

# Implantação do Matriciamento nos Serviços de Saúde de Capivari

## The Implementation of Specialist Orientation in the Health Services of Capivari

### Elizaete da Costa Arona

Mestre em Educação, Secretária Municipal de Saúde, Prefeitura Municipal de Capivari/SP.

Endereço: Rua Saldanha Marinho, 568, Centro, CEP 13360-000, Capivari, SP, Brasil.

E-mail: elizaete\_saude@ig.com.br

### Resumo

Capivari é um município de pequeno porte, localizado a 140 km da capital paulista, com população estimada em 43.779 habitantes (IBGE, 2007). A rede de Atenção Básica é composta por duas UBS, três ESF e uma Unidade Mista. O Matriciamento teve seu início em agosto de 2007, envolvendo quatro unidades de saúde com participação de duas especialidades: a Psicologia e a Fonoaudiologia. Posteriormente, com a ampliação da equipe de especialistas, passou a contar com toda a rede de Saúde Mental (Psicologia, Terapia Ocupacional, Caps II e Caps Ad), Serviço Social, Farmácia, Ambulatório de DST/Aids, Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica, Educação Física e Odontologia. O **objetivo** da proposta foi implantar na Atenção Básica um projeto de intervenção na gestão local sob o olhar do gestor municipal, buscando garantir às equipes das UBS maior apoio quanto à responsabilização do processo de assistência, garantindo a integralidade da atenção em todo sistema de saúde, procurando implementar mudanças de programas e ações que descentralizassem o acesso à especialidade, bem como disponibilizar recursos e equipamentos para viabilizar a proposta. As **etapas de implantação** foram: reuniões com as equipes envolvidas; aquisição de dois automóveis; contratação de novos profissionais, ampliação das especialidades envolvidas e capacitação das equipes. Como **resultado** foram observados o alargamento da participação de diferentes especialistas na Atenção Básica; a ampliação da resolubilidade das equipes; a definição do fluxo de encaminhamento; a abertura de um canal de comunicação interprofissional e o estabelecimento de um espaço de cogestão.

**Palavras-chave:** Saúde pública; Promoção de Saúde; Cogestão; Matriciamento; Atenção Básica.

## Abstract

Capivari is a city of small size, situated 140 km far from São Paulo, with a population estimated at 46,824 inhabitants (IBGE, 2007). The Primary Health Care network is composed of 2 UBS (Primary Health Care Units), 3 ESF (Family Health Strategy Units) and 1 Mixed Unit. The Specialist Orientation began in August 2007, involving 4 health units with the participation of two specialties: Psychology and Speech Therapy. Later, with the expansion of the team of experts, it included the entire network of Mental Health (Psychology, Occupational Therapy, and the Psychosocial Care Centers known as CAPS II and CAPS Ad), Social Work, Pharmacy, STD/AIDS Clinic, Health Surveillance, Epidemiological Surveillance, Fitness and Dental Health. The objectives of the proposal were: to implement a project in Primary Health Care for intervention in the local management under the view of the municipal manager; to provide, for the UBS teams, greater support regarding the accountability of the assistance process; to ensure integral care throughout the health system; to introduce changes into programs and actions to decentralize the access to specialists; and to provide resources and equipment to make the proposal real. The stages of deployment were: meetings with the teams involved; purchase of 2 cars; the hiring of new professionals; expansion of the specialties involved; and training of the teams. The results have been the enlarged participation of various experts in the Primary Health Care network, the increase in the teams' capacity to solve problems, the definition of the referral flow, the opening of an inter-professional communication channel and the establishment of a co-management space.

**Keywords:** Public Health; Health Promotion; Co-Management; Health Education; Specialist Orientation; Primary Health Care.

## Introdução

Capivari é uma pequena cidade do interior do estado de São Paulo e, como muitas outras, busca oferecer aos seus cidadãos condições satisfatórias para uma boa qualidade de vida. O município está integrado ao Sistema Único de Saúde (SUS) e tem desenvolvido uma série de ações educativas visando ampliar o conhecimento da população sobre sua saúde e melhorar as condições locais. Mais recentemente, diante do panorama nacional de rediscussão do SUS, o município passou a implementar propostas relativas ao Pacto pela Saúde, elaborado pelo Ministério da Saúde em parceria com os conselhos de saúde e de secretários das instâncias federativas, com o intuito de propor melhor qualidade de vida aos brasileiros. O Pacto pela Saúde é dividido em três eixos: Pacto pela Vida, Pacto de Gestão e Pacto em defesa do SUS, e será abordado mais detalhadamente no primeiro capítulo (Arona, 2007).

A necessidade de ampliar as ações de promoção de saúde é uma prerrogativa do Pacto pela Saúde. Assim, será enfatizado o Pacto pela Vida, uma vez que estamos vivenciando um momento singular de fortalecimento do SUS, visando definir responsabilidades e parcerias regionalizadas, buscando a melhora nos indicadores sanitários.

De acordo com a política de gerenciamento do SUS e fazendo parte das novas determinações das especialidades em saúde pública, o Matriciamento tem papel de suma importância na realidade atual, especialmente para municípios pequenos. Capivari, segundo fonte IBGE - Censos e estimativas para o ano de 2007, possui uma população de 43.779 habitantes, e conta com três unidades de Estratégia de Saúde da Família, com uma população de 11.401 usuários cadastrados, perfazendo um percentual de 24% de cobertura. A atenção básica conta também com duas Unidades Básicas e uma Unidade Mista de Saúde, desta forma não atinge os critérios preconizados pela Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008 (Brasil, 2008), que regulamenta a implementação do NASF - Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Com este foco a atenção básica deve fazer parte de uma rede ampla interligada de cuidados, como um espaço capaz de gerenciar as demandas de seus pacientes. Desta forma se faz necessário ampliar as clínicas especializadas nas equipes de saúde da família e nas unidades básicas por meio do apoio matricial.

Os desafios para maior compreensão dos programas, processo de gestão e implantação das políticas públicas de saúde tornaram visível meu pouco conhecimento a respeito do SUS e sua história. Este conhecimento restrito pareceu insuficiente para possibilitar uma gestão eficaz do sistema municipal de saúde, me levando a estudar e buscar efetivamente a implantação das diretrizes do SUS. Foi necessário entender a participação popular no controle social e buscá-la junto aos trabalhadores da saúde e os usuários e abrindo um caminho para a cogestão da saúde. A promoção da saúde passou a ser a PRINCIPAL meta devido ao reduzido recurso financeiro que as cidades de pequeno porte dispõem para minimizar as dificuldades encontradas na área da saúde. Neste sentido, tornou-se necessário envolver ações efetivas para melhorar os indicadores de saúde com pouco investimento financeiro. Junto aos poucos funcionários envolvidos com o planejamento e gerenciamento dos serviços foi observada a necessidade de avaliar a implantação de políticas públicas no município como subsídios para novos projetos e aprimoramento dos serviços já implantados.

Toda esta busca por conhecimento se deu concomitantemente ao período de grandes discussões a respeito do SUS, devido à construção do Pacto pela Saúde<sup>1</sup>. Estes debates implicaram leituras e releituras e incentivaram os funcionários a compreender a construção das políticas de saúde em Capivari, bem como suas práticas educativas. Desta forma, foram necessárias capacitações e reciclagem de trabalhadores, que atuaram como coautores deste processo de mudança e, também, deste processo.

Neste contexto, evidenciou-se a importância de aproximar as ações da Atenção Básica das clínicas de especialidades. Assim o foco da gestão municipal passou a ser a capacitação dos profissionais da saúde e conseqüentemente a educação em saúde.

Muitas vezes a proposta de mudança de atitude profissional é consequência de uma mudança de visão, desta forma, este trabalho se propõe a fazer uma intervenção nos serviços de saúde do município de Capivari,

sob o olhar do gestor municipal, que muitas vezes se vê impelido a determinar mudanças de programas e ao mesmo tempo é também o responsável por buscar recursos para que estas mudanças possam efetivamente ocorrer, buscando a participação dos trabalhadores como responsáveis pela implantação dos novos projetos.

Capivari passou a participar da descentralização das ações de saúde desde 1991, segundo o Decreto Estadual nº 33.094, em consonância com a política nacional de descentralização (São Paulo, 1991). A Lei nº 8.080 regulamentou a Constituição Brasileira de 1988 e, por meio da NOB/93, os municípios assumiram as ações de saúde referentes à atenção básica, e as demais ações, especialmente as hospitalares, ficaram sob a responsabilidade do Estado (Brasil, 1990, 1993). A NOB/96 trouxe grandes avanços na área da saúde, habilitando o município de Capivari à Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde (Brasil, 1996a). Conseqüentemente, o município assumiu todas as ações de saúde da baixa e média complexidade, apresentando hoje a cobertura de apenas 25% da Estratégia de Saúde da Família (ESF) em três unidades.

A rede de Atenção Básica é composta por duas UBS, três ESF, uma Unidade Mista, rede de saúde bucal, laboratório de análises clínicas e ambulatório de pediatria e a especialidade é composta pela rede de Saúde Mental (Psicologia, Terapia Ocupacional, Caps II e Caps Ad), Farmácia, Ambulatório de DST/Aids, Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica, Educação Física, Ambulatório de Saúde Bucal, Unidade de Reabilitação Física, Unidade de Serviço Social e Transporte, Ambulatório de Especialidades Médicas e Unidade de Diagnóstico por imagens.

Juntamente com mais três municípios, Capivari forma uma microrregião de saúde, alcançando 75.000 habitantes (estimativa do IBGE para 2007), tornando possível a implantação de serviços de alta complexidade como referência para a microrregião, como a atenção psicossocial do Caps II e do Caps ad<sup>2</sup>, bem como a atenção médica de especialidades e atenção hospitalar (DSR X, 2007).

1 Pacto pela Saúde é um compromisso de gestão assumido pelos gestores dos três entes federativos, redefinindo as responsabilidades de cada gestor em função das necessidades de saúde da população.

2 Centros de Atenção Psicossocial (Caps), que passam a integrar o SUS, proporcionando atendimento diário aos portadores de transtornos mentais dentro de suas áreas de abrangência, sem que o paciente precise ficar internado. Caps II é referência para pacientes psicóticos e Caps Ad referência para dependentes químicos de álcool e drogas (Brasil, 2007).

O município de Capivari faz parte do Colegiado de Gestão Regional - CGR Piracicaba, em que busca junto aos outros municípios a construção do Pacto de Gestão por meio do compromisso de regionalização dos serviços de saúde. Tem como referência para as ações de alta complexidade hospitais e ambulatórios especializados referenciados, situados em outros municípios e controlados por uma Central de Vagas Estadual, na macrorregião de Piracicaba, sob a coordenação do Departamento Regional de Saúde X - DRS X (DSR X, 2007).

**Figura 1 - Macrorregião do Departamento Regional de Saúde X – Piracicaba, cuja área abrangida possui população total de 1.429.471 (DSR X, 2007).**



O quadro da Secretaria de Saúde do Município conta com 342 funcionários divididos nas áreas de administração e atenção à saúde. O atendimento à saúde apresenta diferentes áreas de especialidade: clínica geral, pediatria, ginecologia e obstetrícia, neurologia, cardiologia, oftalmologia, dermatologia, ortopedia, urologia, endocrinologia, nefrologia, psiquiatria, otorinolaringologia, vascular, psiquiatria, odontologia, entre outras áreas de especialidades (Capivari, 2007).

As diretrizes básicas fundamentais do SUS são a UNIVERSALIDADE, EQUIDADE e INTEGRALIDADE, e desta forma as ações de atenção à saúde devem obedecer aos princípios fundamentais de descentralização, regionalização, hierarquização, resolubilidade, participação social a fim de possibilitar maior acessibilidade aos usuários que residem mais distante dos ambulatórios centralizados.

O projeto de Matriciamento busca garantir às equipes das UBS maior apoio quanto à responsabilização do processo de assistência, garantindo a integralidade da atenção em todo sistema de saúde ao fazer uma intervenção com o olhar do gestor municipal buscando implementar mudanças de programas e ações que descentralizem o acesso à especialidade e ao mesmo tempo disponibilizar recursos e equipamentos para que efetivamente possa ocorrer esta intervenção. Estabelecer a contribuição de distintas especialidades e profissionais na construção de rede compartilhada entre a referência e o apoio, personalizar a referência e contra-referência, definir responsabilidade pela condução do caso com a equipe de referência, buscando elaborar juntos protocolos a fim de reduzir filas de espera.

## Referencial Teórico

A construção do SUS é processo em constante evolução e isto é confirmado em seu percurso histórico e cultural, envolvendo o estabelecimento das bases de sua construção a partir de grandes debates nacionais e internacionais. Muito se deve às Conferências Mundiais de Saúde, que discutiram e buscaram construir conceitos como o de promoção da saúde, contando com a participação e responsabilidade de todos os envolvidos.

Dentre as Conferências Mundiais de Saúde algumas retratam mais diretamente a necessidade de programar ações de promoção da saúde valorizando os princípios que vieram no futuro servir de base para a construção do SUS. A Carta de Ottawa em 1986 considera a saúde como uma dimensão da qualidade de vida e um recurso para o desenvolvimento. Define promoção da saúde como um processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle social deste processo (Westphal, 2006).

Já a Declaração de Adelaide em 1988 enfatiza as políticas públicas como um pressuposto para a vida saudável e identifica quatro áreas prioritárias para ações: o apoio à saúde da mulher; o controle sobre a alimentação e nutrição; a redução do uso do tabaco e do álcool e a criação de ambientes favoráveis (Brasil, 2001). Todos esses objetivos podem também ser alcançados com ações de educação em saúde propostos no Matriciamento.

A Declaração de Bogotá propôs que a saúde e o bem-estar em geral sejam propósitos fundamentais do desenvolvimento, entendido como consequência da solidariedade e equidade social. Nesta perspectiva, cabe à promoção da saúde identificar os fatores causais e propor ações para aliviar os efeitos da iniquidade, reconhecendo, recuperando, estimulando e difundindo a cultura da saúde a toda população (Brasil, 1996b).

Na Declaração de Jacarta, a saúde é considerada um direito humano fundamental e essencial para o desenvolvimento social e econômico. A promoção da saúde é vista como um processo de investimento e ações que permitam que as pessoas tenham maior controle sobre sua saúde a fim de torná-la melhor (Brasil, 2001).

Outras conferências internacionais e nacionais, como a 8ª Conferência Nacional da Saúde (1986), seguindo as propostas das conferências internacionais, fortalecem a discussão sobre o direito de todos ao acesso à saúde e consolida os princípios defendidos pelo Movimento da Reforma Sanitária, identificando problemas do sistema de saúde e propondo medidas para a sua solução, destacando-se os seguintes: o conceito ampliado de saúde; o reconhecimento à saúde como direito de todos e dever do estado; a criação do SUS e o desenvolvimento de instituições colegiadas, e o desenvolvimento de uma política de recursos humanos, que serviram de base para o texto da nova Constituição Federal, promulgada em outubro de 1988 (Brasil, 2002) (Bertolli Filho, 2001). Ao manter a discussão sobre a importância de ampliar a todos o acesso à saúde, de forma integral, reafirma a importância de proporcionar à população mais carente o acesso ao especialista. Desta forma, o Matriciamento em Capivari tem proposto abrir um caminho para atingir alguns dos importantes princípios do SUS por meio da ampliação do acesso, integralidade, direito à informação e descentralização.

Um dos princípios do SUS é a integralidade. Este princípio orientou a importância de expandir e qualificar as ações e serviços de saúde do SUS que oferta desde um elenco ampliado de imunizações até os serviços de reabilitação física e mental, além das ações de promoção da saúde de caráter intersetorial. Diante de tais atribuições, constata-se que o SUS tem uma responsabilidade constitucional que não se limita à assistência médico-hospitalar, devendo ser implementado com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais (Vasconcelos e Pasche, 2007).

O governo federal, seguindo estes princípios, em 1997, comprometeu-se com a mudança do modelo de atenção básica através do Programa Saúde da Família (PSF), buscando redirecionar as ações básicas de saúde no âmbito municipal, referenciadas nas Unidades Básicas de Saúde, visando o acompanhamento das famílias e/ou indivíduos de uma determinada comunidade. Almejava-se, ainda, possibilitar o estabelecimento de vínculos e compromissos e co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população (Brasil, 1998).

Onocko Campos e Campos (2007) defendem que, além de produzir saúde, cabe também ao sistema de saúde contribuir para a ampliação do grau de autonomia das pessoas. Desta forma, a busca da construção de autonomia é necessária tanto para usuários como para os profissionais da saúde, pois toda autonomia é construída na história pessoal ou social: é fruto de um processo.

Silva (2002) relata que nos diversos documentos sobre promoção da saúde ressalta-se a importância da reorientação dos serviços de saúde, buscando adotar posturas de respeito às peculiaridades culturais e apoio às necessidades individuais e comunitárias para uma vida mais saudável e a necessidade de essa ação estar atrelada a outras estratégias como o reforço da ação comunitária, o desenvolvimento de habilidades pessoais e a luta por políticas de alianças com diferentes setores da sociedade.

Nesse âmbito, a promoção da saúde requer o estabelecimento de parcerias que alie esforços individuais e ações coletivas de diferentes grupos e coletividades, instituições públicas e privadas, além de ações político-governamentais nos diferentes níveis intersetoriais, incorporando desta forma a importância e a influência das dimensões políticas, culturais e socioeconômicas nas condições de saúde, portanto não dependendo exclusivamente de ações isoladas do setor Saúde para seu desenvolvimento (Brasil, 2005). As bases para a promoção da saúde passam a ser, então, a cooperação intersetorial e a participação popular que, para sua concretização, requerem apoio de estratégias educativas (Kickbusch, 1996).

É necessária uma reorganização dos serviços de saúde a fim de que adotem a educação em saúde como base para a capacitação das populações para que favoreça a organização das comunidades, com vistas a ampliar seu poder de negociação e controle para arti-

cular as mudanças necessárias nos determinantes do processo saúde-doença (Silva, 2002).

Educação em saúde é definido por L'abbate (1994) como um campo de práticas que se dão no nível das relações sociais normalmente estabelecidas pelos profissionais de saúde entre si, com a instituição e, sobretudo, com o usuário no desenvolvimento cotidiano de suas atividades.

O relacionamento intersetorial “articula saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações para alcançar efeito sinérgico em situações complexas visando ao desenvolvimento e a inclusão social” (Junqueira, apud Westphal, 2006).

O referencial teórico sobre o **Matriciamento** foi construído a partir dos conteúdos de aulas ministradas no curso de Gestão dos Sistemas de Saúde, Unicamp, 2006 e 2007 por Campos, Nunes, Westphal e Tenório.

Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde e conteúdo da *Oficina de Apoio Matricial* realizada em Capivari para as equipes envolvidas que tomou como base o texto de Figueiredo e Campos.

Entre os conceitos importantes para sedimentar a proposta foi essencial definir alguns referenciais que serviram de base para a implantação da proposta do Matriciamento em Capivari:

- *O profissional de referência* tem a função de definir o profissional que busca a reorganização da estrutura e do funcionamento dos serviços de saúde segundo duas diretrizes: responsabilidade do profissional encarregado da condução de um determinado caso clínico ou sanitário, e ampliar possibilidade de construção de vínculo entre profissional e paciente.
- A equipe de referência é um arranjo organizacional formado por uma equipe interdisciplinar, geralmente fragmentada nas diferentes especialidades, atua na condução de problemas de saúde dentro de um certo campo. Responsáveis por acionar a rede complementar necessária a cada caso, estes profissionais, equipes ou serviços farão o apoio matricial.
- *Clínica ampliada* é a composição de equipes de referência buscando criar possibilidades de se operar com clínica ampliada nos serviços de saúde, possibilitando uma combinação de equipes de especialistas com apoio matricial especializado.
- *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. O apoio matricial em saúde objetiva assegurar de um modo dinâmico e interativo a retaguarda especializada a equipes e profissionais de referência. O apoio tem duas dimensões: suporte assistencial e técnico-pedagógico. Funciona em forma de rede onde a construção deve ser compartilhada entre a referência e o apoio, é complementar, personalizando a referência e contrarreferência. Mantém responsabilidade pela condução do caso com a equipe de referência, buscando elaborar juntos protocolos a fim de reduzir filas de espera.

Na equipe de referência deve haver um espaço coletivo para promover a participação coletiva da gestão do serviço; a discussão sobre temas, casos e educação continuada; a elaboração de projetos operacionais e participação do planejamento geral.

Adstrição de clientela e cadastro de casos, bem como avaliação de risco e vulnerabilidade dos casos, definindo a necessidade de se elaborar um projeto terapêutico singular, onde é possível a contribuição de distintas especialidades e profissionais. A equipe matricial deve agregar conhecimentos e aumentar a capacidade da equipe em resolver problemas de saúde. Deve haver uma integração entre equipe de referência e apoio matricial, por meio de encontros periódicos para discussão de casos, definição de linhas de intervenção e de projetos terapêuticos.

*O apoio Matricial* é um arranjo de gestão que possibilita a organização das ações de saúde da especialidade na atenção básica e amplia o acesso nas equipes de saúde da família, favorecendo a construção de novos arranjos, onde, com uma equipe mais qualificada, é possível pensar cada situação dentro de sua especificidade, sob diferentes olhares.

## Etapas da Implantação do Matriciamento

A proposta de implantação do Matriciamento nas unidades de saúde da atenção básica foi realizada primeiramente junto aos médicos e equipe de ESF e posteriormente aos especialistas que envolveriam a primeira fase de implantação.

Após um contato com as equipes da ESF, com a finalidade de avaliar o funcionamento da política de

saúde na atenção básica do município, percebeu-se a dificuldade em atingir o objetivo uma vez que essas equipes estavam incompletas no seu quadro de funcionários. Outro complicador: o fato de não haver reuniões de equipe, bem como a ausência da definição de um gerente que respondesse pela unidade, ficando esta função acumulada pelo médico de referência, ampliando o modelo medicocêntrico. Diante de tais dificuldades na avaliação das unidades, a proposta de um trabalho multidisciplinar não foi bem-vinda. Desta forma, a indicação foi uma intervenção onde provocasse uma mudança no perfil do trabalho de “fora para dentro”, surgindo assim a proposta de implantar o Matriciamento nas três unidades com ESF, posteriormente estendida a duas UBS, que têm uma equipe de referência reduzida.

No segundo momento foram realizadas reuniões com as coordenações das especialidades escolhidas para iniciar a implantação do Matriciamento com as especialidades de saúde mental (psicologia, terapia ocupacional, assistente social), fonoaudiologia, farmácia, fisioterapia e saúde bucal, onde foram levantados os problemas junto à gestão municipal para viabilizar o andamento do processo.

Os problemas a princípio foram de resistência de alguns profissionais quanto à mudança no direcionamento de suas ações, dificuldade de locomoção das equipes, restrição do espaço físico, escassez de material, o reduzido número de especialistas, preocupação com a lista de espera extensa e falta de capacitação da equipe.

Como primeira ação direta ao projeto de implantação do Matriciamento os profissionais foram qualificados em “Oficinas de Capacitação sobre o Matriciamento na Atenção Básica”, direcionado a diferentes setores de saúde.

As especialidades de psicologia, fonoaudiologia, farmácia e serviço social iniciaram as ações de implantação do Matriciamento visitando algumas unidades escolhidas para essa abordagem inicial.

As equipes de especialistas tiveram abordagens diferentes, dependendo da especialidade e das necessidades do local de referência, após se dividirem pelas três unidades de saúde, onde atuaram na seguinte direção:

### **Equipe de Saúde Mental**

As visitas se iniciaram em setembro de 2007, depois de alguns meses de incubação e amadurecimento da

proposta. As miniequipes se constituíram de uma psicóloga e uma fonoaudióloga, discriminadas ao acaso para as unidades e serviços anteriormente estabelecidos como prioridades.

No início haveria o levantamento das necessidades dos locais, verificando quais as maiores demandas e se haveria alguma relação com a área de saúde mental; posteriormente, em cada unidade, uma direção foi seguida diante de suas especificidades e das afinidades dos profissionais de referência.

### **Serviço Social**

Os profissionais do serviço social se agruparam à equipe de saúde mental para montar as equipes de referência para cada unidade, no entanto sua atuação foi mais para uma equipe estendida, onde realizavam atendimento a usuários carentes e recolhiam suas demandas para encaminhá-las a uma solução. Hoje o Matriciamento do serviço social está voltado para avaliação da condição social dos usuários, verificando os indicadores de morbidade de cada região e propondo ações sociais para minimizar a carência com apoio da rede social do município como Secretaria de Promoção Social, grupos de apoio social como associações, igrejas e outros setores do poder público.

### **Farmácia**

Foi contratada mais uma farmacêutica para assumir a responsabilidade técnica nas unidades de saúde em que faltava referência farmacêutica para que esta pudesse fazer a dispensação de medicamentos de Atenção Básica, com lista estabelecida junto ao médico e enfermeiro de referência na unidade.

### **Serviço de Reabilitação Física e Motora**

O serviço de fisioterapia e o professor de educação física foram as últimas especialidades a ingressar no Matriciamento, realizando um trabalho de prevenção de doenças por meio da atividade física, ampliando o projeto Água Viva direcionado aos pacientes que sofrem de dor crônica e o projeto de Atividade física para a melhor idade, oferecendo atividades de alongamento e caminhada em praças, salões, quadras e nas piscinas em parceria com a secretaria da educação. Alguns profissionais de saúde, especialmente agentes comunitários, foram assumindo a referência dos grupos de atividade física buscando agregar o maior número possível de adeptos a estas ações de promoção

de saúde. Os fisioterapeutas também acompanham os profissionais de referência a visitas domiciliares de pacientes acamados para orientar possíveis encaminhamentos e ações dos cuidadores.

### **Vigilância Epidemiológica**

Atua junto às equipes de referência orientando quanto a imunizações, em períodos de campanhas, ou nas vacinas de rotina. Outra ação é junto aos profissionais de referência: eles realizam visitas domiciliares para busca ativa de gestante que não estão em dia com o pré-natal, crianças que não estão em dia com seu plantel de vacinas, e outras ações mais direcionadas as carências de cada região, dependendo de sua morbidade.

### **Vigilância Sanitária e Zoonoses**

Os técnicos da Visa atuam junto aos profissionais de referência, em especial os ACS, definindo parcerias de trabalho nas visitas de casa em casa para orientarem e vistoriarem possíveis focos de vetores, como o mosquito da dengue.

## **Benefícios Alcançados**

- Reuniões frequentes com equipe dos ESF/UBS e com os profissionais especialistas dos serviços envolvidos.
- Estabelecer a garantia de espaço nas agendas dos especialistas para o Matriciamento, incluindo ampliação desta, se necessário.
- Aquisição de dois carros para transporte dos profissionais do ambulatório central, as UBSs e ESFs, e para realização de visitas domiciliares.
- Contratação de novos profissionais para tornar possível a ampliação do serviço, como terapeuta ocupacional, psicólogos, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, farmacêutico, professores de educação física e profissional do IEC.
- Reuniões de capacitação com as equipes sobre os temas: políticas públicas, SUS, projeto terapêutico singular e apoio matricial.
- Reuniões para discutir dificuldades encontradas na ampliação do serviço com a descentralização.
- Proposta de ampliação física das UBS e ESF, bem como a construção de novas unidades, sendo uma para referência à saúde do idoso.
- Estabelecer pactuações de classificação de risco para organizar o fluxo de encaminhamento.

## **Relatos dos Profissionais**

A equipe I se sentiu acolhida pelos profissionais da unidade de referência. No primeiro contato com grupos de usuários, tomaram conhecimento das realidades desses pacientes, suas limitações e suas necessidades, onde tem aproveitado para definir o fluxo de encaminhamento para os setores de especialidades. Esta unidade, quando iniciou o Matriciamento, era uma UBS tendo passado para a ESF há dois meses e desta forma, hoje estão em processo de articulação com a nova equipe de referência para definirem o caminho a seguir.

A equipe II atua em uma unidade de ESF - e relata ter se sentido ignorada pela equipe de referência no início do processo, não conseguindo agendar um contato com o médico da equipe e não definindo uma parceria eficaz pelo período de cinco meses, momento em que foi possível completar o quadro de profissionais do serviço e definir o gerenciamento pela enfermagem, sendo este o grande diferencial de estabelecimentos de parceria.

A equipe III, também referência de especialidade para uma unidade de ESF, sentiu grandes dificuldades em agregar a proposta ao funcionamento interno da unidade, uma vez que esta equipe de referência também se encontrava incompleta e as decisões eram tomadas pelo médico. A princípio contaram com a parceria do auxiliar de enfermagem para desenvolverem um projeto junto à comunidade, e posteriormente com a entrada da enfermeira e a definição desta como gerente veio somar forças para a efetiva implantação do Matriciamento, definindo a atuação com a equipe de referência o apoio aos grupos focais, realização de discussão de casos e definição de encaminhamentos, quando necessário.

O município conta ainda com mais duas UBS de pequeno porte, com uma população de referência reduzida. Estas estão recebendo desde o início somente as participações do assistente social, da farmacêutica e da vigilância em saúde. Somente há um mês estão iniciando o contato com outras especialidades e organizando o Matriciamento dentro de suas especificidades.

O setor de fisioterapia tem participado em todas as unidades, estando este trabalho complementando o trabalho dos profissionais de referência, bem se tornando uma equipe estendida em relação a alguns pacientes ou necessidades.

Os professores de educação física passaram a ser referência em todas as unidades, introduzindo a atividade física com idosos e com grupos focais, tendo sempre um profissional da equipe de referência como apoio dos grupos. Hoje temos implantado os projetos de atividade física Água Viva direcionado a portadores de dor crônica e o projeto Saúde Caminha Comigo, que faz grupos de caminhada em todas as unidades de saúde sob a supervisão do professor de educação física.

## Benefícios da Implantação do Matriciamento

- Com o apoio matricial um especialista pode participar organicamente de várias equipes de referência.
- Haverá uma tendência a ampliar a capacidade de resolver problemas das equipes, com diminuição de interconsultas e encaminhamentos.
- A possibilidade de abrir um canal de comunicação interprofissional, quebrando o medo de perda de autonomia.
- Estabelecer o sistema de cogestão.

## Considerações Finais

A Promoção da Saúde é uma necessidade constante, para tanto, o município deve estabelecer espaços permanentes de debates e diálogos com diferentes representações sociais, a fim de possibilitar uma gestão participativa e estabelecer corresponsabilidades acerca da saúde entre trabalhadores e usuários. Desse modo, o município efetivamente pode implantar/implementar as ações propostas pelo Pacto pela Saúde, e estabelecer a Defesa do SUS, o Compromisso de Gestão e a Defesa da Vida.

Entre os princípios do SUS, defende-se que um dos recursos para alcançar saúde está a equidade, sendo esta vista como um dos focos da promoção da saúde. Este trabalho mostrou a importância de um compromisso não só do governo, por meio de seus setores de saúde, mas também de toda a sociedade, sendo este um dos pontos defendidos pelas Conferências Mundiais de Promoção de Saúde, nas quais se valorizam a intersetorialidade, a participação social, a sustentabilidade dos programas, o aumento do investimento em capacitação e fomento à saúde.

Alcançar a promoção da saúde para as populações é uma meta almejada nos mais diferentes cantos do mundo. Cabe ressaltar que várias ações voltadas para a educação em saúde da população já são realizadas no município de Capivari, todavia elas merecem ser ampliadas e aprimoradas com base nos indicadores encontrados. Neste sentido, a partir do Matriciamento, a partir dos dados epidemiológicos disponíveis, pensar ações de promoção e educação em saúde condizente com sua realidade.

Ao final deste estudo, acredita-se que este momento é determinante para o sistema público de saúde e certamente novos horizontes poderão ser vislumbrados para minimizar velhas carências, norteados pelos princípios do SUS, para alcançar melhor qualidade de vida como base de uma vida saudável.

Espera-se formar equipes multiprofissionais flexíveis, onde possam ser desenvolvidos espaços de diálogos entre as diferentes especialidades, buscando estabelecer protocolos de cuidados e de encaminhamentos, bem como de condutas clínicas.

Definir responsabilidades e corresponsabilidades de referência e contra-referência, a fim de garantir a saúde integral dos usuários, bem como estabelecer um espaço de maior envolvimento e satisfação dos profissionais envolvidos.

Acredita-se que foi possível construir um novo olhar para o trabalho em equipe em algumas UBS, no entanto, em outras mostra que para estabelecer uma mudança na cultura para o diálogo é necessário criar espaços claros, com capacidade de mediação, estabelecer processos de formação de compromisso e de contratos, e criar critérios de avaliação.

Há alguns privilégios na gestão, na implantação de propostas ou ações de saúde, como a possibilidade de discutir, se necessário, a remuneração ou benefícios para os profissionais que aderirem a uma mudança de atitude, bem como ampliação de carga horária em diferentes frentes de trabalho.

Resistência tem sido encontrada, bem como desconfiância de alguns profissionais, contudo os profissionais que aceitaram investir buscaram entender a proposta, porém foi comum encontrar profissionais que preferem manter a comodidade do serviço centralizado.

A construção participativa não tem sido fácil junto aos profissionais, pois ao buscar um novo olhar para um velho conceito, que é a descentralização dos ser-

viços, depara-se com a construção histórica da saúde em Capivari.

Muitos profissionais de saúde da rede pública apresentam formação para atendimento privado, não conhecendo a história e os preceitos do SUS. As oficinas para preenchimento do Pacto pela Saúde foram momentos importantes para promover discussões e palestras acerca da construção e viabilização do SUS no município. Esta busca de novos conhecimentos mostra que é possível criar novos caminhos para a saúde em Capivari, sendo o caminho da descentralização um daqueles importantes a serem desbravados.

## Referências

- ARONA, E. C. *Redução da mortalidade infantil por meio de ações de educação em saúde*: propostas para o município de Capivari. 2007. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade Metodista de Piracicaba, Piracicaba, 2007.
- BERTOLLI FILHO, C. *História da saúde pública no Brasil*. 3. ed. São Paulo: Ática; 2001. (Série História em movimento).
- BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 20 set. 1990. p. 018055.
- BRASIL. Norma Operacional Básica do SUS-01/1993. *Informativo Epidemiológico SUS*, Brasília, DF, n. especial, 1993.
- BRASIL. Norma Operacional Básica do SUS- NOB-SUS 01/96. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2 dez. 1996a.
- BRASIL. Ministério da Saúde/Fundação Oswaldo Cruz. *Promoção da saúde*: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Brasília, DF; 1996c.
- BRASIL. Secretaria de Assistência à Saúde. *Manual para a organização da atenção básica*. Brasília, DF; 1998.
- BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*: outubro de 1988: atualizada até a Emenda Constitucional nº 29. Brasília, DF; 2001<sup>a</sup>. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/bdtextual/const88/con1988br.pdf>>. Acesso em: 22 dez. 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *O desenvolvimento do Sistema Único de Saúde*: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes. Brasília, DF; 2002. (Série B. Textos básicos de saúde).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Mortalidade infantil e fetal. In.:\_\_\_\_\_. *Manual dos comitês de prevenção do óbito infantil e fetal*. Brasília, DF; 2005. p. 6-11. (Série A. Normas e manuais técnicos).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Centro de Atenção Psicossocial - CAPS. Disponível em: <[http://www.ccs.saude.gov.br/saude\\_mental/index.asp](http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/index.asp)>. Acesso em: 12 ago. 2007.
- BRASIL. Portaria Nº154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 25 jan. 2008.
- CAPIVARI. Secretaria Municipal de Saúde. *Relatório de Gestão 2006*. Capivari; 2007.
- FERREIRA, R. F.; BUSS, P. M. Atenção primária e promoção da saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *Promoção da saúde*. Brasília, DF; 2001.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Estimativas de população para Capivari em 2007*. Brasília, DF: Datasus; 2007.
- KICKBUSCH, I. Promoción de la salud: uma perspectiva mundial. In: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD. *Promoción de la salud: uma antologia*. Washington, DC; 1996.
- L`ABBATE, S. Educação e Saúde: uma nova abordagem. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 10 , n. 4, p. 481-490, out.-dez. 1994.
- ONOCKO CAMPOS, R.; CAMPOS, G. W. S. Co-construção de autonomia em questão. In.: CAMPOS, G. W. S. et al. (orgs.). *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: HUCITEC / Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2007. p. 669-688.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde.  
Departamento Regional De Saúde X "Dr. Laury  
Cullen". Diagnóstico da Rede Assistencial Regional  
dados estaduais no contexto regional. In: \_\_\_\_\_.  
*Plano Estadual de Saúde 2008 - 2011*. Piracicaba:  
Coordenadoria de Regiões de Saúde; 2007.

SILVA, R. C. *A construção da prática fonoaudiológica  
no nível local norteada pela Promoção da Saúde  
no município de Piracicaba*. 2002. Dissertação  
(Mestrado em Saúde Pública) Faculdade de Saúde  
Pública da Universidade São Paulo, São Paulo, 2002.

VASCOCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. *O Sistema Único  
de Saúde*. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (orgs.). *Tratado  
de saúde coletiva*. São Paulo: HUCITEC / Rio de  
Janeiro: FIOCRUZ; 2007.

WESTPHAL, M. F. *Promoção da Saúde e prevenção de  
doenças*. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (orgs.). *Tratado  
de saúde coletiva*. São Paulo: HUCITEC / Rio de  
Janeiro: FIOCRUZ; 2006. 635-667.