe lista de espera de pacientes a serem atendidos na unidade:

C.S. Balão do Laranja	SIM	6 meses
C.S.Aurélia	SIM	4 meses
C.S.Souzas	NÃO	-----
C.S.São José	NÃO	-----
C.S.Tancredão	NÃO	-----

Além da observação participante realizada no cotidiano como apoiadora institucional, com ênfase no Distrito Sul de Campinas, e destes dados apresentados para apresentação geral das unidades, foram realizadas entrevistas estruturadas com coordenadores de unidades básicas de saúde, trabalhadores destas unidades e profissionais de saúde mental. As observações feitas a partir da prática profissional cotidiana sempre se dirigem no sentido de apreender o quanto os profissionais de saúde mental conseguem, a partir do apoio matricial, criar condições para que as ações de saúde dos outros profissionais efetivamente sejam ampliadas. Busca ao mesmo tempo compreender quais as limitações tecnológicas e operacionais que estão colocadas nas ações dos trabalhadores das unidades de atenção básicas no que se refere ao acompanhamento de um usuário portador de transtorno mental.

As entrevistas estruturadas configuraram-se enquanto questionário com objetivo de captar algumas questões vivenciadas por três diferentes segmentos: coordenadores das unidades, trabalhadores destas unidades (profissional médico ou enfermeiro) e profissionais de saúde mental que oferecem o apoio matricial.

Para os coordenadores, a intenção é de apreender a formulação que fazem do próprio conceito de apoio matricial, como se estrutura o apoio matricial na unidade que ele coordena (ao mesmo tempo o quanto que o coordenador está envolvido) e se essa metodologia de trabalho tem correspondido às expectativas das equipes.

Com os trabalhadores destas unidades, a aplicação do questionário objetivou também apreender o conceito que se formou sobre apoio matricial, o que tem se constituído enquanto problema de saúde que requer auxílio do apoio matricial e o quanto tem se conseguido “encarregar” as equipes de referência (saúde da família) de um caso que requer cuidados específicos de saúde mental.

Para os profissionais de saúde mental, além da apreensão sobre o conceito que formulam sobre apoio matricial e dos problemas de saúde que mais requerem auxílio do apoio, buscou-se saber sobre sua experiência, aquilo que os teria capacitado para lidar com esta tecnologia. Buscou-se também saber como o profissional avalia a coleta de dados e informações sobre o caso (usuário) a ser discutido no apoio matricial.

Os questionários formulados pela Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo foram aplicados pelos apoiadores de saúde mental de Campinas em agosto de 2005. Ele tem o objetivo de mapear os recursos existentes nas equipes de saúde mental do município e reconhecer a configuração das ações de saúde mental. Compreende mais de 40 questões, embora para este estudo fossem extraídas apenas algumas que se revelaram interessantes e complementares.

Estes dados foram complementados por informações contidas no SIGAB (Sistema de Gerenciamento de Unidade Ambulatorial Básica). A partir daí o trabalho proposto tem a intenção de se estabelecer um cruzamento entre estes dados, buscando elucidar como o apoio especializado matricial tem se configurado na prática dos gestores e trabalhadores de saúde. A partir da compreensão que as pessoas formaram sobre este conceito, supomos que suas práticas e intervenções passam a ser constituídas e seus limites revelados.

Sistematização das entrevistas

A seguir, será apresentada uma síntese das entrevistas e quando necessário, elucidaremos com as próprias palavras dos entrevistados.

Com os coordenadores

1. Como você define o apoio matricial

- . Troca de conhecimento, e de tecnologia
- . Orientações de condutas dadas pelos especialistas em saúde mental
- . Arranjo institucional importante para auxiliar a equipe local de referência a aumentar a sua potencialidade na resolução dos casos
- . Auxilia a equipe local de referência a avaliar situações de risco e acompanhar os casos estáveis

. Contato direto ou indireto (via telefone) entre equipe local de referência e especialista de saúde mental com o intuito de a equipe receber orientações para a solução dos casos menos complexos

. Metodologia importante e necessária, mas ainda merecendo melhor estruturação.

. Recurso importante em que a equipe local de referência consegue compreender melhor o sofrimento mental, ampliando desta forma seu olhar e suas ações

. Improdutivo, não cumpre o objetivo. O perfil da profissional que matricula não está ajudando (...) muito centrado na clínica, outros profissionais não participam

No geral, todos os coordenadores apontam a potência do apoio matricial enquanto instrumento importante e capaz de orientar os trabalhadores das equipes de Saúde da Família a lidarem com os casos de saúde mental, embora somente um coordenador ressalte a questão *da troca de conhecimento*. Isto quer dizer, que o conhecimento é construído na relação entre equipe e profissional da saúde mental, diferentemente do que a grande maioria aponta, em que o conhecimento pertence ao especialista, este o detém e “passa” aos outros.

2. A unidade de saúde mental faz ou recebe apoio matricial ou faz e recebe ao mesmo tempo

Das 10 unidades respondidas, cinco delas têm equipe de saúde mental, cinco fazem apoio e 5 recebem, sendo que três delas fazem e recebem ao mesmo tempo. Sendo que duas delas, mesmo com equipe de saúde mental na própria unidade não recebem o apoio, somente oferta para outra unidade.

3. Das unidades que responderam, quantas tem equipes que não recebem o apoio matricial

Somente três unidades têm equipes que não recebem o apoio, uma com duas equipes e as outras duas unidades com uma. Das 10 unidades, sete delas recebem o apoio matricial na totalidade das equipes.

4. Como está estruturado o apoio matricial

Oito unidades organizam o apoio matricial nas reuniões das equipes locais de referência

Três unidades organizam também para os médicos generalistas e clínicos

Duas unidades organizam o apoio matricial somente com uma parte da equipe presente

Duas unidades organizam de outra forma que as alternativas propostas no questionário

. estudo de caso a partir das patologias (1x/mês)

. atendimento individual conjunto

O que podemos observar que a grande parte se mantém no modelo tradicional, proposto na implementação do apoio especializado matricial – organização do apoio matricial a partir das equipes locais de referência (ou seja, das equipes originadas no Programa de Saúde da Família). Constatamos que há outros possíveis arranjos, como o profissional psiquiatra se reunindo com os médicos clínicos e generalistas para uma discussão sobre psicotrópicos a partir de casos clínicos.

5. Se o apoio matricial corresponde às expectativas das equipes

Esta resposta foi bastante dividida entre o sim e o não. Quatro unidades responderam que sim, e 5 responderam que não. Ainda outra, respondeu que parcialmente e justificou que "ainda há angústia na equação dos casos, mas o apoio matricial é um instrumento de gestão interessante (...). A falta de R.H. para saúde mental impacta a falta de resolutividade dos casos".

6. Como são selecionados os casos para o apoio matricial

As 10 unidades responderam que os casos são selecionados nas reuniões das equipes locais de referência e 1 delas disse que a partir de uma prévia avaliação dos riscos.

Sete unidades afirmam que os casos também são selecionados a partir de visitas domiciliares feitas pelos agentes comunitários de saúde

Seis unidades dizem que a seleção é feita a partir do acolhimento da unidade

Três unidades dizem que o coordenador seleciona os casos

Ainda as unidades apontaram outras formas de seleção diferente das sugeridas por nós

. a partir de demandas externas às unidades, como por exemplo: do Conselho Tutelar

. a partir de discussões com o profissional de saúde mental via telefone

Observamos como na questão anterior que o espaço de reunião de equipe ainda é prioritário para “cuidar” da assistência. É neste espaço, portanto, que os casos são discutidos previamente e são apontadas demandas e questões para o auxílio do apoio especializado matricial. Foi apontado também que a equipe como um todo está envolvida neste processo, sendo que a centralização somente pelo coordenador sem discussão com os demais aparece apenas em 3 respostas.

Com os profissionais de saúde mental que oferecem o apoio matricial

1. Como você define o apoio matricial

Dos 10 questionários, todos foram respondidos. Destes, cinco profissionais compreendem o apoio matricial como capaz de gradativamente provocar mudanças de cultura, em que o usuário é da saúde mental e deve ser cuidado apenas pelos especialistas ou ainda que qualquer tristeza é enxergada como depressão se o olhar e a escuta não estiverem afinados. Conforme um trabalhador citou: "o apoio matricial possibilita ampliação no olhar da equipe local de referência em relação ao caso, compreendendo o sujeito como um todo integrado (mente/corpo)".

Três profissionais entendem o apoio matricial como instrumentos de gestão e da assistência, conforme dito: "uma forma de organizar e ampliar a oferta de ações em saúde, em que se estabelece troca de conhecimento entre profissionais com diferentes formações, envolvidos no cuidado aos usuários".

Dois profissionais enxergam como propício ao estabelecimento da co-responsabilização entre os profissionais, "uma forma de parceria estabelecida entre equipe de saúde mental e os demais profissionais, como forma potente de instrumentalizá-los".

Outras respostas foram:

- . Grande facilitador de fluxo interno ou externo à unidade
- . Forma de democratização do conhecimento técnico
- . Ferramenta facilitadora para compartilhamento de processos e projetos, a fim de efetivar a participação de toda a equipe.

2. Qual a formação destes profissionais que ofertam o apoio matricial

Cinco deles são terapeutas ocupacionais

Três são psicólogos

Um psiquiatra

3. Quanto tempo oferece o apoio matricial

Há aproximadamente quatro anos: cinco profissionais (isto é, desde a implantação desta metodologia).

Há três anos: dois profissionais.

Há um ano: dois profissionais.

Um deles não respondeu.

4. Número de equipes que estes profissionais oferecem o apoio

Três profissionais oferecem para 3 equipes

Três profissionais oferecem para 2 equipes

Dois profissionais oferecem para 1 equipe

E ainda, um profissional oferece para 6 equipes.

5. Qual a periodicidade

A maioria deles oferece quinzenalmente (seis respostas). E três deles oferecem semanalmente. Um profissional ainda oferece o apoio matricial fora da área da saúde, para escolas e ONGs locais mensalmente

6. Os problemas de saúde mais frequentes

. Crianças com dificuldades de aprendizagem escolar (cinco respostas).

. Demandas do Conselho Tutelar e/ou outras demandas sociais (como desemprego, desestruturação familiar) (cinco respostas).

. Psicoses (cinco respostas).

. Neuroses (quatro respostas).

. Depressão (3 respostas).

. Dependência Química (3 respostas).

. Violência doméstica e/ou sexual contra crianças (três respostas).

. Questões relacionadas ao fluxo da saúde mental na rede pública, forma e local de atendimento para determinados casos (uma resposta).

Em primeiro lugar no olhar dos profissionais de saúde mental, as questões ligadas às crianças e adolescentes têm se configurado como principais demandas. São questões que requerem uma especial atenção em relação às diferentes variáveis que podem estar envolvidas, como por exemplo, na dificuldade de aprendizagem, desde fatores ligados às escolas, como àqueles ligados à família ou outras questões sociais.

A questão da psicose em si, está diretamente voltada aos CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), tanto para atendimento em conjunto com as unidades de saúde, no caso de usuários com quadro psiquiátrico mais estável, como para acolher os encaminhamentos de casos mais agudos.

7. Se o profissional se considera capacitado para ofertar o apoio matricial

Esta resposta também está bastante dividida, três profissionais se consideram capacitados e 3 dizem não se sentirem. Outros dois profissionais colocaram as respostas sim e não simultaneamente.

Existe uma fala bastante comum no meio destes profissionais que oferecem o apoio matricial sugerindo que “aprenderam a fazer (apoio matricial) fazendo”. Isto significa dizer que as diretrizes gerais ofereceram subsídios gerais e as (re)construções possíveis foram se dando a partir das práticas.

8. Para os que se sentem capacitados, o que os preparou.

Seis profissionais consideram que o conhecimento teórico e prático em saúde pública e na rede SUS Campinas

As demais respostas foram:

. Especialização em Psiquiatria

. Leitura de textos e apropriação teórica sobre apoio matricial

9. Para aqueles que não se sentem capacitados, o que seria necessário.

Quatro profissionais acreditam que por não terem recebido capacitação prévia para ofertar o apoio matricial, seria necessário uma capacitação para tal. Outro profissional acredita que seria necessário estabelecer reuniões sistemáticas com os apoiadores institucionais para discussão e encaminhamentos de casos mais complexos. Outro ainda, que seria necessário uma supervisão clínica com profissional da área “psi” para equacionar casos mais complexos.

Um outro profissional diz que o instrumentalizaria melhor seria a formação na abordagem familiar sistêmica com enfoque na violência doméstica, Ainda, capacitação em Dependência Química e Psicopedagogia. Nesta linha, outro profissional acredita que seria necessário se enriquecer de mais material teórico com referência no apoio matricial.

10. Se houve mudanças nas equipes a partir da oferta de apoio matricial

A maioria dos profissionais enxerga mudanças (8 respostas). Apenas um profissional diz não percebê-las

11. As mudanças apontadas

A maioria aponta a apropriação do conhecimento específico do núcleo de saúde mental por outros profissionais, a questão da co-responsabilidade entre estes e a do vínculo com o usuário. Como também o surgimento de segurança e capacidade na condução dos casos

A facilidade pelo usuário de acesso ao atendimento (resolutividade). E o crescente envolvimento dos agentes de saúde na identificação, construção e acompanhamento dos projetos terapêuticos.

12. No que o profissional de saúde mental se responsabiliza junto à equipe.

Construção de PTS (projeto terapêutico singular) (quatro respostas)

Visitas domiciliares conjuntas (três respostas)

Acompanhamento sistemático de casos conduzidos pelas equipes locais de referência, dando orientações (três respostas)

Encaminhamentos a outros serviços (duas respostas)

Garantindo agendamento de consulta em Psiquiatria e Psicologia (2 respostas)

Garantindo espaço de apoio sempre que necessário

13. Existe outra forma de troca de conhecimento, além das discussões de casos.

Oito profissionais apontam que sim e 1 aponta que não. Dos que apontam que sim, colocam que outras formas de troca de conhecimento se dão a partir de explanações teóricas em cima de temas levantados pelas equipes. Também através de palestras oferecida por quem oferece o apoio ou outro convidado. A partir das visitas domiciliares. E de discussões sobre modelos de atenção, construção de fluxograma e visitas em outros equipamentos de saúde, como CAPS, Centros de Referência para Álcool, entre outros.

14. Como a equipe que recebe o apoio matricial se apropria dos seguimentos dos casos

. Nove profissionais responderam que o retorno é dado na reunião da equipe local de referência via apoio matricial

. Cinco profissionais responderam que se apropriam dos retornos dos casos através das visitas domiciliares e também do trabalho compartilhado com a unidade de referência em saúde mental

. Quatro profissionais responderam que o retorno é dado pelo próprio usuário

15. Como quem oferece o apoio matricial avalia o "preparo" dos casos

Sete profissionais avaliaram satisfatoriamente, enquanto que dois avaliam como insatisfatório

16. Em relação aos dados coletados

Sete profissionais avaliaram que os dados estão sendo bem coletados, enquanto que dois deles avaliam que os dados não estão sendo coletados de forma satisfatória.

Com os trabalhadores das equipes locais de referência

1. Como você define o apoio matricial

Apenas oito trabalhadores responderam as questões, sendo que a maior parte deles acredita que o apoio matricial é uma forma de capacitação oferecida por especialistas a outros profissionais, a fim de que estes conduzam casos de saúde mental e ampliem seus conhecimentos. De outra forma, foi dito que o apoio matricial se dá a partir de uma oferta de suporte técnico específico a outros profissionais que não detém tal conhecimento. Foi também colocado que pode ser dado suporte, discussão de casos por telefone.

. Também foi dito que o apoio matricial “deveria ser o próprio *matriciador* dando suporte (atendendo) os pacientes em unidades que não têm equipe de saúde mental”. Ainda nesta linha, foi dito que “é uma metodologia interessante, embora seria melhor se houvesse mais profissionais especializados em saúde mental para atender os usuários”.

. E finalizando, foi dito que o apoio matricial “é a *presença* de um profissional de saúde mental numa unidade que não tem saúde mental”.

Neste segmento, a dos trabalhadores das equipes locais de referência, aparece uma contradição, ao mesmo tempo, que se afirma à necessidade da troca de conhecimento, compartilhamento de saberes, nega-se essa possibilidade ao colocar a necessidade do profissional da saúde mental para cuidar sozinho dos casos na forma mais tradicional que são os atendimentos em saúde mental.

2. Há quanto tempo a equipe recebe o apoio matricial.

A grande maioria, em média de três anos. Duas equipes recebem m aproximadamente há um ano. Uma pessoa não respondeu.

3. Se o apoio matricial tem oferecido algum novo subsídio.

Seis profissionais acreditam que sim, e justificam que sempre oferece novas estratégias para lidar com os casos, ampliando as ações e o conhecimento.

Apenas um profissional não conseguiu apontar. E outro ainda disse que “às vezes, oferece algo novo”.

4. Tipos de problemas de saúde mais frequentes

. Depressão (seis respostas)

. Crianças com dificuldades na aprendizagem escolar, hiperatividade ou agressividade (seis respostas).

. Violência doméstica e/ou sexual; conflitos familiares (4 respostas).

. Psicose (três respostas).

. Dependência Química (duas respostas).

. Neurose (duas respostas).

. Questões sociais (desemprego) (duas respostas).

. Questões ligadas ao fluxo e agendamento de consultas em psiquiatria e psicologia (uma resposta).

As respostas quase que são idênticas àquelas identificadas pelos profissionais de saúde mental: a questão da depressão, porém, no olhar dos trabalhadores é a predominante, diferentemente da questão das dificuldades de aprendizagem eleita pelos profissionais da saúde mental. O que pode sugerir, que à primeira vista, qualquer “chorinho”, tristeza, ou algo inominável pode ser encarada como depressão...

5. O que influencia a equipe assumir ou não um caso

As respostas estão bastante divididas entre "critérios de risco e complexidade do caso" (duas respostas), "quando há segurança e competência para o atendimento, as dificuldades técnicas são minimizadas" (duas respostas) e "quando o atendimento é compartilhado entre o especialista em saúde mental e o médico da unidade" (duas respostas), "quando há familiaridade com o caso e quando o apoio matricial é eficaz". (uma resposta)

6. Possíveis ações terapêuticas

- . Acompanhamento grupal (para pacientes e/ou familiares) (três respostas)
- . Acompanhamento individual (duas respostas)
- . Visitas domiciliares (três respostas)
- . Acolhimento com equipe de enfermagem
- . Tratamento medicamentoso
- . Grupo de mulheres (para casos de depressão leve)

7. Como a equipe acompanha o caso quando este vai para a unidade de saúde mental atender

- . O retorno é dado pelo profissional que oferece o apoio matricial na própria equipe (quatro respostas)
- . Através de visitas domiciliares realizadas pelos médicos e agentes comunitários de saúde (duas respostas)
- . Consultas periódicas (consultas de rotina) com o médico clínico ou generalista em que o próprio paciente faz o relato (duas respostas)

8. Tempo de espera

Todas as respostas foram no sentido de apontar *lista de espera* para o atendimento em saúde mental com os especialistas.

Poderíamos esperar que não houvesse lista de espera para o usuário ser atendido, uma vez que a idéia central persegue a descentralização do atendimento pelos profissionais de saúde mental. Propomo-nos, no entanto, investigar melhor este tempo de espera, de quanto tempo é, e de quais os casos que estão necessariamente em espera e para quê.

9. Existe troca de conhecimento, além das discussões de caso

Cinco profissionais acreditam que sim, embora duas apontem que não há nenhuma outra forma de trocas. Um profissional não respondeu.

10. Em relação à apropriação dos seguimentos dos casos

. Quatro profissionais apontam que o retorno é dado na reunião de equipe em que acontece o apoio matricial

. Cinco profissionais dizem que é através das visitas domiciliares

. Quatro respostas são no sentido de que o próprio usuário que informa sobre o seguimento

. Três respostas ainda apontam que a apropriação dos casos se dá através de trabalho compartilhado com a unidade de saúde mental.

*CAPÍTULO 4- Temas sintéticos para análise
do questionário aplicado*

A intenção neste capítulo é apresentar um cruzamento nas respostas dadas pelos coordenadores das unidades de saúde, dos profissionais de saúde mental e dos trabalhadores das equipes de saúde da família em relação ao tema proposto – apoio matricial em saúde mental. Foram criadas categorias de análises a partir de temas extraídos nas respostas dos entrevistados.

A seguir, faremos uma análise das respostas tendo como base os documentos escritos pela Secretaria de Saúde na gestão de 2001-2004, como também utilizaremos como referência o Capítulo I deste trabalho.

A – O que é apoio matricial: definição e conceito.

As categorias encontradas se referem à **orientação e troca de conhecimento, responsabilização na construção do projeto terapêutico e a assistência sendo assumida integralmente pelo especialista.**

As respostas dadas se orientam por estas categorias e no texto oficial da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, quando elaborado para sua implantação, encontramos exatamente estas diretrizes. Segue o texto:

Entendemos por matriciamento a construção de momentos relacionais onde se estabelece troca de saberes entre os profissionais de diferentes serviços de atenção, envolvidos no cuidado dos usuários. Tem por objetivo garantir que as equipes das unidades básicas de saúde e as unidades de referência em saúde mental vinculem-se aos pacientes e responsabilizem-se pelas ações desencadeadas no processo de assistência, garantindo a integralidade da atenção, em todo o sistema de saúde. (CAMPINAS,2004)

O mesmo documento ainda faz menção á possibilidade das trocas de conhecimento a partir das discussões conjuntas de casos entre os especialistas em saúde mental e os demais trabalhadores. Porém, quando necessário deve se manter o atendimento e/ou acompanhamento pelo profissional da saúde mental, a fim de aprofundar ou detalhar algumas questões.

Acredita-se que com esta proposta de trabalho, as distâncias estabelecidas entre profissionais das unidades básicas de saúde e das unidades de referência possam ser minimizadas, a fim de garantir a atenção integral aos usuários.

Ainda se percebe, que este modelo de atenção não está totalmente incorporado na lógica de atendimento das unidades. Como trata-se de pessoas com suas idiossincrasias, alguns trabalhadores conseguem desenvolver mais ações de saúde mental que outros. E alguns destes necessitam ser “monitorados” pelo apoiador matricial com uma certa constância nas suas práticas em saúde mental, outros não, bastando uma discussão de caso para aflorar sua criatividade no trabalho nesta área.

B – Expectativas quanto ao apoio matricial

O que aparece de mais forte enquanto elemento de análise é o fato desta metodologia ter se constituído como algo bastante novo e provocador de mudanças nas práticas de saúde, em que o modelo assistencial vigente predominantemente sempre foi o atendimento isolado dos vários profissionais, inclusive dos especialistas em saúde mental.

Também aparece uma certa angústia dos trabalhadores das equipes de saúde da família na equação dos casos, que somente é extirpada na maioria das vezes quando o caso é assumido integralmente pelo profissional de saúde mental.

Quando se instala uma repressão na demanda a ser acompanhada pela saúde mental, quer seja por falta de recursos humanos disponíveis ou por algum fator ligado à organização de processo de trabalho (por exemplo, uma estrutura que favoreça e fortaleça a prática do apoio matricial dentro da unidade) esta angústia toma proporções desastrosas, podendo muito bem recair na (des)assistência ao usuário.

No Capítulo 1, apontamos como um dos obstáculos à consolidação desta metodologia a questão do excesso de demanda e da carência de recursos. Ao mesmo tempo em que ele pode colaborar para uma reorganização no modelo assistencial, na co-responsabilização em relação ao projeto terapêutico, pode também ser uma forte barreira na continuidade do processo.

Vale apontar que o Colegiado Gestor de Saúde Mental, representado pela coordenação de saúde mental e apoiadores institucionais da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas prevendo e analisando as dificuldades decorridas do excesso de demanda e carência de recursos humanos, colocou como princípio no planejamento para o ano de 2005 o redimensionamento de recursos humanos, conforme cita no documento Diretrizes e Princípios Gerais da Saúde Mental na Atenção Básica em Campinas (2005). Em um dos trechos em relação ao redimensionamento

O objetivo é assegurar para todos a atenção em saúde mental, respeitados critérios de risco e vulnerabilidade para definição de prioridades. Até o final de 2006 a meta a atingir equivale a 1 (uma) Equipe de Saúde Mental para cada 30 mil habitantes. A equipe de saúde mental é constituída por 3 (três) profissionais de nível superior, sendo 1 (um) de preferência médico psiquiatra. (CAMPINAS,2005)

C – Formação do Apoiador Matricial

Os profissionais respondentes neste estudo em sua maioria têm sua formação em Terapia Ocupacional, e em seguida em Psicologia. Somente um deles tem formação em psiquiatria. Na prática das unidades isto também tem se repetido. A maior parte dos psiquiatras tem se restringido aos atendimentos individuais ou em grupo e alguns deles têm oferecido espaços para discussão de casos em conjunto com médicos clínicos e/ou generalistas, como também reservando espaços em suas agendas para ofertar capacitações e atualizações em psicofármacos e psicodiagnóstico.

Em relação aos apoiadores matriciais se sentirem capacitados para oferecerem apoio matricial, percebe-se que o fato de “aprenderem fazendo” traz à tona um dilema: a criatividade por um lado, inventar formas, possibilidades de intervenções conjuntas no modo de fazer saúde mental, bem como a insegurança do agir solitário, dúvidas de até onde ir, quais os limites que podem ou não serem transpassados.

Atualmente, passados quatro anos da implementação do apoio especializado matricial, observa-se que há muitos profissionais que foram capacitados na prática e desta forma contribuíram para a consolidação deste modelo na rede de atenção básica. As

dúvidas e inseguranças foram cedendo lugar a soluções construídas a partir de problemas que vão se tornando comuns e compartilhados.

De todo modo, vale a pena dizer que alguns profissionais fazem um “link” mais forte com a proposta do apoio matricial, e outros não aderem tão facilmente. Isto reflete diretamente nas suas práticas e na própria organização da atenção do serviço de saúde.

D - Apropriação de conhecimentos e habilidades em saúde mental pela equipe de referência em saúde da família

No documento oficial da segunda gestão em que o Apoio Matricial vem sendo utilizado (CAMPINAS,2005) encontramos que a responsabilização compartilhada dos casos exclui a lógica do encaminhamento, pois visa aumentar a capacidade resolutiva de problemas de saúde pela equipe local. A lógica primeira do trabalho na rede básica é a do apoio matricial, através do qual se busca oferecer suporte técnico para que os profissionais das unidades atuem em benefício da saúde mental do usuário, algumas vezes se responsabilizando inteiramente pelo cuidado, outras vezes dividindo-o com ações específicas do núcleo e dos profissionais da área. A organização do trabalho em equipe multidisciplinar desenvolve a capacidade de atenção, respeita a integralidade do cuidado e se afasta do paradigma médico que costuma prevalecer nos serviços.

A apropriação do conhecimento específico da saúde mental por outros profissionais e trabalhadores se dá de forma lenta e gradativa. Através de um atendimento compartilhado, de uma visita domiciliar, na proposição de uma nova estratégia de intervenção antes não pensada. Todas estas ações, o quanto mais puderem fazer parte do repertório do trabalhador no dia-a-dia, mais poderão contribuir para fortalecer a segurança e competência no atendimento e acompanhamento dos casos.

Existem alguns riscos, entretanto, que se referem à incorporação do saber, da técnica, sem constante reflexão, avaliação. Por exemplo, a questão da administração de psicofármacos pelos médicos que não são psiquiatras exige um acompanhamento em relação à dosagem, período de utilização do medicamento, conhecimento dos efeitos colaterais e principalmente, os riscos inerentes ao uso indevido, como nos casos de tentativas de suicídios.

E – Estrutura e funcionamento do Apoio Especializado Matricial

Esta metodologia surge com a seguinte proposta de organização tendo como norteadores os serviços de saúde e os profissionais envolvidos:

OFERECEM APOIO	RECEBEM APOIO
Equipes de especialidades Especialistas/ equipe de enfermagem/outros profissionais	Equipes dos Centros de Saúde Generalistas/outros medicos/equipe de enfermagem/agentes de saúde

Equipes de especialistas	Equipes de especialistas
---------------------------------	---------------------------------

As possibilidades de organização apontadas são as capacitações, as consultas conjuntas, os mutirões, as discussões de casos, os seminários, a participação nas reuniões das equipes, as trocas à distância (via telefone e Internet), as contra-referências qualificadas.

Como foi apontado no quadro acima, os profissionais de saúde mental podem oferecer apoio matricial a outros trabalhadores, como a equipe de saúde da família. E ao mesmo tempo, podem oferecer apoio a outros profissionais de saúde mental. Por exemplo, no caso de profissionais de um CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) que é referência para Álcool e Drogas, ofertarem o apoio matricial para um centro de saúde com equipe de saúde mental, emprestando este seu “know-how” para outros profissionais da atenção básica que também estão na lida com esta população.

Seguindo os questionários respondidos, a organização dos serviços se mantém dentro destas orientações propostas, ainda acrescentando que as visitas domiciliares especialmente realizadas pelos agentes comunitários de saúde são espaços privilegiados tanto de captação dos casos referentes à saúde mental como espaços para observação e avaliação do acompanhamento destes mesmos casos.

As reuniões das equipes de saúde da família ainda se mantêm como o espaço tradicional para o apoio matricial. Inicialmente, as chamadas “reuniões de matriciamento” aconteciam via de regra uma vez por semana, o que com o tempo foi se modificando e ganhando um intervalo de tempo maior. O que talvez, comprove que o conhecimento e manejos específicos de saúde mental venha sendo assimilado pelos demais trabalhadores.

Há de se considerar também, conforme exposto anteriormente no Capítulo 1, que a estrutura, ou melhor, dizendo a forma de organização do serviço acaba interferindo em muito no trabalho compartilhado, interdisciplinar e na comunicação entre os trabalhadores, podendo de fato se constituir enquanto um obstáculo estrutural. Um exemplo simples em relação a uma unidade de saúde que não possibilita espaços fixos para reuniões de equipe ou que o acolhimento de usuários de saúde mental não passa de um momento de triagem e marcação direta de consulta para profissional desta área, se revela uma unidade que ainda não consegue se desvencilhar do modelo tradicional e verticalizado, oferecendo pouco espaço para o apoio matricial desabrochar.

Talvez, a maior contradição observada nas respostas e que pode se constituir como um indicador de avaliação seja a questão da lista de espera para atendimento com os especialistas, onde todos que responderam apontam a lista como problema comum e com um tempo de espera ainda bastante elevado. Espera-se, que com o apoio matricial, os serviços consigam criar redes de compartilhamento efetivas para equacionamento e acompanhamento dos casos, saindo desta forma da organização em que a lógica do encaminhamento predomina.

Para qualificar o apoio matricial, do ponto de vista da estrutura das unidades, os documentos oficiais da Secretaria Municipal de Saúde, apontam como essencial à reorganização das unidades de saúde de referência em equipe multiprofissionais flexíveis, onde possam se proporcionar diálogos entre diferentes especialidades, pensando tanto na construção de protocolos de cuidado, quanto na pactuação de condutas clínicas.

F – Problemas de saúde que mais requerem auxílio do Apoio Matricial

Esta resposta se configura de maneira diferente no olhar dos trabalhadores das equipes de saúde da família e dos profissionais de saúde mental. O que podemos dizer é que embora os problemas levantados sejam comuns, a prevalência para os dois grupos se configura de forma diferente. No olhar dos profissionais de saúde mental, a maior demanda para o apoio matricial se refere á crianças com problemas emocionais e na ótica dos trabalhadores das equipes de saúde da família, a questão da depressão é o que mais requer cuidado. Esta questão aparece como foco central para os trabalhadores das equipes requererem auxílio dos outros profissionais tanto no sentido medicamentoso, quanto no manejo do caso e muitas vezes, colocando o próprio trabalhador (que não é especialista) em confronto com suas dores e sofrimentos, gerando angústia capaz de interferir em qualquer possível ação que pudesse ser desenvolvida.

Neste sentido, a ação do profissional que oferece o apoio matricial deve ser bastante ampla, conseguindo olhar para além do caso a ser discutido, assim compreendendo que há questões subjetivas relacionadas aos cuidadores destes casos que precisam ser trabalhadas. E aí, criar dispositivos para isto, individuais, coletivos ou até mesmo neste caso em relação à questão da depressão em que a saída, por exemplo, pode ser um seminário para toda a equipe de saúde da família em que um estudo mais detalhado acerca deste tema pode ser destacado. Assim, não lidaria diretamente com a angústia do trabalhador frente ao caso, o foco não seria ele, mas sim, criaria condições de pela via do conhecimento e da compreensão das patologias pudesse se ter um domínio mais técnico em relação aos casos e desenvolver assim uma segurança e tranqüilidade na hora de atuar.

Os problemas mais frequentes apontados se referem às crianças com algum tipo de questão emocional, gerada por desestruturação familiar, desemprego, condições precárias de vida. Crianças com dificuldades de aprendizagem escolar, violência doméstica e/ou sexual. Depressão e neuroses aparecem como problemas comuns. A questão da psicose também foi apontada. E ainda, apareceram questões ligadas ao fluxo de saúde mental na rede básica e encaminhamentos e agendamentos de consultas com especialistas.

G – Avaliação

Alguns elementos são essenciais para construção de um processo de avaliação desta metodologia do apoio matricial, como: o envolvimento dos sujeitos, a satisfação dos usuários, a adequação dos encaminhamentos, a lista de espera.

Embora não seja possível somente através das respostas aos questionários fazer uma ampliação, generalização em relação a este item, há apontamentos de que os dados coletados, as informações colhidas para os encaminhamentos aos especialistas têm se qualificado cada vez mais, segundo opinião dos próprios entrevistados.

No tocante ao envolvimento dos sujeitos, não há como negar que há uma sensibilização frente ao "novo" de todas as partes envolvidas. Envolvimento no sentido de querer fazer, querer experimentar algo diferente, fora do núcleo específico de seu conhecimento. No sentido de se dispor a ampliar a sua prática, sua clínica. Mas também há um outro lado do envolvimento, do estar envolvido com um caso, que antes não pertencia a este profissional, e sim, apenas ao especialista em saúde mental. Neste sentido, obrigando o trabalhador a aprender a transpor barreiras, obstáculos epistemológicos e compartilhar angústias e projetos terapêuticos e de vida!

A lista de espera, conforme mencionamos anteriormente, ainda permanece bastante direcionada aos atendimentos pelos profissionais de saúde mental. Podemos dizer que não é somente o fato de ainda vigorar um modelo mais "psicentrado" (centrado no psiquiatra, no psicólogo, ou às vezes, no terapeuta ocupacional), como também de ser culturalmente comum e muitas vezes, legítimo a preferência do usuário pelo "velho e conhecido profissional da saúde mental". Acaba sendo uma contradição da própria metodologia, ao mesmo tempo em que, se efetiva um espaço de compartilhamento das ações entre profissionais de saúde mental e trabalhadores das equipes, volta-se a o modelo tradicional de atendimento centrado no especialista.

*CAPÍTULO 5- O grupo focal como mais um
recurso metodológico de análise*

O grupo focal foi constituído a partir da necessidade de um maior aprofundamento e refinamento dos dados colhidos através das entrevistas, configurando-se como segunda parte integrante deste estudo. Os próprios roteiros de discussão para os grupos, em que foram escolhidos temas específicos, surgiram da síntese das respostas aos questionários, realizados na primeira parte. Também nos pautamos nas diretrizes gerais referentes à organização do apoio matricial que, desde sua implantação já previa uma avaliação da metodologia, apontando as dificuldades, sucessos e pontos de distorções que eventualmente precisariam ser corrigidos.

A escolha dos sujeitos dos grupos respeitou a mesma lógica da escolha para aplicação das entrevistas, sendo dois representantes dos trabalhadores das equipes de referência de saúde da família, dois coordenadores de unidade básica (uma unidade com equipe de saúde mental e a outra não), quatro profissionais de saúde mental que oferecem apoio matricial e dois apoiadores institucionais de saúde mental ligados ao Distrito de Saúde Sul de Campinas (lugar este em que esta pesquisadora se inclui). Porém, o critério de escolha destes sujeitos se baseou no grau de envolvimento e responsabilidade em relação ao apoio matricial segundo o olhar dos apoiadores institucionais de saúde mental.

Inicialmente, foram elencados cinco temas para dar o “start” nas discussões, sendo:

Tema 1 – Aquilo que está dando certo no apoio matricial em saúde mental a partir das práticas individuais e/ou coletivas, tema 2 – Dificuldades vivenciadas a partir do uso desta metodologia de trabalho, tema 3 – Problemas de saúde mais frequentes que requerem auxílio do apoio matricial, tema 4 – Propostas para mudanças e tema 5 – Avaliação.

O enfoque destes temas e a síntese dos mesmos respeitou a ótica dos sujeitos envolvidos no grupo focal, embora no capítulo seguinte faremos uma conexão, uma aproximação com outros dados obtidos em campo.

Construímos a partir das respostas algumas categorias sintéticas de análise em que apresentaremos a seguir em conjunto com fragmentos das falas dos sujeitos do grupo focal. Em relação ao primeiro tema:

1 – *Aquilo que está dando certo em relação ao processo de apoio matricial segundo o olhar de cada um do grupo:*

Aqui aparecem categorias, como:

- O desenvolvimento efetivo da **co-responsabilização** entre equipe de saúde da família e profissionais de saúde mental. Incluindo aqui a ampliação da clínica, a possibilidade de olhar para o sujeito como um todo, e não só como partes. Por exemplo: ainda é comum um discurso como este: “é um paciente da saúde mental que chegou em mim com uma queixa clínica, com dores no joelho”. Um médico clínico poderia se desfazer deste discurso a partir do momento em que compreende que as pessoas não são de determinada área, não existe paciente da saúde mental e sim, sujeitos que em determinados momentos requerem auxílio de determinada área, de determinado conhecimento. E que este conhecimento específico, ou melhor, que um olhar diferenciado, uma escuta qualificada pode ser oferecido ou experimentado por outro profissional que não necessariamente seja especialista de saúde mental desde que priorize o sujeito integral, repleto de demandas, carências e necessidades a serem atendidas. Neste pequeno exemplo, naquele momento, olhar para o sujeito todo considerando sua dor no joelho e não acreditar que deveria encaminhá-lo ao especialista por se tratar de um doente mental e poder realizar alguma ação se torna mais produtivo e eficaz. É exatamente este tipo de postura que o apoio matricial deseja consolidar.

A **troca de conhecimentos** foi outra categoria elencada, embora tenha aparecido sendo compreendida como possibilidade de ampliação do olhar e da escuta da equipe de saúde da família e não no sentido da troca mútua, em que as duas partes - especialistas em saúde mental e demais trabalhadores – saem transformados, bem como transformando suas práticas. Isto merece uma melhor reflexão, porque como o próprio nome diz, troca significa que cada uma das partes possa dar, ceder um pouco. O desejável, portanto, é que tanto o especialista consiga ter acréscimos de conhecimentos, quanto possa oferecer aquilo que sabe aos demais trabalhadores, sendo que o inverso também se torna verdadeiro.

A outra categoria se refere à questão da **humanização**, da atenção às questões emocionais e subjetivas dos usuários. Aqui também incluímos o cuidado dos cuidadores, ou melhor, aqueles que não sendo especialistas em saúde mental, fazem ações de saúde mental, muitas das vezes se confrontando com suas próprias dores e sofrimentos. Desta forma, pensamos que um profissional da saúde mental deve estar bem atento nas discussões de casos, detectando quais os limites dos outros profissionais em termos subjetivos, pessoais. Aqui cabe um exemplo de uma médica clínica que muito assídua nas reuniões de apoio matricial para discussão de casos, deixava clara sua resistência em atender os “pacientes da saúde mental”. Em determinado momento, esta mesma médica explicitou no espaço coletivo que não estava conseguindo lidar com sua depressão, com seu próprio sofrimento e que não estava conseguindo entrar em contato com os pacientes com esta problemática.

Então, o que podemos afirmar aqui, que para tratar os usuários de forma humanizada, acolhedora, pressupõe também que o profissional esteja sendo respeitado em seus limites e auxiliado naquilo que for preciso para realizar um bom atendimento.

A questão da **resolutividade** na atenção também foi mencionada como aspecto positivo, fruto do apoio matricial. Percebe-se que tem existido uma redistribuição dos casos a serem atendidos pelos profissionais da saúde mental, a partir do momento em que outros profissionais “treinam” sua escuta e conseguem detectar efetivamente o que é necessidade para cada situação, sem encaminhar “o caso” pura e simplesmente.

Pode-se apontar também a resolutividade num aspecto mais amplo, dentro do sistema de saúde, no sentido de que a escassez de profissionais de saúde mental acaba sendo incorporada e equacionada pelas escutas e ações qualificadas de outros trabalhadores. Aquilo que poderia se constituir como obstáculo se transforma em um possível ordenamento de outras ações.

Como mais uma categoria encontrada podemos destacar a **ampliação e facilitação do acesso**. Para o usuário, isto é de fato um indicador de que está se garantindo uma assistência em saúde mental seja por profissionais da área ou profissionais que recebem apoio matricial. Para os trabalhadores das equipes de saúde da família, foi

apontado por um profissional que o fato de ter se estabelecido vínculo com profissional da saúde mental facilitou bastante o acesso a discussões de casos e encaminhamentos em situações mais urgentes.

Vale destacar neste item que de maneira geral, os agentes comunitários de saúde têm sido em grande parte responsáveis pela captação de casos, até então “escondidos”, fazendo aumentar a necessidade de estabelecer uma escuta qualificada feita por qualquer profissional, garantindo acesso do usuário ao atendimento.

A seguir, apresentamos alguns trechos extraídos do grupo focal sobre o tema Facilidades e avanços no processo de apoio matricial:

“Ampliação do olhar e da escuta para as questões emocionais”.

“Ter alguém com quem dividir a responsabilidade”.

“Co-responsabilidade dos casos. Construção de projetos terapêuticos singulares em equipe”.

“Ver o paciente como um todo”.

“Humanização dos atendimentos feitos pelos trabalhadores das equipes de saúde da família”.

“Possibilidades de trocas de conhecimentos”.

“Melhora na interlocução das equipes de saúde da família com os profissionais de saúde mental, buscando um olhar voltado para a clínica ampliada”.

“Responsabilização da equipe multiprofissional. Cada um faz um pouquinho”.

“Qualificação da escuta dos profissionais através de orientações, dicas, críticas construtivas”.

“Ampliação no acesso do usuário ao serviço”.

“Capacitação dos trabalhadores das equipes de saúde da família *in locu*” .

“O usuário é do serviço, é de todos, mesmo quando acompanhado por equipe de saúde mental”.

“O processo de apoio matricial desperta busca por saberes novos”.

“A ajuda profissional efetiva dos agentes de saúde”.

“Maior responsabilidade de toda a equipe em relação aos pacientes da saúde mental”.

“O apoio matricial fortaleceu as reuniões em equipe”.

“Agilidade na marcação das consultas”.

“Atendimento e visitas conjuntas”.

“Desperta a criatividade nos trabalhadores”.

2 – Possíveis dificuldades encontradas no processo de apoio matricial em saúde mental

Ainda subsiste a visão da **clínica pouco ampliada** em detrimento de uma clínica em que efetivamente a interdisciplinaridade está colocada, ou até mesmo em alguns casos mais ousados, de uma clínica transdisciplinar em que o que deve prevalecer é a *ação em saúde*, sem haver uma rigidez entre as profissões determinando *a priori* o *script* de cada profissional a partir de seu núcleo de conhecimento. O que se quer chamar a atenção neste ponto é o fato dos trabalhadores em conjunto com os profissionais de saúde mental poderem experimentar um alargamento de suas ações, saindo dos atendimentos de consultório, tipo “queixa-conduta” e construir saídas mais criativas para os problemas detectados no campo da saúde mental. No caso da depressão leve, ou na dependência dos benzodiazepínicos, por exemplo, a saída pode ser a oferta de espaços em Centros de Convivência como oficinas de bordados, confecção de sabonetes e outros.

A **carência de recursos humanos** em saúde mental se apresentou como unânime na fala das pessoas. Entendemos desta forma, que o profissional especialista em saúde mental se tornou uma figura bastante forte e imbuído de poder em relação aos demais. Em relação ao apoio matricial é aquele que escuta, discute e orienta casos e muitas

vezes, compartilha o cuidado dos mesmos. Em relação à assistência estrita, é aquele que se encarrega dos casos que necessitam de um acompanhamento especial, sempre com possibilidades de resolução dos problemas. Desta forma, conforme já apontado, se por um lado a escassez de recursos obriga a responsabilização de outros profissionais, por outro, pode criar barreiras ou resistências no enfrentamento dos problemas.

Uma outra categoria poderia ser nomeada de “**falta generalizada**”. Neste sentido, foram apontados problemas que dificultam ou muitas vezes impossibilitam o funcionamento do apoio matricial. Desde falta de medicamentos para usuários, transporte para os profissionais de saúde mental se deslocarem de suas unidades de origem para outras a fim de ofertarem apoio matricial, até contratação de médicos clínicos, generalistas e psiquiatras, entre outras faltas.

Este apontamento está diretamente relacionado à política mais ampla, do próprio município, na questão da realização de concurso público e/ou qualquer outra forma para contratação de pessoas, bem como no cumprimento das diretrizes do SUS, em relação à garantia de assistência digna aos usuários.

Cabe ainda dizer, que foi apresentada como proposta para esta falta generalizada uma possível priorização dos recursos para regiões mais carentes do município e com maiores necessidades segundo indicadores de avaliação de risco.

Aparece também uma pequena contradição em relação ao **apoiador institucional**, figura esta que tem a missão de ser o mediador, articulador entre a Secretaria Municipal de Saúde e as unidades básicas de saúde, a fim de garantir a consolidação de determinado projeto político. Esta figura foi apontada como “aquele que apaga incêndios do cotidiano”, isto significa dizer que enquanto apoio institucional o profissional não tem conseguido nem acompanhar os processos referentes ao apoio matricial como também a construção dos projetos terapêuticos singulares como garantia de viabilizar assistência aos usuários. Necessitando, portanto, de uma (re)organização no nível individual e coletivo para acompanhar efetivamente o desenvolvimento dos processos de trabalho nas equipes, podendo assim planejar e avaliar suas intervenções.

Uma outra categoria apontada no âmbito das dificuldades se refere à **gestão**. Fica evidente que o apoio matricial tem muito mais chances de ser bem sucedido em unidades que o coordenador organiza os processos de trabalho a fim de favorecer e fortalecer a sua existência, como também estimulando as pessoas a desenvolverem ações neste sentido de ampliação de suas práticas dentro da clínica do que em outras que não persegue este propósito.

Também tem sido observado como fato comum nas unidades que possuem equipes de saúde mental uma maior resistência e dificuldades na organização de uma estrutura para o apoio matricial se desenvolver. Supomos que nestas unidades a cultura da onipotência do especialista ainda está muito arraigada, no sentido de que tem que ser dado ao profissional de saúde mental aquilo que lhe pertence, no caso, os *pacientes da saúde mental*, e eles têm que se encarregar do “toma que o filho é só seu!”.

A questão da **ética** conforme mencionado no grupo focal coincide com o citado acima, uma vez que dentro da lógica do apoio matricial o usuário com questões referentes à saúde mental não fica restrito ao especialista. Desta forma, as informações colhidas dele no aspecto emocional e subjetivo precisam ser absolutamente cuidadas para não se tornarem um livro aberto e passível de ser folheado indiscriminadamente por despreparados ou curiosos. Este ato, o de respeito ao usuário e sigilo às suas informações exige um treino da equipe como um todo. O que para os profissionais de saúde mental em suas práticas clínicas não é novidade, ainda é desconhecido pelos demais, requerendo inclusive orientações neste sentido dos próprios apoiadores matriciais.

Por fim, podemos nomear, a partir das discussões no grupo focal, o apoio matricial como um **espaço de capacitação**, desenvolvimento de habilidades, reciclagem de conhecimentos. E pelo que se tem observado tem cumprido este papel. Mas também, tem apresentado uma questão a ser melhor compreendida e cuidada. Tem havido uma fala comum em relação aos profissionais de saúde mental que oferecem o apoio matricial de que ainda não se sentem capacitados, ou integralmente conhecedores de para onde esta metodologia de trabalho (apoio matricial) pode levá-los, quais seus limites. Talvez uma forma efetiva desta necessidade ser melhor compreendida e clareada deva partir de uma avaliação das ações a partir dos casos, daquilo que pôde ser construído e desenvolvido em

conjunto e dos impactos que estas ações tiveram no equacionamento dos mesmos. Sem desconsiderar, evidentemente, aquilo que pode ser criado como ferramenta nova de trabalho a partir das mesclas destas ações.

Apresentaremos a seguir alguns trechos das falas feitas no grupo capazes de ilustrar a análise anteriormente feita:

“O que acontece com as capacitações *in locu* para temas específicos: há interesse dos trabalhadores, motivação, falta de tempo, pouco estímulo do coordenador ?”

“Poderia haver maior compromisso com os casos, responsabilização de todos”.

“Tem que se ter cuidado com a equipe de trabalhadores que se angustia por lidar com a demanda *mental*”.

“Ampliação de ações de saúde junto à equipe, para além do espaço individual e psicologizante”.

“É necessário se ter ética nas discussões de casos”.

“Há falta de transporte para levar os profissionais de um centro de saúde a outro”.

“Existem coordenadores de centros de saúde que não defendem, não acreditam no matriciamento de saúde mental ou ainda não conhecem sua proposta”.

“Lidar com as expectativas e angústias dos profissionais não-psi”.

“Disponibilidade interna de alguns profissionais de aceitarem a proposta, saindo de seu conhecido núcleo de conhecimento”.

“Falta capacitação continuada para o profissional de saúde mental que oferece apoio matricial”.

“Existem profissionais de saúde mental sem vontade de ocupar essa posição inovadora daquele que oferta apoio matricial. Não encaram o desafio de crescer”.

“Ainda há casos apresentados pela equipe com carência de dados, dando impressão que o que se quer é encaminhar o mesmo”.

“Há falta de recursos humanos em saúde mental”.

“Há falta de materiais para fazer grupos, falta de receituários, de transporte ...”

“As recepções nos centros de saúde, de modo geral, ainda com pouca habilidade para acolher os pacientes mais comprometidos de saúde mental”.

“Necessidade de ajuda efetiva dos profissionais de saúde mental para que os trabalhadores das equipes ofereçam grupos e outras ações, atividades tradicionalmente da Saúde Mental”.

“A resistência ou a angústia de alguns trabalhadores das equipes de saúde da família em relação ao olhar, à escuta ou à responsabilização frente à demanda de saúde mental”.

“Os coordenadores das unidades deveriam estimular a participação dos médicos clínicos em discussões de casos, nas reuniões que já acontecem”.

“Os coordenadores das unidades deveriam marcar presença constante nas reuniões das equipes para que todos participem e contribuam”.

“Reforçar a necessidade dos coordenadores estimularem toda a equipe a participarem das reuniões de apoio matricial”.

“Necessidade de captação de recursos priorizando as regiões de maior necessidade, baseado em dados”.

“O apoiador institucional deveria estar mais presente nas reuniões de equipe de forma sistematizada e contínua para que não fique só apagando incêndio”.

“Pouca resolutividade dos gestores ao darem sugestões e soluções para casos que mais exigem, requerem intervenção”.

3 - Os problemas de saúde mais frequentes que solicitam auxílio do apoio matricial

Aqui talvez possamos dividir em três grupos de respostas. Um grupo ligado à área da criança, mais especificamente à **violência doméstica**, um segundo grupo ligado à questão da **depressão** (dentro das neuroses) e um terceiro, mas pequeno grupo, ligado aos **transtornos mentais graves** (como é o caso das psicoses).

Os casos de violência doméstica sempre vêm ligados a uma desestruturação familiar, condição sócio-econômica desfavorável, desemprego, entre outros. Decorrentes daí, podem aparecer, conforme apontado, casos de violência sexual intrafamiliar. E, como consequência destes maus tratos, podem surgir alguns problemas ou dificuldades na aprendizagem.

Comumente os casos a serem acompanhados são notificados pelo Conselho Tutelar, órgão responsável de proteção, orientação e mantenedor de cuidados e bem-estar físico e emocional das crianças e adolescentes.

A questão da depressão aparece na fala dos sujeitos sempre como decorrente de fatores externos, por exemplo, desemprego, história familiar complicada, ambiente familiar hostil, condições sócio-econômicas desfavoráveis.

O último grupo foi pouco mencionado e se refere aos transtornos mentais graves. No caso, a discussão girou em torno de que este tipo de problema consegue ser absorvido pela assistência dos CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) no momento de crises agudas, ou no momento de estabilidade do quadro são acompanhados em parceria dos profissionais de saúde mental com trabalhadores das equipes de saúde da família.

4 - Propostas apontadas para mudanças a partir das dificuldades levantadas pelo grupo

Podemos categorizar em quatro grupos de respostas, que assim poderiam ser chamados: **investimento financeiro e de recursos, educação continuada** para o apoio matricial, fortalecimento de uma **clínica efetivamente ampliada** e definição do **papel do gestor** (coordenador de unidade de saúde e apoiador institucional) frente ao apoio matricial.

Existe uma carência que de fato é real necessidade como, por exemplo, materiais para serem utilizados em atividades de terapia, medicação, transporte para deslocamento dos profissionais, embora o que vem apontado no grupo como carência e necessidade de investimento em contratação de profissionais de saúde mental pode ser compreendido que, muitas das vezes, se trata de uma falta de consolidação na prática do apoio matricial, ficando na dependência restrita do profissional da saúde mental para avaliação e acompanhamento dos casos.

Em relação à educação continuada, o que foi apontado no grupo se refere à necessidade de os demais profissionais poderem aprender técnicas de acolhimento para qualificar a escuta na saúde mental. Também foi colocado sobre a importância de construir protocolos para discussão e encaminhamentos dos casos. Neste sentido, como esta já parece ser uma prática instituída pelas equipes, talvez o que o grupo aponta é a real necessidade de alinhamento entre os diferentes protocolos, uma vez que o roteiro para coleta de dados tem sido construído, elaborado a partir das particularidades e necessidades de cada unidade.

Ainda sobre a necessidade de uma capacitação contínua para o apoio matricial, foi levantado que o trabalho em conjunto, compartilhado entre os profissionais de saúde mental e trabalhadores das equipes de saúde da família também é uma forma de educação continuada, no sentido de aprenderem trocando suas experiências. Foi citado, por exemplo, o pediatra que se apropria de técnicas, condutas e manejos ao aceitar o desafio de conduzir junto com um psicólogo um grupo de orientação a pais cujos filhos apresentam diagnóstico de hiperatividade.

Desta forma, além deste profissional médico se capacitar *in locu*, ele acaba criando mecanismos que favorecem a construção de uma clínica ampliada, revendo suas intervenções cotidianas quando em confronto com outros conhecimentos, técnicas e práticas.

Por fim, o apoio matricial somente será bem sucedido se os coordenadores das unidades de saúde investirem, acreditarem na proposta tanto quanto os trabalhadores. Como também os apoiadores institucionais têm uma responsabilidade muito grande em acompanhar todos os processos, avaliar e apontar saídas conjuntas para enfrentamento dos

eventuais problemas. Esta não é uma tarefa simples, e conforme discutido, ainda merece uma maior atenção.

A avaliação geral do grupo é de que o apoio matricial em saúde mental na atenção básica tem um saldo mais positivo do que negativo. Tem conseguido cumprir a que veio, como também tem levantado alguns impasses, limites que ajudam na reorientação da rota a ser seguida. Considerando ainda, que é a partir dos problemas e só através deles que podemos pensar em possíveis soluções.

CAPÍTULO 6- Considerações finais

Uma pergunta que fica subentendida neste trabalho e na própria prática do apoio especializado matricial se refere a “para quê se oferece o apoio matricial”, no sentido de compreender e analisar quais os efeitos e impactos que esta metodologia tem conseguido produzir.

Um dos efeitos esperados é o de conseguir sensibilizar os trabalhadores das equipes de saúde da família a olharem para o sujeito que adoece mental, emocionalmente, compreendendo que além do sofrimento mental tem outras dores, sofrimentos, carências e necessidades. Ter clareza desta realidade faz com que a intervenção tenha que ser sob vários aspectos, considerando o todo da pessoa e do contexto, necessitando, portanto, que os trabalhadores construam redes de cuidados responsáveis e mais compartilhados.

Em consonância com isto, espera-se que as pessoas imbuídas deste espírito – o de olhar o sujeito como um todo - possam olhar para além da doença, para a saúde do sujeito e aquilo que ele tem de potencial, de recursos, procurando estabelecer uma inclusão desta pessoa numa vida social e de convivência mais saudável.

Construir projetos terapêuticos a partir das necessidades e problemas de cada caso coloca os trabalhadores, de forma geral, a reconhecerem suas possibilidades de intervenção, seus recursos e ao mesmo tempo seus limites, necessitando, assim trabalharem em sincronia. Esta lógica de atenção, de cuidado se torna bastante interessante porque relativiza o poder absoluto do especialista, colocando-o em condição de complementariedade frente aos demais trabalhadores.

É importante frisar, entretanto, que dividir responsabilidades, compartilhar projetos não significa de forma nenhuma, homogeneização do conhecimento, dos saberes. O profissional de saúde mental ao oferecer o apoio matricial se coloca neste lugar de saber, mas de um saber que se propõe em sua especificidade, somar a outros na tentativa de equacionamento dos problemas de forma integral.

Um outro aspecto a ser considerado é o fato de que dentro da realidade das unidades básicas de saúde, antes da implantação do apoio especializado matricial, não era raro se manter longas filas de espera para atendimento na saúde mental, devido muitas vezes, ao excesso de demanda e outras vezes, ao escasso número de profissionais. Com a

implementação do apoio matricial, inicialmente, e com a etapa seguinte de consolidação tem se perseguido um objetivo de não repressão da demanda e do atendimento, e sim, de fazer com que estas listas de espera se tornem espaços coletivos de discussão e encaminhamento de ofertas de ações de saúde.

O fundamental deste trabalho é impedir o pensamento de psiquiatrização ou psicologização do sofrimento humano. Há muito tempo se discute a não-cisão mente e corpo, agora, poderia se dizer que a necessidade a qual o apoio matricial tenta dialogar é mais ampla. Diz respeito à não-cisão mente e corpo, sujeito, família, comunidade, cultura. Enfim, em todo um contexto que influi na saúde ou adoecimento do sujeito em questão.

Podemos dizer que o apoio matricial vem instaurar uma nova cultura para a assistência e gestão dos serviços, no sentido de produzir novas formas de se lidar com as particularidades de cada sujeito. Esta metodologia deve ser transversal, no sentido de estimular novos padrões de relação que perpassem os trabalhadores, as equipes e os usuários, de forma que amplie o compromisso dos profissionais com a produção de saúde e que favoreça a troca de informações. (BRASIL. Ministério da Saúde. Cartilha da PNH 2004)

Considerando que o apoio especializado matricial é entendido também como um arranjo complementar às equipes de referência de saúde da família, que por sua vez, é responsável por seus pacientes, e pede apoio quando necessário, podemos afirmar que quanto mais este trabalho de compartilhamento de saberes e práticas for efetivado maior a possibilidade de a saúde mental se configurar como rede de cuidado, de Apoio Especializado Matricial e sair do lugar de Especialidade, fragmentada e isolada.

Poderíamos ainda dizer, que com o apoio matricial mais a saúde mental tem chances de estar inserida na saúde pública, na atenção básica, de uma forma dialógica, promovendo a constituição de um campo interdisciplinar de saberes e práticas.

Do ponto de vista científico, é bastante interessante esta possibilidade: a partir do apoio matricial, e deste estudo sobre o tema, a possibilidade de articular saúde coletiva e saúde mental, uma vez que estes dois campos da ciência têm estabelecido poucas interfaces, trocas de conhecimentos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



BRAGA CAMPOS, F.C **O modelo da reforma psiquiátrica brasileira e as modelagens de São Paulo, Campinas e Santos.** Campinas,2000 (Tese de Doutorado – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas)

BRAGA CAMPOS, F.C; NASCIMENTO, S.P. **O apoio matricial: reciclando a saúde mental na Atenção Básica.** Campinas, (Mímeo publicado pela Secretaria Municipal de Saúde de Campinas); 2003.

BRASIL Ministério da Saúde. Portaria nº 1.935. Saúde Mental no SUS: Os centros de atenção psicossocial. . Referente à **Diário Oficial da União**, 2004a, 16 set.

BRASIL Ministério da Saúde. **A política de Saúde Mental do Ministério da Saúde.** Brasília,DF: Secretaria de Atenção à Saúde, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS – Cartilha da PNH.** Disponível em <http://www.saude.gov.br> (acessado em 14/set/2005).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia prático do programa de Saúde da Família, Núcleo de Atenção Integral. Biblioteca virtual do Ministério da Saúde.** Disponível em <http://www.saude.gov.br/bvs> (acessado em 21/set/2005).

CAMARGO Jr K.R. **Biomedicina, Saber & Ciência: uma abordagem crítica.** São Paulo: Editora Hucitec; 2003.

CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. SP. **Paidéia – Saúde da Família**, Campinas, SP, 2001a.

CAMPINAS, Secretaria Municipal de Saúde. **I Conferência Municipal de Saúde Mental.** Caderno Programa Paidéia de Saúde da Família, 2001b.

CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Saúde Mental: apoio matricial ao Paidéia.** Campinas, SP, 2001c.

CAMPINAS, Secretaria Municipal de Saúde. **As reformas sanitária e psiquiátrica: mudando a saúde mental em Campinas/SP.** Campinas,SP, 2001d.

CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde.** Campinas, SP, 2002.

CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Texto Base para Discussão sobre Matriciamento**, Campinas, SP: Câmara Técnica de Especialidades; 2004.

CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Saúde Mental na Atenção Básica em Campinas**, Campinas, SP: Colegiado de Saúde Mental, 2005.

CAMPOS G.W.S. Sobre la reforma de los modelos de atención: un modo mutante de hacer salud. In: Eibenschutz C. **Política de Saúde: o público e o privado**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1996. p. 293-314.

CAMPOS G.W.S. Anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições produzindo liberdade e compromisso. **Cad. Saúde Pública** 1998; 14(4):863-70.

CAMPOS G.W.S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: uma proposta de reorganização do trabalho em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva** 1999; 4(2):393-404.

CAMPOS G.W.S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Editora Hucitec; 2000.

CHIAVENATO I. **Introdução à teoria geral da administração**. 3ª ed. São Paulo: Editora McGraw-Hill; 1983.

CORTES S.M.V. Councils and conferences in the Brazilian health system of health: building the road for user participation. **Sociologias** 2002; 7:18-48.

GURGEL JT G.D; VIEIRA M.M.F. Qualidade total e administração hospitalar: explorando disjunções conceituais. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2002;7(2):325-34.

HOUAISS A.; VILLAR M.S. **Dicionário da Língua Portuguesa**. Instituto Antônio Houaiss de Lexicografia e Banco de Dados da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Editora Objetiva; 2004.

INHAIA C.L.S. **Atenção primária à saúde da mulher no programa de saúde da família do município de Campinas**. Campinas, 2005. (Dissertação de Mestrado - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas)

JAMESON F. **Pós-modernismo: a lógica cultural do capitalismo tardio**. São Paulo: Editora Ática; 1996.

L'ABATTE, S. **O direito à saúde: da reivindicação à realização – projeto e política de saúde em Campinas.** São Paulo,SP,1990, (Tese de Doutorado - Departamento de Sociologia da FAFICH/USP)

LANCETTI, A. **Saúde e Loucura 7: Saúde Mental e Saúde da Família.** São Paulo, Editora Hucitec, 2001.

LUZ M.T. **Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna.** São Paulo: Editora Hucitec; 2004.

MALIK A.M.;SCHIESARI L.M.C. **Qualidade na gestão local de serviços de saúde.** São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (série Saúde & Cidadania); 1998.

MINAYO M.C.S. **O desafio do Conhecimento, Pesquisa Qualitativa em Saúde.** São Paulo: Editora Hucitec;2000.

MOTTA F.C.P. **Teoria Geral da Administração.** São Paulo: Editora Livraria Pioneira; 1987.

NOGUEIRA R.P. **A saúde pelo avesso.** Natal RN: Seminare; 2003.

NOVAES H.M. **Ações Integradas nos sistemas locais de saúde – SILOS.** São Paulo: Biblioteca Pioneira de Administração e Negócios; 1990.

OPAS/OMS. **A transformação da gestão de hospitais na América Latina e Caribe.** Brasília DF: OPAS/OMS, 2004.

PASSOS, E; BARROS, R.B. A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinariedade. In: **Psicologia: teoria e pesquisa.** 16(1): p. 71-79, 2000.

PROCHNOW A.G; LEITE J.L; ERDMANN A.L. Teoria interpretativa de Geertz e a gerência do cuidado: visualizando a prática social do enfermeiro. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** 2005; 13(4):583-90.

REIS C.O.O. Desigualdade no acesso aos serviços de saúde. In: NEGRI B; GIOVANNI G. **Brasil: radiografia da saúde.** Campinas,SP: Núcleo de Estudos de Política Pública, Universidade Estadual de Campinas; 2001. p. 579-86.

SCHIESARI L.M.C. **Cenário de Acreditação Hospitalar no Brasil: evolução histórica e referências externas.** São Paulo,SP,1999. (Dissertação de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo)

SMEKE, E.L.M. **Saúde e democracia: experiência de gestão popular: um estudo de caso.** Campinas.1989. (Tese de Doutorado - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas).

STARFIELDS B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília DF: Unesco/Ministério da Saúde; 2002.

VASCONCELOS C.M. **Paradoxos da mudança no SUS.** Campinas, 2005. (Tese de Doutorado - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas)