

MARCOS DA SILVEIRA FRANCO

**O APOIO MATRICIAL COMO TECNOLOGIA PARA INTEGRAÇÃO DA
VIGILÂNCIA EM SAÚDE
COM A ATENÇÃO BÁSICA NO ÂMBITO MUNICIPAL**

BRASÍLIA DF
2013



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

MARCOS DA SILVEIRA FRANCO

**O APOIO MATRICIAL COMO TECNOLOGIA PARA INTEGRAÇÃO DA
VIGILÂNCIA EM SAÚDE
COM A ATENÇÃO BÁSICA NO ÂMBITO MUNICIPAL**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Orientadora: Profa. Dra. Magda Duarte dos Anjos Scherer

Brasília - DF

2013

MARCOS DA SILVEIRA FRANCO

O APOIO MATRICIAL COMO TECNOLOGIA PARA INTEGRAÇÃO DA VIGILÂNCIA
EM SAÚDE
COM A ATENÇÃO BÁSICA NO ÂMBITO MUNICIPAL

Dissertação apresentada como requisito parcial
para a obtenção do Título de Mestre em
Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-
Graduação em Ciências da Saúde da
Universidade de Brasília.

Orientadora: Profa. Dra. Magda Duarte dos
Anjos Scherer

APROVADO EM ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Professora Dra. Magda Duarte dos Anjos Scherer

Professor Dr. Fernando Carneiro

Professora Dra. Maria da Gloria Lima

Professora Dra. Maria Fátima de Souza

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Denise e ao João Pedro, pelo apoio e incentivo. Minha família foi determinante para esta jornada.

Agradeço ao Conasems, que possibilitou esta realização, seja por meio de sua Diretoria, que considera a qualificação profissional elemento maior em sua gestão, seja ao Dr. Ênio Servilha Duarte, que nos estimulou e equacionou nossas agendas, seja aos demais colegas de trabalho, que acumularam responsabilidades para que pudéssemos prosseguir no estudo.

Agradeço aos professores da UnB, em especial à coordenação da pós-graduação, que, com coragem inspiradora, empreenderam esta nova dimensão do Departamento de Saúde Coletiva, viabilizando uma proposta de muitos anos de aproximação institucional.

Agradeço ao município que me recebeu com muito carinho e facilitou esta pesquisa, todos preocupados em me ajudar a compreender a realidade local.

Agradeço especialmente ao Dr. Arthur Chioro, à Dra. Lumena Furtado, à Dra. Débora Bertussi, a Roberto Stivalle e Isabel Cristina Pagliarini Fuentes.

Agradeço especialmente à Professora Magda Scherer, que com paciência e dedicação mostra os caminhos da ciência na superação de nossos desafios.

A sua integração o enraíza e lhe dá consciência de sua temporalidade. Se não houvesse essa integração, que é uma característica das relações do homem e que se aperfeiçoa na medida em que esse se faz crítico, seria apenas um ser acomodado e, então, nem a história nem a cultura – seus domínios – teriam sentido. Faltaria a eles a marca da liberdade. E é porque se integra na medida em que se relaciona, e não somente se julga e se acomoda, que o homem cria, recria e decide.

Na medida em que homem cria, recria e decide, vão se formando as épocas históricas. E é também criando, recriando e decidindo como deve participar destas épocas. E é por isso que obtém melhor resultado toda vez que, integrando-se no espírito delas, se apropria de seus temas e reconhece suas tarefas concretas... E se supera na medida em que os temas e as tarefas não correspondem a novas ansiedades emergentes.

Paulo Freire

RESUMO

Este estudo realizado em um município de uma região metropolitana da região Sudeste, visa analisar apoio matricial como instrumento de integração entre as ações de vigilância em saúde e atenção básica no âmbito municipal. Trata-se de uma pesquisa centrada no âmbito da gestão municipal e suas atribuições no sentido de organizar e qualificar a atenção à saúde no município. Partimos de algumas inquietações importantes para a gestão do SUS: O gestor municipal dispõe de informação e tecnologia suficiente para organizar o sistema municipal de saúde de forma que integre os saberes e as práticas de vigilância em saúde ao conjunto das ações da atenção básica? Caso ele disponha, essas tecnologias são aplicadas no planejamento integrado e na adequação do processo de trabalho das equipes de atenção básica para a qualificação do cuidado com a necessária integralidade em rede em seus respectivos territórios de abrangência? O estudo exploratório foi realizado em município que fez a opção pela implantação da tecnologia de apoio matricial, no espaço de tempo equivalente de uma gestão. Esta condição criou as condições para esta pesquisa, pois foi possível vincular o período de governo como critério de escolha para elucidar o processo de construção deste tipo de tecnologia de integração e integralidade, desde sua formulação, institucionalização, suas dificuldades e desafios, ganhos de qualidade e perspectivas. Ao final, demonstrou ser acertada a opção pelo apoio matricial, sendo percebida como um ganho tanto na gestão como na gestão do cuidado, planejamento integrado, organização do sistema e sua funcionalidade a partir do usuário em seu território. Como recomendação, a necessidade de, em municípios de menor porte, se fazer o dimensionamento do território de abrangência da rede e suas linhas de cuidado, que, ao ultrapassar seus limites geopolíticos, dependam de uma gestão interfederativa para sua construção e operação. Neste caso o apoio matricial deve ser pactuado regionalmente e a participação do estado torna-se evidente nos casos em que os serviços regionais que compõem as linhas de cuidado necessárias para a garantia da integralidade do cuidado estejam sob sua gestão. Recomendamos ainda, às instâncias gestoras do SUS, a revisão das atribuições dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família.

Palavras-chave: Gestão em saúde, Assistência integral à saúde, Saúde da família, Prática de saúde pública, Gestor de saúde, Trabalho

ABSTRACT

This study carried out in a city of a metropolitan southeastern region aims at analyzing matrix support as a tool for the integration of health surveillance actions and primary care at the municipal level. This is a research centered within the municipal management and its assignments to organize and qualify health care in the city. At first, there were some important concerns for the management of the SUS: Does the city manager has enough information and technology to organize the municipal health system in a way that integrates knowledge and health surveillance practices to all the actions of primary care? In case he has, are these technologies applied in the integrated planning and the adjustment of the work process of primary care teams to qualify health care with the necessary network comprehensiveness_in their respective covered territories? The exploratory study was conducted in the municipality that chose the implementation of the matrix support technology within the time equivalent to one time management. This created the conditions for this research because it made possible to link the period of government as a choice criteria to elucidate the process of construction of this type of technology of integration and comprehensiveness, since its formulation, institutionalization, its difficulties and challenges, quality improvements and perspectives. At the end, it was proved that matrix support was the right option, perceived as a gain in both the management and care management, integrated planning, the system organization and its functionality for users in their territory. As a recommendation, in smaller cities, it is necessary the scaling of the territory covered by the network and its lines of care, when overcoming their geopolitical boundaries, rely on interfederative management for its construction and operation. In this case the matrix support should be agreed regionally and the state participation becomes evident in cases where regional services to guarantee comprehensive care are under their management. We also recommend to management levels of the SUS, the review of assignments of Family Health Support Centers.

Keywords: Health management, Comprehensive health care, Family health, Public health practice, Health manager, Work

LISTA DE ABREVIATURAS:

ACS – Agente comunitário de Saúde

AM – Apoio Matricial

CAPS – Centro de Apoio Psicossocial

CAPS – AD – Centro de Apoio Psicossocial de Álcool e Drogas

CEO – Centro de Especialidades Odontológicas

CIT – Comissão Intergestores Tripartite

Conasems – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

Conass – Conselho de Secretários Estaduais de Saúde

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

PMS – Plano Municipal de Saúde do Município estudado

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

RAS – Rede de Atenção à Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Percurso Metodológico_____	35
---------------------------------------	----

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1 – Matriz de estudo do apoio matricial_____	32
Quadro 2 – Matriz Metodológica_____	34
Tabela 1 – Organização do apoio matricial_____	41
Tabela 2 – Gestão do Apoio Matricial_____	41

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	MARCO TEÓRICO	21
	2.1. ATENÇÃO BÁSICA	21
	2.2. VIGILÂNCIA EM SAÚDE	22
	2.3. INTEGRAÇÃO	22
	2.4. INTEGRALIDADE	23
	2.5. PROCESSO DE TRABALHO	25
	2.6. PLANEJAMENTO ASCENDENTE	26
	2.7. APOIO MATRICIAL	26
3	QUESTÃO DE PESQUISA E OBJETIVOS	29
	3.1. QUESTÃO PROBLEMATIZADORA	29
	3.2. OBJETIVO GERAL	29
	3.3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	29
4	PERCURSO METODOLÓGICO	30
	4.1 TIPO DE PESQUISA	30
	4.2 LOCAL E PARTICIPANTES DA PESQUISA	30
	4.3 PROCESSO DE COLETA DE DADOS	32
	4.4 PROCESSO DE ANÁLISE DOS DADOS	33
	4.5 SÍNTESE DO PERCURSO METODOLÓGICO	34
	4.6 PROCEDIMENTOS ÉTICOS	36
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	37
	5.1 ESTRUTURA DO SISTEMA DE SAÚDE LOCAL	37
	5.1.1 Vigilância em Saúde	38
	5.1.2 Atenção Básica	38
	5.1.3 Institucionalização do Apoio Matricial	39
	5.2 COMO O GESTOR COMPREENDE O APOIO MATRICIAL	43
	5.3 A OPÇÃO PELO APOIO MATRICIAL	45
	5.4 PROCESSOS DE TRABALHO	49
	5.4.1 Equipe de trabalho	52
	5.4.2 As reuniões	53
	5.5 PLANEJAMENTO INTEGRADO	54

5.6 AVANÇOS	APONTADOS	57
	SUORTE TÉCNICO PEDAGÓGICO	59
	POTENCIALIDADES, DIFICULDADES E ESTRATÉGIAS	61
6.	CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES	69
7.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	74
8.	APÊNDICE	81

1 INTRODUÇÃO

Historicamente no Brasil, as ações assistenciais de cura e de prevenção se estruturaram em compartimentos estanques, caracterizados por serviços que não são capazes de um planejamento integrado^{1,2}. Isto se deve em grande parte a origem e a organização do sistema nacional de saúde anterior à constituição de 1988³, cujas ações assistenciais de alguns programas e de proteção estavam sob a responsabilidade do Ministério da Saúde e a assistência sob a responsabilidade do Ministério da Previdência. Este modelo ainda persiste tanto em resquícios normativos, como a exemplo, os oriundos da SUCAM – Superintendência de Campanhas de Saúde Pública e do INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social, como pela organização no âmbito nacional de segmentos ou áreas programáticas compartimentalizadas^{77,78} no Ministério da Saúde que se reproduzem indevidamente até no âmbito do município.

A partir da reforma sanitária brasileira e da constituinte de 1988, com a institucionalização do SUS, seus princípios e diretrizes apontam para a universalização e integralidade de ações e serviços, descentralização e participação da comunidade. Entretanto, a compartimentalização persiste vigorosamente, mesmo tendo sido gradativamente desconstruída, principalmente no âmbito municipal³.

Segundo o Art. 5º III da Lei 8080/90, são objetivos do Sistema Único de Saúde SUS: “a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas”.

A portaria MS/GM 1007 de 2010⁴ que operacionaliza a inserção do Agente de Endemias na equipe de saúde da família é um exemplo no qual esta desconstrução se institucionaliza no SUS. Alguns Estados já definem instrumentos de financiamento para os municípios executarem esta incorporação, somando-se aos recursos federais para isto definido pela portaria.

O desenvolvimento do SUS após sua regulamentação pela lei orgânica da saúde favoreceu o surgimento de um modelo de atenção que estimulou o crescimento de áreas importantes como a atenção básica^{1,54} e das vigilâncias. No Brasil a organização da atenção primária pelo SUS recebe o nome de Atenção Básica, que expressa o interesse nacional em se contrapor ao modelo determinado pelo Banco Mundial. Na época de sua proposição que orientava os estados nacionais a organizarem uma atenção básica apenas com foco na população mais

carente em contraposição ao regulamentado na Constituição Brasileira que organiza um sistema universal, que se expressa inclusive em sua atenção básica⁵⁴.

A excelência técnica de alguns serviços e ações de vigilância em saúde brasileira é conhecida e bem considerada tanto pela sociedade brasileira como por organismos internacionais. Acumulam-se êxitos nos controles epidêmicos, de cobertura vacinal e de proteção sanitária. Entretanto, os estancos compartimentos de vigilância instituídos por décadas mostram seus limites resolutivos como instrumentos de intervenção no processo saúde doença. Um destes limites são ações pouco resolutivas, produzidas sem o planejamento integrado, sem a adequada análise e construção coletiva de projetos de intervenção territorial no âmbito da Atenção Básica, possibilitando a não resolução competente de vários problemas e entre eles:

Grande número de pessoas utilizam medicamentos vencidos ou armazenados incorretamente em seus domicílios levando a insuficiência terapêutica ou intoxicação medicamentosa⁵. Falta de saneamento básico levando a alta incidência de doenças de veiculação hídrica como verminoses, enterites e hepatites⁶. Incidência de complicações por doenças crônicas não transmissíveis por hábitos inadequados⁸. Incidência ou frequentes e recorrentes surtos epidêmicos de dengue⁹. Alta incidência de violência no trânsito, em especial por pilotagem sem segurança de motos¹⁰.

A concepção assistencialista de clínicas básicas ambulatoriais ou por unidades de pronto atendimento que utilizam apenas o modelo de queixa conduta ainda é predominante no país¹¹. Embora estes serviços sejam necessários, mesmo que bem estruturados como instituições isoladas, tem a limitação de não alterar significativamente a qualidade de vida ou não enfrentar a plenitude dos determinantes de saúde no seu território de abrangência. A capacidade de aliviar o sofrimento agudizado ou crônico de indivíduos ou mesmo de grupos vulneráveis, não basta para inverter a equação do processo saúde doença^{12,13}. Para isto, estes serviços devem estar integrados e organizados em linhas de cuidados¹⁴ na Rede de Atenção. Seus processos de trabalho vitalizados pela integralidade¹⁵ e apoiados suficientemente para uma qualidade desta atenção, que garanta a amplitude de saberes e práticas^{16, 17} necessários para assumir a corresponsabilidade dos profissionais pela produção da saúde no seu território.

A Atenção Básica está formulada sobre diretrizes bem estabelecidas na Política Nacional de Atenção Básica revisada e editada pela portaria GM/MS 2488 de 21 de outubro de 2011 no sentido de assegurar uma estratégia de organização do sistema de saúde de maneira a considerar uma amplitude e escopo necessários a uma atenção adequada desde o território local até a formulação de uma rede de atenção suficiente para sua integralidade de cuidado.

Entretanto as demandas dos gestores municipais partícipes das instâncias representativas do Conasems – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde e Cosems – Conselho Estadual de Secretarias Municipais de Saúde em todos os estados apontam para uma necessária e permanente qualificação de seus trabalhadores para que seja garantida a qualidade de suas atividades¹⁸. O fornecimento de eventos educativos, tais como cursos e qualificações que propiciam a apropriação de conhecimentos muitas vezes desfocados com o território e suas demandas, ou distantes das necessidades dos profissionais, não tem garantido o necessário trabalho qualificado.

Boas experiências têm sido estruturadas no SUS para suprir esta demanda¹¹. Em algumas delas conseguiu-se organizar, ainda que de forma não total, serviços que operam o apoio para que estas equipes possam desenvolver com maior qualidade estes trabalhos, desde o planejamento até a mudança do processo de trabalho e suas técnicas necessárias aos adequados projetos terapêuticos. Isto é evidente no apoio de especialidades clínicas em serviços como os regulamentados pelas portarias Núcleo de Apoio à Saúde da Família-NASF¹⁹. Mas uma das necessidades de integração revela ineficiência na provisão dos serviços não enfocando o controle dos problemas prioritários de saúde para maioria da população²⁰. Ainda com muitos problemas de suficiência^{21,22} é a integração entre as ações de vigilância em saúde, aqui entendida como preventivas e a assistência, aqui entendida como as ações curativas, como discute Sisson²³, embora determinada na Constituição, na Lei Orgânica e na lei complementar 141/12²⁴.

No município a ação local deve incorporar os saberes de uma forma integrada, qualificando o processo de trabalho^{25,26}. A disponibilização e utilização destes saberes devem ser facilitadas por arranjos institucionais que, em sua logística de apoio, considerem a necessidade de unicidade da ação local, pela facilitação do vínculo com a comunidade e valorização do indivíduo com um ser único. A fragmentação do saber e das práticas no âmbito municipal pode significar a

indisponibilidade de pessoal na divisão do trabalho, pois demanda cada vez mais especialistas não disponíveis e uma disputa de mercado ocupacional ou como nos ensina Morin (1982)²⁷, “os inconvenientes da superespecialização”.

A superespecialização e o pensamento reducionista levam a uma perda de visão do todo e a construção de objetivos que frequentemente tiram a análise e o enfrentamento das determinações sociais na produção da saúde. Embora áreas técnicas aprofundem seu conhecimento, tem suas ações simplificadas pela especificidade e neste sentido insuficientes para a solução das necessidades no território e das pessoas.

Cabe então perguntar, não seria o pensamento simplificador um elemento orientador do modelo assistencial baseado na fragmentação programática, que persiste e fragiliza o SUS?

Constata-se, por exemplo, que as ações das vigilâncias, da Política Nacional de Promoção da Saúde e das demais ações intersetoriais são subsidiadas por programas e financiamentos específicos ainda desagregados da ação no território. As portarias/ editais de financiamento da Política Nacional de Promoção da Saúde evidenciam isto²⁸.

A necessidade de integração das diversas políticas de saúde é evidente, por exemplo, nos enfrentamentos diários que as equipes de atenção básica têm que construir a partir da realidade de um território sob sua responsabilidade. O seu trabalho requer a assistência por protocolos, a produção de projetos terapêuticos integrados, singulares a cada paciente, coletivos na abordagem das vulnerabilidades e riscos e principalmente um projeto de intervenção coletiva no território a luz dos determinantes sociais, ambientais, entre outros.

Esse conjunto de ações básicas para serem eficazes pode necessitar de saberes e práticas oriundas da vigilância em saúde, nem sempre disponíveis no contexto destes trabalhadores da atenção básica^{25,11}. Esta indisponibilidade pode dificultar ou obstruir o desenvolvimento de um projeto de intervenção da equipe adequado à demanda do território. Este território está em permanente transformação quer por ações ambientais quer por ações sociais e econômicas, gerando situações sanitárias diversas. Na maior parte das vezes a intervenção no território exige ações que podem ser entendidas como de atenção básica, mas podem estar além dos conhecimentos básicos dos profissionais desta equipe ou são conhecimentos que

não foram oferecidos nos processos de habilitação ou de formação destes profissionais e suas equipes.

As vigilâncias tiveram grande parte de suas ações básicas incorporadas na formulação da Política Nacional de Atenção Básica, o que garantiu um bom desenvolvimento do setor. Isto pode ter favorecido o desenvolvimento institucional dos serviços de vigilância e ao mesmo tempo o debate sobre sua natureza por pesquisadores brasileiros como Suely Rosenfeld⁵⁵, Ediná Costa⁶⁴, Carmem Fontes⁷⁰, Jairnilson Paim⁷¹, Marismay De Seta⁶⁹, Geraldo Lucchese⁶⁵, Ana Figueiredo⁶⁶, Gastão Wagner⁶⁸, Jarbas Barbosa⁶⁷, e muitos outros que contribuíram para que finalmente na lei complementar 141 de 2012 em seu artigo 3º inciso I, fosse incluído pela primeira vez em um regulamento legal cita o termo **vigilância em saúde** em um regulamento legal e determina este entendimento no âmbito do SUS.

Podemos questionar se os serviços de vigilância em saúde estão preparados para a dimensão do trabalho que inclui ações como a de participar do processo de planejamento local, desde a equipe de atenção básica, até no planejamento municipal como um todo e mesmo regional, de forma a subsidiar a mudança necessária do processo de trabalho destas equipes e facilita a construção de um projeto de intervenção, a construção da Rede de Atenção à Saúde, RAS⁶⁰, suas linhas de cuidado¹⁴ no município ou na região de saúde³¹. A fragmentação institucional do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais de Saúde pode ser um elemento dificultador desse processo nos municípios. Nestas esferas de organização do estado brasileiro, embora questionável, ainda se concebe e se aceita a existência isolada de áreas técnicas, como a Secretaria de Vigilância em Saúde e o Departamento de Atenção Básica no Ministério da Saúde. Já no âmbito local, questionamos se a manutenção de uma compartimentalização destas áreas não comprometeria a eficácia da gestão do projeto de intervenção local que ficariam distantes do enfrentamento das necessidades de saúde do território, Colocamos em questão o quanto esta fragmentação pode fragilizar a intervenção *que não seja apenas de um mapa, mas de um território vivo*²⁷.

A construção de mecanismos que propiciem a integração dos serviços de vigilância em saúde e atenção básica, na efetivação da integralidade da atenção ainda é frágil no SUS. O NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família é uma das estratégias usadas para esta qualificação. São serviços concebidos para o desenvolvimento do apoio matricial por meio de conhecimentos necessários para

que a equipe de atenção básica desenvolva o seu papel no território, minimizando o deslocamento de usuários à serviços de referência, bem como auxiliando no planejamento local e adequação do processo de trabalho desta equipe. Desde a publicação da reformulação da PNAB em 2011, está prevista esta possibilidade. Isto fica evidente pelas incontáveis solicitações, na Comissão Intergestores Tripartite – CIT, de ampliação dos NASF¹⁸, no país, que resultou na flexibilização dos critérios de implantação, descritos na nova política de atenção básica, PNAB 2011⁷. O parâmetro de equipes de AB mínimas para a implantação de um NASF mudou de oito para três. Recentemente, a CIT reformula os parâmetros de abrangência dos NASF⁷⁵, contemplando este serviço de apoio para até mesmo uma equipe de Saúde da Família (NASF 3). A inserção de outras categorias profissionais para além das previstas inicialmente, incluindo profissionais especialistas em vigilância em saúde ou sanitaristas, também foi ampliada. A equipe do NASF pode facilitar o desenvolvimento da integralidade dos conhecimentos nos serviços. Quando apoiam as equipes na atuação nos territórios, equacionam demandas territoriais de acordo com as atribuições dos serviços de atenção básica e vigilância previamente estabelecida pela gestão, desenvolvendo uma maior integração entre eles.

Alguns municípios¹¹ tem construído em sua organização um processo institucionalizado de apoio matricial de maior amplitude que o NASF. Operam o sistema local a partir de uma matriz que incorpora todas as ações e serviços disponíveis, estruturando para isto um serviço específico, geralmente vinculado à gestão e disponibilizando profissionais que estimulem e viabilizem a ação matricial. Há também um acúmulo de experiências municipais descritas na literatura que organizam o apoio matricial na implantação dos requisitos da reforma psiquiátrica^{47,48,49,74}.

Sendo o gestor um ator estratégico para a reorientação do modelo de atenção que avance na integração dos serviços e integralidade das ações, algumas questões se colocam nesse debate: Os gestores municipais dispõem de informação e tecnologia suficiente para organizar o sistema municipal de saúde de forma que integre os saberes e práticas de vigilância em saúde ao conjunto das ações do sistema? Caso eles disponham, essas tecnologias são aplicadas no planejamento integrado e na adequação do processo de trabalho das equipes de atenção básica para o enfrentamento dos determinantes de saúde em seus respectivos territórios de abrangência?

Observa-se que há um movimento nacional no sentido de fortalecer as ações de vigilância em saúde, expresso pela pactuação na CIT, da Portaria MS 3252/09²⁹ que regula o conceito, financiamento e organização da vigilância em saúde no Brasil. Esta portaria regulamenta a necessidade de instituir e regulamentar o apoio matricial como tecnologia de aprimoramento das ações de vigilância em saúde na atenção básica.

Consta na portaria que:

Art. 11. A disciplina normativa do apoio matricial em Vigilância em Saúde deverá ocorrer no prazo de 180 (cento e oitenta) dias após a publicação desta Portaria, considerando as seguintes atribuições mínimas:

I – análise da situação de saúde dos territórios locais/regionais, incluindo análise de tendência, fatores condicionantes e determinantes, situações de vulnerabilidade e suscetibilidade de grupos populacionais e do meio ambiente;

II – promoção à saúde, subsidiando as mesmas na construção de planos de intervenção;

III – articulação das ações coletivas, incluindo as relacionadas ao meio ambiente; e

IV – articulação e apoio à implementação da estratégia de gerenciamento do risco individual e coletivo

Sendo assim, a CIT ao incluir o apoio matricial na portaria 3252 e determinar a sua regulamentação, reconhece a sua importância como tecnologia de integração de serviços e integralidade das ações.

A qualificação das ações da atenção básica e dos serviços de vigilância em saúde, de forma integrada, é importante para melhoria da intervenção territorial na área da saúde^{11,30}. No âmbito municipal, elucidar as melhores estratégias desta qualificação é uma oportunidade de garantir um aprimoramento da gestão do SUS.

O decreto 7508³¹ e seus instrumentos pactuados como resoluções na Comissão Intergestores Tripartite, atribui à vigilância em saúde um papel importante como eixo estruturante da organização do SUS no âmbito dos municípios e regionalmente. O processo de planejamento passou a ser primordial para a formulação do Contrato de Ação entre Entes Públicos, devendo ser precedido da construção de um Mapa da Saúde da Região onde se explicita tanto os serviços e ações como as condições sanitárias e socioeconômicas dos municípios da região. O planejamento desde as equipes de atenção básica passou a ser estruturante na organização do município. A atenção básica deve ser um dos eixos estruturantes de uma rede de atenção que se organiza a partir de suas linhas de cuidado e gestão do cuidado.

Finalmente, fortalecendo a necessidade do planejamento ascendente, a lei complementar 141 de janeiro de 2012²⁴ determina que este processo seja ascendente. Neste sentido, o apoio matricial é uma opção importante a ser feita pelos gestores para a qualificação da atenção desde o território de responsabilidade da equipe até ao planejamento municipal e subsídio técnico adequado para o plano regional de saúde, agora uma determinação da lei 141.

Um município localizado na região sudeste, foi o cenário do presente estudo, que nos permitiu um a aproximação ao processo de implantação dessa tecnologia de saúde, desde a sua concepção, seu processo de implementação, bem como os desafios e os avanços em direção a um modelo mais integrado de atenção à saúde.

Este estudo visou analisar a oportunidade do apoio matricial frente ao novo contexto do SUS e de como esta tecnologia pode favorecer a integração entre a atenção básica e a vigilância em saúde e assim propiciar a gestão municipal opções de tecnologias e uma segurança maior na configuração de processos de trabalho orientados pelas necessidades locais de saúde.

Neste sentido, este trabalho está estruturado em seis capítulos. No primeiro apresentamos o marco teórico norteador da presente pesquisa, sinalizando os principais conceitos que guiaram todo o nosso percurso. No segundo são abordados alguns conceitos básicos utilizados neste trabalho, a partir dos quais se desenvolvem a discussão frente aos resultados encontrados. No terceiro capítulo estão dispostas as questões que instigaram o pesquisador e os objetivos do estudo. No quarto apresentamos o percurso metodológico utilizado e no quinto os resultados e a discussão. Finalizando, no sexto capítulo descrevemos as conclusões da pesquisa.

2 MARCO TEÓRICO

Este estudo utiliza em sua formulação conceitos básicos que são encontrados na literatura científica e no arcabouço legal que o estado brasileiro construiu a partir de práticas sanitárias de organização e desenvolvimento de sistemas de saúde, incluindo o SUS. Alguns destes conceitos também foram desenvolvidos sob a luz da semiótica na análise de políticas públicas e se expressam neste trabalho como elementos analisadores da realidade que se buscou conhecer.

Sendo assim, inicialmente apresentamos sucintamente os conceitos de atenção básica, vigilância em saúde, integração, processo de trabalho e planejamento ascendente. Em seguida nos debruçamos mais amplamente na conceituação de integralidade e de apoio matricial, por serem conceitos chave do nosso estudo.

2.1 ATENÇÃO BÁSICA

Dentre as muitas concepções de Atenção Básica que se pode disponibilizar, inicialmente apresentamos um texto de Giovanella et al.³² no qual cita que “No Brasil, nos anos noventa, a concepção de APS também foi renovada. Com a regulamentação do Sistema Único de Saúde baseada na universalidade, equidade e integralidade e nas diretrizes organizacionais de descentralização e participação social, para diferenciar-se da concepção seletiva de APS, passou-se a usar o termo atenção básica em saúde, definida como ações individuais e coletivas situadas no primeiro nível, voltadas à promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação”. A Atenção Básica⁷, “primeiro nível de contato entre a população e o sistema de saúde, caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho

em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento deva ser acolhida”.

2.2 VIGILÂNCIA EM SAÚDE

A Vigilância em Saúde é um conceito sem muito consenso na literatura³³, entretanto, o Sistema Único de Saúde – SUS estabelece suas bases como segue: A Vigilância em Saúde²⁹ tem como objetivo a análise permanente da situação de saúde da população, articulando-se num conjunto de ações que se destinam a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios, garantindo a integralidade da atenção, o que inclui tanto a abordagem individual como coletiva dos problemas de saúde. Constitui-se de ações de promoção da saúde da população, vigilância, proteção, prevenção e controle das doenças e agravos à saúde, abrangendo a vigilância epidemiológica, a promoção da saúde, a vigilância da situação de saúde, em saúde ambiental, da saúde do trabalhador e a vigilância sanitária.

2.3 INTEGRAÇÃO

Para Hartz e Contandriopoulos²⁰ coordenação seria o propósito principal dos processos de integração de serviços de saúde. "Num sentido mais amplo, a integração em saúde é um processo que consiste em criar e manter uma governança comum de atores e organizações autônomas, com o propósito de coordenar sua interdependência, permitindo-lhes cooperar para a realização de um projeto (clínico) coletivo". A integração propriamente dita dos cuidados consiste em uma coordenação durável das práticas clínicas destinadas a alguém que sofre com problemas de saúde, visando a assegurar a continuidade e a globalidade dos

serviços requeridos de diferentes profissionais e organizações, articuladas no tempo e no espaço, conforme os conhecimentos disponíveis²⁰.

Desse modo, para cada dimensão de um sistema integrado de saúde, pode-se adotar um modelo de análise baseado na inter-relação entre **interdependência**, **coordenação** e **integração**, cujo eixo estruturante é uma dinâmica **rede de conversações**, como conceitua Morin²⁷ em *Ciência com Consciência (agkukliós Paidéia)*. Ou seja, é a rede de conversações que se estabelecem entre os atores em situação, gestores, prestadores/ profissionais e usuários, que garante o vínculo entre a interdependência, a coordenação e a integração.

Um diálogo entre o atual pensamento humano, a ciência e a concepção da organização dos serviços e sistema, na questão da integração, parte de uma abordagem que embasa este estudo como princípio. Assim, alguns ensinamentos de Edgar Morin podem ser considerados sua pedra angular.

Segundo Morin²⁷, a simplificação opera por separação e redução.

A primeira isola os objetos não só uns dos outros, mas também do seu ambiente e do observador. É no mesmo movimento que o pensamento separatista isola as disciplinas umas das outras e insulariza a ciência na sociedade. A redução unifica aquilo que é diverso ou múltiplo, quer aquilo que é elementar, quer aquilo que é quantificável. Assim, o pensamento redutor atribui a “verdadeira” realidade não às totalidades, mas aos elementos; Não às qualidades, mas às medidas ; não aos seres, e aos entes, mas aos enunciados formalizáveis e matematizáveis¹⁹.

2.4 INTEGRALIDADE

A concepção mais dominante atualmente no SUS sobre a integralidade é a que limita este conceito às ações curativas, orientando de maneira responsável a organização das linhas de cuidado na Rede de Atenção à Saúde, como bem preconiza o decreto 7508³¹ e os seus instrumentos pactuados e aprovados nas instâncias de participação como a CIT e o CNS.

Há um documento do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, adaptada por Kell⁷³ que sintetiza o entendimento e dimensões da integralidade:

Integralidade, no contexto do sistema Único de Saúde pode ser vista como uma imagem objetivo, uma noção amálgama, com vários sentidos. As noções e diretrizes do SUS **forma forjadas** desde um lugar de oposição, a partir de uma crítica radical às práticas, instituições e organização do

sistema de saúde – seus sentidos vão refletir diversas dimensões desta crítica.

Integralidade como crítica a atitude médica fragmentária, a um sistema que privilegia a especialização e segmentação, a atitude médica reducionista, a formação médica de base flexneriana – recusa em reduzir o paciente ao aparelho ou sistema biológico que supostamente produz o sofrimento e, portanto a queixa do paciente – integralidade tomada a partir do referencial da Medicina Integral.

Integralidade como crítica a práticas dos profissionais de saúde, como uma dimensão das práticas, buscar compreender o conjunto das necessidades de ações e serviços de saúde que um paciente apresenta para além da atenção individual curativa, incorporação de ações de promoção e prevenção na atenção à saúde e articulação com ações curativas e reabilitadoras – integralidade tomada a partir do referencial da Medicina Preventiva.

Integralidade como modo de organizar as práticas relaciona-se com a organização dos serviços e das práticas de saúde, crítica a separação entre práticas de saúde pública e práticas assistenciais, entre ações de saúde coletiva e atenção individual, crítica aos programas verticais – integralidade tomada como horizontalização dos programas.

Integralidade como modo de organizar o processo de trabalho em saúde, de modo a otimizar o seu impacto epidemiológico – articular atenção a demanda espontânea com a oferta programada de atenção à saúde, busca contínua de ampliar as possibilidades de apreensão e satisfação das necessidades de um grupo populacional, de ampliação da eficiência – integralidade tomada como oferta programa de atenção à saúde.

Integralidade como acesso às técnicas de diagnóstico e tratamento necessárias a cada caso quando necessário, articulação a partir da atenção básica aos meios de diagnóstico e atenção especializada quando necessário, de ampliação de acesso ao sistema de saúde e de resolutividade da atenção – Integralidade tomada como acesso a diversos níveis de atenção.

Integralidade como construção de políticas especificamente desenhadas para dar respostas a um determinado problema de saúde ou aos problemas de saúde que afligem um determinado grupo populacional, articulação intra e intersectorial, de ampliação dos âmbitos e articulação de diversos espaços para a busca de soluções, busca de qualidade de vida – Integralidade tomada como ampliação do horizonte de intervenção sobre problemas.

Como aborda Pinheiro⁶², “a integralidade da atenção não poderá resultar unicamente de sua organização técnica, especialmente nos aspectos em que tal organização é equivalente à técnica baseada no saber biomédico” A perda do significado da integralidade como uma ação que incorpora saberes e práticas tem norteado tanto a assistência como as vigilâncias¹⁵, propiciando uma fragmentação não tão prejudicial nas esferas estadual e nacional, dado que estas esferas não são responsáveis pela execução das ações no território, mas determinando uma qualidade insuficiente de cuidado¹¹ na esfera municipal, onde de fato se realiza os

projetos de intervenção e as ações de atenção básica e vigilâncias. Nos municípios, as ações devem responder as demandas dos territórios de abrangência, enquanto que no estado e no Ministério da Saúde, conforme explicita a Constituição em seu artigo 30, cabe o apoio técnico, financeiro, sendo a integralidade um princípio menos importante para estas esferas federativas de gestão. Por fim, neste trabalho, entenderemos a integralidade⁶³ no espaço público como um espaço/tempo de encontro baseado na relação sujeito/sujeito, e construído no ato de vincular-se ao outro, como⁶² um princípio de organização contínua do processo de trabalho nos serviços de saúde, que se caracterizaria pela busca também contínua de ampliar as possibilidades de apreensão das necessidades de saúde de um grupo populacional.

2.5 PROCESSO DE TRABALHO

Consideramos que, o modo como desenvolvemos nossas atividades profissionais, o modo como realizamos o nosso trabalho, qualquer que seja, é chamado de processo de trabalho. Em um processo de trabalho, **as finalidades ou objetivos** são projeções de resultados que visam a satisfazer necessidades e expectativas dos homens, conforme sua organização social, em dado momento histórico²⁶.

Este processo de trabalho, quando ocorre no âmbito de uma equipe de saúde da família ou de uma equipe de qualquer outra modalidade de atenção primária deve passar por aprimoramento em relação à sua missão no território.

Partimos do princípio que, segundo Scherer²⁵, “os saberes adquiridos ao longo do processo de formação são necessários para atuar nesse cenário, mas insuficientes” o que nos alerta para a exigência da educação permanente no cotidiano do trabalho em saúde. A esta questão deve se inserir a discussão sobre as dimensões de cidadania e de responsabilidades que se pode fazer a partir dos conceitos de Campo⁴² e Núcleo, e pelo entendimento de que pode se compor uma matriz composta linhas e colunas determinada por um lado pelas diferentes dimensões dos saberes e práticas e pelo outro as áreas de intervenção, onde se vincula os processos de formação formal.

2.6 PLANEJAMENTO ASCENDENTE.

O planejamento ascendente como conceito utilizado neste trabalho é componente do processo de planejamento do SUS¹, explícito em seus regulamentos. “será ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos municípios, dos estados, do Distrito Federal e da União”.

A formulação do plano municipal de saúde deve ser o fruto de uma construção ascendente, com a participação da comunidade desde os momentos de planejamento na unidade. A participação da gestão e dos trabalhadores é estimulada pelas políticas públicas de planejamento no SUS⁷⁶ em todas as formulações⁷⁶.

2.7 APOIO MATRICIAL

Entre os diversos entendimentos epistemológicos sobre o significado de matriz, neste trabalho adotamos o que se relaciona mais a uma estrutura matemática de linhas e colunas com suas funções derivadas do produto de sua inter-relação.

Se pensarmos que nos diversos serviços organizados em rede a partir das linhas de cuidado, como determina os regulamentos do SUS^{31,57}, e nas diversas expressões de múltiplas complexidades tecnológicas bem como nas diferentes densidades destes serviços, uma matriz poderia ser construída colocando em suas linhas e colunas, os diferentes serviços organizados hierarquicamente em pontos da rede de atenção à saúde⁶⁰. O inter-relacionamento ou a função matricial poderia gerar como produto o diálogo interinstitucional e o apoio mútuo entre estes serviços para a garantia da integralidade. Na sua institucionalização, a operação por profissionais que estariam incumbidos da viabilização deste diálogo, catalisaria a integração entre os serviços dispostos e organizados matricialmente⁵⁸. Este trabalho de catalisação pode ser entendido como o apoio matricial, embora vários conceitos diferentes estejam disponibilizados na literatura científica, como veremos adiante.

Partimos do pressuposto básico que o apoio matricial é uma tecnologia em saúde⁵⁶ e que por sua dimensão vinculada ao trabalho, aqui entendido como um trabalho vivo em ato pode ser definido com uma tecnologia leve-dura ou leve, como

ensina Mehry⁸⁰. Neste espaço o autor teoriza que uma tecnologia leve pode ser entendida como aquela que se desenvolve na saúde em relações do tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento e gestão como forma de governar os processos de trabalho.

Considerando estes entendimentos, selecionamos algumas definições de apoio matricial:

O apoio Matricial⁵⁸ 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;

O apoio matricial⁴⁸ como um conjunto de concepções e modelos para a organização da atenção à saúde no SUS;

O Apoio Matricial⁴⁷ é um arranjo organizacional que viabiliza o suporte técnico em áreas específicas para equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde;

O apoio matricial^{34,35} em saúde objetiva assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde. Nestas reflexões de Campos, trata-se de uma metodologia de trabalho complementar àquela prevista em sistemas hierarquizados, a saber: mecanismos de referência e contrarreferência, 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.

No âmbito do SUS, o NASF¹⁹ como equipamento de desenvolvimento do Apoio Matricial pretende oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às equipes de referência. A Portaria 154 que originalmente regulamenta o NASF, em seu artigo segundo explicita a dimensão deste trabalho, determinando sua composição, e responsabilidades. Segundo este regulamento, O NASF não constitui uma porta de entrada do sistema, atua de forma complementar a atenção básica, fortalecendo seus atributos e no papel de coordenação do cuidado. Segundo a atual PNAB⁷, Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) foram criados com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade. São constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das equipes de Saúde da Família.

Finalmente, completando o escopo de elementos para a compreensão do apoio matricial em análise neste trabalho, entendemos a intersetorialidade como

atributo da atenção básica, conforme expressa a PNAB⁷ e conceituando “a intersectorialidade como uma lógica para a gestão da cidade, buscando superar a fragmentação das políticas e considerar o cidadão na sua totalidade, nas suas necessidades individuais e coletivas”⁵⁹, ou ainda “articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações para alcançar efeito sinérgico em situações complexas visando ao desenvolvimento e a inclusão social”⁵⁹. O apoio matricial fortalece a intersectorialidade¹⁹ na efetivação da a Promoção da Saúde, quando a matriz considerar em sua constituição, as ações e serviços fora do setor saúde. Consideramos, concordando com Westphal⁶¹, que a lógica setorial, fragmentada e a desarticulação administrativa são grandes desafios para o desenvolvimento de políticas públicas saudáveis e intersectoriais. O apoio matricial é uma tecnologia com potencialidade para enfrentá-los.

QUESTÃO DE PESQUISA E OBJETIVOS

3.1 QUESTÃO PROBLEMATIZADORA

De que maneira o apoio matricial pode se constituir em tecnologia que favoreça a integração entre a atenção básica e a vigilância em saúde?

3.2 OBJETIVO GERAL

Analisar a utilização **do apoio matricial como tecnologia para integração da vigilância em saúde e atenção básica no âmbito municipal.**

3.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

3.3.1 Caracterizar a estrutura da vigilância em saúde, da atenção básica e do apoio matricial em um município, que utilize o apoio matricial;

3.3.2 Identificar os processos de trabalho no município que caracterizam o apoio matricial integrando **VS e AB**;

3.3.3 Identificar potencialidades, dificuldades e estratégias desenvolvidas no município para efetivar o apoio matricial como tecnologia da integração entre vigilância em saúde e atenção.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de um estudo exploratório³⁶ de natureza qualitativa, desenvolvido em um município da região sudeste, no período de 20 de maio a 25 de novembro de 2012. Foi utilizada a triangulação descrita por Minayo^{37,38} tanto na coleta quanto na análise dos dados, tendo por base “elementos analisadores” construídos com base no referencial teórico adotado.

“Elemento analisador” pode ser entendido como um objeto semiótico correspondente aos elementos formais do coletivo e que de algum modo tendesse representar o estrutural ou o funcional como elemento caracterizador. Neste caso o pesquisador entende que são unidades sinalizadoras e de composição que podem caracterizar o entendimento mais amplo de uma análise e descrição de uma situação para a gestão. Os elementos analisadores do apoio matricial como tecnologia de integração da atenção básica e vigilância em saúde, utilizados neste estudo, são os seguintes:

- Institucionalização do apoio matricial
- Planejamento integrado
- Integração dos processos de trabalho
- Suporte técnico-pedagógico

4.2 LOCAL E PARTICIPANTES DA PESQUISA

Por conveniência, foi realizado no município da região sudeste. Esta escolha levou em consideração o fato de que este município está utilizando a tecnologia do apoio matricial onde se inclui o de vigilância em saúde na atenção básica. Possui gestores que são liderança atual do movimento dos secretários municipais de saúde, nos Conselhos de Secretários Municipais de Saúde Nacional e Estadual como gestores do SUS³⁹. Outros critérios que contribuíram para a escolha deste município foram: o tempo disponível para a pesquisa a partir das limitações relacionadas à

		SERVIÇO	UNIDADE			
ELEMENTOS ANALISADORES	INSTITUCIONALIZAÇÃO DO APOIO MATRICIAL					
	PLANEJAMENTO INTEGRADO A PARTIR DO APOIO MATRICIAL					
	PROCESSOS DE TRABALHO QUE CARACTERIZAM O APOIO MATRICIAL					
	SUPORTE TÉCNICO- PEDAGÓGICO					

4.3 PROCESSOS DE COLETA DE DADOS

A pesquisa em campo se desenvolveu utilizando três técnicas de coleta de dados: a análise documental, questionários estruturados e entrevistas semiestruturadas.

Análise documental:

Foram solicitados documentos do município que pudessem conter alguma citação sobre o apoio matricial. Recebemos dois importantes documentos. O plano municipal de saúde e um documento de organização territorial da secretaria municipal de saúde. Foram destacados os trechos onde se pode ler alguma referência ao processo de formulação, implantação e implementação do apoio matricial. Foram realizadas análises de como se deu o processo de implantação e avaliação do apoio matricial a partir de como estão dispostas resoluções e diretrizes no Plano Municipal de Saúde.

Questionários estruturados e entrevistas semiestruturadas

Após a apresentação da pesquisa e seus objetivos e elucidar como seria a sua participação, foram esclarecidos e assinaram os termos esclarecimento e livre consentimento. Depois foram entregues pessoalmente pelo pesquisador a dois dos três gestores participantes e aos nove gerentes de unidades básicas.

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com os três gestores. Estas entrevistas seguiram um roteiro semiestruturado e foram transcritas pelo pesquisador. Destas transcrições foram feitos os destaques que se relacionavam com os elementos analisadores e os objetivos desta pesquisa. Esta opção se deve ao fato buscar conhecer neste trabalho a visão da gestão.

4.3 PROCESSO DE ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados foi realizada num primeiro momento, utilizando as técnicas de análise de conteúdo, adaptado e sistematizado a partir do roteiro pré-estabelecido para análise de política pública de saúde, como ensina Fleury e Overney⁴¹, como: Finalidades da política; emprego de estratégias; desempenho dos papéis políticos; definição de arenas de discussão e implantação; assimilação, contraposição e compatibilização; marcos institucionais; formação de referenciais éticos e valorativos sociais

As entrevistas semiestruturadas foram analisadas pelas técnicas de análise de conteúdo⁴⁰ sistematizadas a partir dos elementos analisadores.

Após a aplicação dos questionários, os resultados foram tabulados e descritos em forma analítica neste trabalho, ressaltando o entendimento coletivo sobre o tema abordado. Os documentos analisados e ressaltados os localizadores ou pontos de relação com os elementos analisadores e objetivos da pesquisa. A partir deste momento, foram construídas relações entre as suas partes visando uma maior compreensão da descrição³⁸. Como processo final de análise, foi feita uma triangulação dos resultados a partir dos dados coletados na análise documental, resultados dos questionários estruturados e entrevistas semiestruturadas. Estas análises estão descritas no capítulo dos resultados e discussão.

Quadro 2: Matriz metodológica dos instrumentos de coleta e elementos analisadores a partir dos objetivos, evidenciando em preto os instrumentos que podem ajudar a elucidar os elementos analisadores, usados neste estudo.

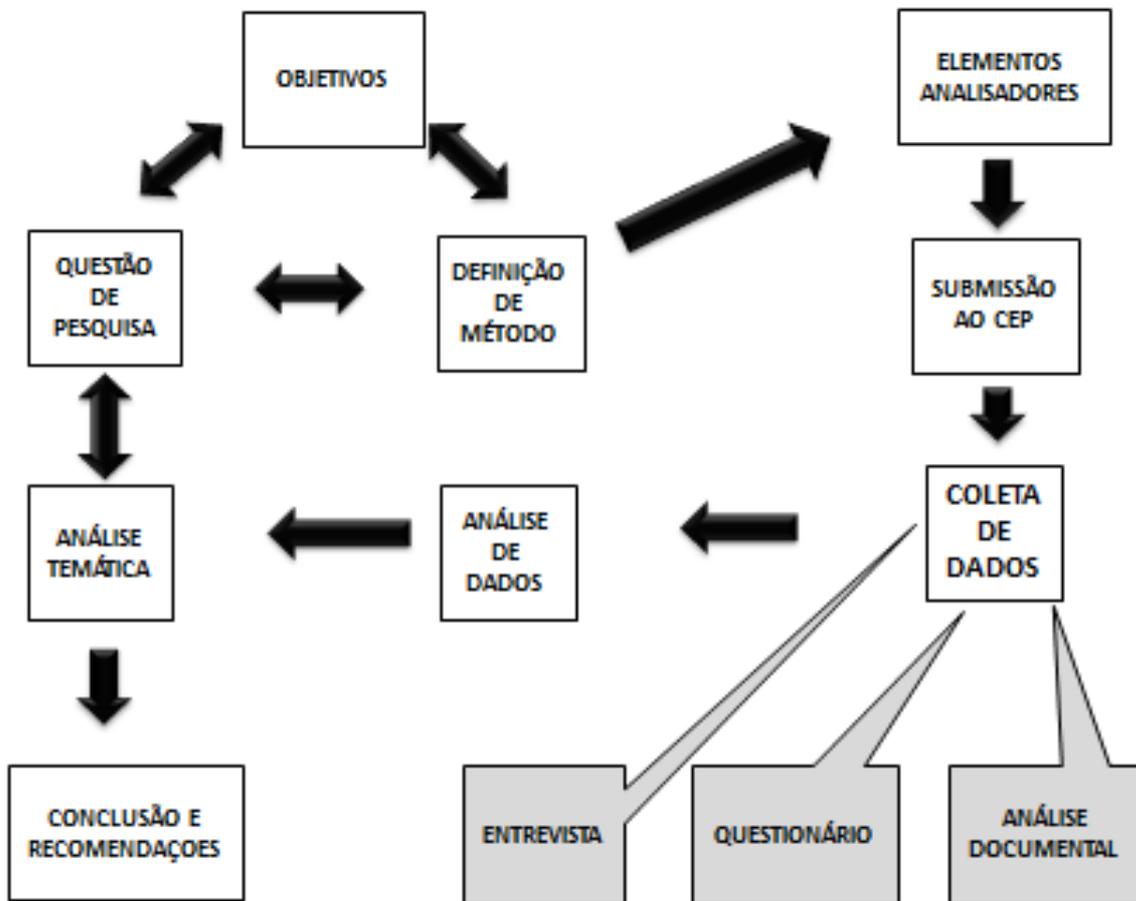
OBJETIVOS	ELEMENTOS ANALISADORES	INSTRUMENTOS DE PESQUISA		
		ANÁLISE DOCUMENTAL	QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO	ENTREVISTA DIRIGIDA POR QUESTIONÁRIO

				SEMIESTRUTUR ADO
CARACTERIZAR A ESTRUTURA DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE, DA ATENÇÃO BÁSICA E DO APOIO MATRICIAL EM UM MUNICÍPIO.	INSTITUCIONALIZAÇÃO DO APOIO MATRICIAL			
	SUPORTE TÉCNICO-PEDAGÓGICO			
IDENTIFICAR OS PROCESSOS DE TRABALHO NO MUNICÍPIO QUE CARACTERIZAM A INTEGRAÇÃO ENTRE A VIGILÂNCIA EM SAÚDE E A ATENÇÃO BÁSICA.	PLANEJAMENTO INTEGRADO A PARTIR DO APOIO MATRICIAL			
	PROCESSOS DE TRABALHO QUE CARACTERIZAM O APOIO MATRICIAL			
IDENTIFICAR POTENCIALIDADES, DIFICULDADES E ESTRATÉGIAS DESENVOLVIDAS NO MUNICÍPIO PARA EFETIVAR O APOIO MATRICIAL COMO IMPORTANTE TECNOLOGIA DA INTEGRAÇÃO ENTRE VIGILÂNCIA EM SAÚDE E ATENÇÃO.	INSTITUCIONALIZAÇÃO DO APOIO MATRICIAL			
	SUPORTE TÉCNICO-PEDAGÓGICO			
	PLANEJAMENTO INTEGRADO A PARTIR DO APOIO MATRICIAL			

4.4 SÍNTESE DO PERCURSO METODOLÓGICO

Em síntese, apresentamos abaixo na figura 1 o fluxograma do percurso metodológico aplicado neste trabalho.

Figura 1 – Percurso metodológico



A figura que sintetiza o percurso metodológico pode ser entendida como um momento no qual o pesquisador construiu uma lógica dialética que pudesse contribuir para elucidar o apoio matricial como tecnologia para integração da vigilância em saúde com a atenção básica. Inicialmente houve a necessidade de um diálogo intenso entre a questão de pesquisa, a definição de métodos e os objetivos antes da definição dos elementos analisadores e o desenvolvimento da pesquisa de campo. As análises foram sistematizadas de forma a contribuir para responder a questão de pesquisa.

No final, as conclusões e recomendações foram formuladas no sentido de contribuir com a participação dos municípios nas formulações das políticas públicas de saúde no SUS, em suas instâncias representativas e com os gestores municipais em sua tarefa cotidiana de construção do sistema de saúde local.

O estudo está organizado segundo os objetivos, vinculando-os aos elementos analisadores escolhidos e a partir dos quais se estruturou os instrumentos de pesquisa.

4.6 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Os questionários e entrevistas foram aplicados pelo pesquisador no município após a aprovação no Conselho de Ética e Pesquisa da UnB sob o número 155/12. A aplicação dos questionários foi feita através de entrevistas estruturadas, gravadas após a leitura, aprovação e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

Os entrevistados foram numerados entre gestores e gerentes, para a garantia do sigilo embora permaneças arquivados a identificadas juntamente com as completadas transcrições dos questionários.

Para garantia do anonimato dos participantes, as entrevistas foram numeradas e codificadas, sendo utilizado para os gestores a sigla GM (numeradas de 1 a 3) e para os gerentes a sigla GE (numeradas de 1 a 9).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo apresentamos os resultados e a análise de forma a responder aos objetivos da pesquisa, tendo como referência os elementos analisadores citados anteriormente, completando assim o percurso metodológico proposto na Figura 1.

Organizamos os resultados e a discussão em uma sequência similar e de forma a responder os objetivos da pesquisa.

5.1 ESTRUTURA DO SISTEMA DE SAÚDE LOCAL

Este estudo foi realizado em um município da região sudeste, com mais de 800.000 habitantes distribuídos em uma área de aproximadamente 408 km², com mais de 50% de sua área inserida em uma região de proteção de mananciais de uma região metropolitana. Trata-se de um município essencialmente industrial, cortado por duas das mais movimentadas rodovias do país. Sofreu um intenso processo de conurbação com seus municípios vizinhos, o que acarreta uma dificuldade maior no planejamento em todos os setores⁵².

O sistema municipal de saúde está dividido em nove territórios sanitários, onde se distribuem 32 UBS. Cada território possui uma Unidade de Pronto Atendimento – UPA que é um passo intermediário de referência da rede de Urgência e emergência, que se completa com quatro hospitais municipais. Possui laboratórios de patologia e de saúde pública, centro de zoonoses, serviço de verificação de óbitos, centro de referência de saúde do trabalhador. Tem uma cobertura de 100% de Agentes comunitários de saúde e aproximadamente 50% de cobertura pela Estratégia de Saúde da Família. Sua rede privada é composta por nove hospitais e cinco pronto atendimentos.

A organização estrutural e funcional do sistema municipal de saúde é sintetizada por um dos gestores, da seguinte maneira:

É organizado a partir de territórios. Eram 10, agora reduzimos para nove, depois de uma longa discussão, já retroalimentado pelos primeiros resultados, pelas primeiras análises. Os apoiadores matriciais não pertencem às unidades, mas trabalham a partir destes territórios. Não são

territórios que tenham uma correspondência na estrutura administrativa da secretaria, temos um modelo híbrido. Trata-se de um modelo de estruturação organizacional por seis departamentos: como a atenção básica, a especializada, a hospitalar, vigilâncias e proteção à saúde, apoio à gestão do SUS e administrativo. São departamentos que se juntam a partir dos nove territórios. GM1

Esta fala sintetiza o estrutural e o funcional da SMS.

5.1.1 Vigilância em saúde

Em conformidade com o plano municipal de saúde⁵², no município a vigilância em saúde esta organizada no Departamento de Proteção e Vigilâncias, e incorpora as áreas de vigilância das doenças e agravos, vigilância sanitária, saúde ambiental, saúde do trabalhador e controle de zoonoses. Estas áreas atuam de forma integrada, com o objetivo de identificar os riscos à saúde da população e, através da identificação destes riscos, promoverem ações para eliminar, evitar, controlar ou minimizar o dano. Esta atuação favorece a atuação sobre os riscos social, sanitário, ambiental e epidemiológico, fornecendo subsídios para o planejamento em saúde e tornando possível a atenção efetiva e integral em todos os níveis de atenção.

Segundo o GM 3, em relação ao seu papel no apoio matricial, a vigilância tem uma participação efetiva nas reuniões dos territórios, com a missão de descentralizar e partilhar o olhar de risco com os profissionais da atenção básica. Esta descentralização que se faz com o apoio matricial tem como princípio a discussão do que se pode fazer de vigilância na atenção básica. Trata-se de um processo de convencimento destes profissionais para que consigam incorporar a preocupação de trabalhar com o olhar não específico de área nenhuma e que deve compor a integralidade do atendimento.

5.1.2. Atenção Básica

A gestão da Atenção básica é feita pelo Departamento de Atenção Básica e Gestão do Cuidado. Os dados abaixo foram informados pelo GM1 e podem ser também observados no Plano Municipal de Saúde em vigor.

Conforme dito anteriormente, a rede básica é composta por 32 UBS. distribuídas em nove NÚCLEOS TERRITORIAIS, em conformidade com o documento de reconfiguração dos núcleos territoriais da secretaria municipal ²,

fornecido em 21 de novembro de 2012. Cada núcleo territorial possui de três a cinco UBS que se vinculam a outros serviços de saúde como Unidade de Pronto Atendimento – UPA, Centros de Apoio Psicossocial CAPS, CAPS AD, Policlínicas ou ambulatório de especialidades, CEO.

A Atenção Básica tem um papel estratégico na ordenação da rede de atenção⁵², devendo ser um ponto aberto e resolutivo e que faz a coordenação do cuidado, acompanhando o seu caminho pelos vários pontos da rede. Para isto, cada UBS deve desenvolver uma micro-responsabilização sanitária de suas equipes com o território sob seus cuidados.

Tem como diretrizes: a territorialização, a adscrição de clientela, vínculo com o território, trabalho multiprofissional, integralidade da atenção, ACS, clínica de enfermagem, atendimento à demanda espontânea, atenção médica nas clínicas básicas, ações intersetoriais de promoção e proteção, conselhos gestores locais, ofertas de práticas alternativas, apoio clínico, apoio matricial, vigilância integrada à Atenção básica, e fortalecimento do papel de gerência da unidade.

O modelo de atenção básica no município estudado é um misto entre a estratégia de saúde da família, com 100% de cobertura pelos agentes comunitários de saúde, com médicos generalistas, clínicos, pediatras e ginecologistas na maioria das unidades básicas.

Também são ações da atenção básica a atenção de saúde bucal e a escola promotora de saúde.

Em relação à escola promotora de saúde, são diretrizes de seu desenvolvimento: a educação para a saúde com enfoque integral, a criação de ambientes físicos e emocionais saudáveis e a reorientação dos serviços de saúde, de forma regionalizada, horizontalizada e hierarquizada, mantendo a territorialidade vinculada à UBS.

5.2 INSTITUCIONALIZAÇÃO DO APOIO MATRICIAL

Não há uma vinculação exclusiva de uma área responsável administrativamente pelo apoio matricial. São ações transversais que são citadas no PMS como atribuições da atenção básica⁵², como na operacionalização da descentralização e integralidade das ações de vigilância, na qualificação da gestão e

humanização do cuidado⁵² e educação permanente⁵². Na reestruturação da política de atenção especializada também é um dispositivo importante na gestão da integralidade do cuidado⁵². O apoio matricial também opera na reorganização da rede hospitalar e de urgência e emergência e no movimento de qualificação e formulação das linhas de cuidado⁵². Segundo a fala dos gestores, há um consenso sobre sua a coordenação, que é feita pelo colegiado de gestão que se constitui pelos diretores de departamento da Secretaria Municipal de Saúde. GM1

Nos documentos enviados pela SMS nada se pode observar a respeito de potencialidades ou dificuldades. No PMS, entretanto, ficam definidas as arenas onde o Apoio Matricial deverá ser discutido. Estão no território, com os trabalhadores da atenção básica, com os gerentes das unidades e com os trabalhadores da vigilância em saúde. Quanto à incorporação institucional, vemos programado no PMS a implantação do projeto apoiador, definido no programa de fortalecimento da atenção básica⁵². O apoio matricial é uma estratégia que esta organizada com base no Núcleo Territorial no qual seus profissionais apoiadores se responsabilizam pela qualificação do processo de trabalho nas unidades, no planejamento dos processos de saúde na qualificação da gestão do cuidado, na formulação das linhas de cuidado⁵².

Nos documentos apresentados pela Secretaria Municipal de Saúde observa-se investimento na qualificação da atenção básica promovendo a integração com outros pontos da rede de atenção⁵². Dois projetos foram determinados para isto:

- a. Implantar o projeto dos apoiadores
- b. Construção de linhas de cuidado

Outra ação inscrita no PMS da qual podemos entender como integração entre a vigilância e a atenção básica, definida também no programa de fortalecimento da atenção básica e gestão do cuidado, está definida como o desenvolver ações de promoção, proteção à saúde de forma interdisciplinar por meio da abordagem integral e contínua do indivíduo no seu contexto familiar, social e do trabalho. Tem como projeto a ser desenvolvido a implantação de políticas de promoção da saúde, prevenção de riscos, danos e agravos⁵²

Segundo as entrevistas dos gestores e dos gerentes, os apoiadores matriciais não tem um posto fixo de trabalho, sendo que existem facilitadores que acompanham seus trabalhos, estes vinculados a diferentes departamentos ou áreas

da Secretaria municipal de saúde, porém com vínculo territorial, e orientadores de educação permanente que se responsabilizam pela qualificação destes orientadores, de acordo com o documento de reconfiguração dos Núcleos territoriais.

Assim, segundo a documentação analisada⁵³ podemos observar a seguinte estrutura organizacional do apoio matricial por território.

Tabela 1 – Tabela de organização do apoio matricial

ORIENTADOR	FACILITADOR	APOIADOR
1 POR TERRITÓRIO	2 A 3 POR TERRITÓRIO	5 POR TERRITÓRIO (UM DOS TERRITÓRIOS POSSUE 10 APOIADORES)
VINCULADO À GESTÃO CENTRAL	VINCULADO DEPARTAMENTOS DA SMS	A VINCULADO TERRITÓRIO AO

Tabela 2 – Tabela de gestão e vínculo empregatício dos profissionais do apoio matricial

Gestão	Atribuição	Vínculo
Colegiado central de gestão	Formulação da estratégia	Cargo de confiança
Orientadores – um por território	Suporte metodológico	Fundação pública
Facilitadores – dois a três por território	Acompanhamento e apoio institucional aos apoiadores	Efetivos dos departamentos
Apoiadores – 5 por território, sendo um território com 10	Qualificação da gestão do cuidado singular, individual e coletivo	Fundação pública

Os orientadores são profissionais que desenvolvem suas atividades através de um vínculo de prestação de serviço junto à gestão municipal da saúde. São professores universitários vinculados a importantes e reconhecidas instituições públicas de ensino. Dentre eles estão alguns professores e pesquisadores bem conhecidos no meio sanitário nacional. Os resultados obtidos demonstram a organização da Secretaria Municipal de Saúde do município.

Na perspectiva funcional, cada território ainda conta com profissionais de vigilância em saúde, e 50 apoiadores institucionais encarregados do apoio matricial.

A gestão da atenção básica é feita pelo departamento de atenção básica e gestão do cuidado, da vigilância em saúde pelo departamento de proteção e vigilâncias e o apoio matricial não possui uma gestão organizada em um departamento, sendo transversal ao departamento de atenção básica, de vigilâncias, de educação permanente.

Segundo os dados coletados a partir das informações dos gestores e gerentes do município, o papel do apoio matricial é dar consistência a resolutividade do território aprimorando o processo de trabalho, na construção de projetos terapêuticos singulares, no planejamento, na construção das linhas de cuidado e protocolos entre os serviços.

Observa-se a partir dos dados coletados, que não há uma fragmentação do apoio matricial na perspectiva de uma ação específica de vigilância em saúde. Ele incorpora as ações de apoio da vigilância em saúde dentro de um contexto maior que se relaciona a demandas do território.

À educação permanente cabe o papel de aprimorar as ações dos apoiadores matriciais, disponibilizando de 2 a 3 facilitadores por território, vinculados a algum departamento como o de atenção básica ou de vigilância. A estes apoiadores a educação permanente disponibiliza um orientador por território.

Tanto os apoiadores matriciais como os orientadores possuem vínculo com a Fundação Pública. Os orientadores são professores universitários ligados à área saúde pública em suas universidades.

Para a implantação deste modelo foram feitos cursos de especialização com todos os profissionais envolvidos no desenvolvimento do apoio matricial, desde orientadores, facilitadores, apoiadores e com a participação dos gerentes das unidades de saúde. Isto explica o porquê de todos os entrevistados conhecerem o que é o apoio matricial segundo os dados dos questionários estruturados.

Outros elementos que contribuíram para a elucidação da institucionalização do apoio matricial estão relacionados com as questões que discutiremos nos tópicos a seguir.

5.2.1 Como o gestor compreende o apoio matricial

Considerando que o Gestor é um ator estratégico na formulação e construção do modelo de atenção no município, foi perguntado “Como você entende o apoio matricial”

Sintetizando o que expressou o GM1, o apoio matricial é uma estratégia e um dispositivo de qualificação do processo de gestão no cuidado da nossa rede municipal, conferindo maior responsabilização às equipes na perspectiva da integralidade, uma ferramenta potente para qualificar o enfrentamento dos problemas do dia a dia no próprio processo de gestão

A estratégia do AM possa interferir na garantia da integralidade, e pensar que há uma quantidade imensa de situações que os nossos usuários vão apresentando, que os dispositivos que estão dados para todos como um todo e que são eficazes e tem uma altíssima resolutividade, mas é exatamente nas situações singulares que vão apresentando os usuários, nos casos que não se resolvem, nos casos que extrapolam o potencial de resolução, seja do profissional, ou seja, do núcleo mais central da estratégia de saúde da família não consegue resolver.

O apoio matricial foi concebido desta maneira, sem o seu lócus específico na atenção básica, muito embora os profissionais territorialmente até se apresentem nas equipes mais próximas à rede básica, **mas ele não é um apoio à rede básica, ele é um apoio ao usuário na garantia da integralidade.**

Nesta fala, fica evidente a opção de uma concepção de apoio matricial que é diferente da maioria dos conceitos citados neste trabalho, cujo foco é a atenção básica. Nestes casos³⁰, a resolubilidade deste nível de atenção parece ser a questão a ser qualificada e o usuário seria uma consequência deste aprimoramento. A opção do município há um evidente diálogo maior com o pensamento de Bertussi¹² cujo objeto do apoio é construído a partir do usuário em toda a sua trajetória pelo sistema na garantia da integralidade

[...] enfrenta situações que envolvem como exemplo a contaminação ambiental por lixo industrial... o apoio matricial tem feito toda a relação entre o cuidado individual e coletivo das pessoas e o monitoramento, a relação com a saúde ambiental, a relação com todo o processo de investigação e inclusive **lidando na organização da população** para enfrentar a demanda do Ministério Público – MP. GM3

Nesta fala, o GM3 expressa importante papel do apoio matricial em situações onde o papel do setor saúde é garantir que os riscos ambientais sejam esclarecidos e possam ser enfrentados intersetorialmente. Observa-se que nesta situação, a

comunidade necessitou de evidências de risco baixo para permanecer em seu território. A equipe de saúde da família, com o apoio matricial conseguiu mobilizar esta avaliação de risco pela vigilância ambiental e instrumentalizou a comunidade para a resposta de desocupação sugerida pelo Ministério Público, evitando assim um dano social maior que o risco local.

Fica evidente a integração com as ações de vigilância em saúde e a intersetorialidade, na construção da emancipação da comunidade.

Há citações das entrevistas que evidenciam a importância do apoio matricial no campo da gestão.

Estratégias como, por exemplo, o enfrentamento da mortalidade infantil, que exigiu um grande esforço. Significava identificar os óbitos evitáveis, as situações de risco, ou que não eram de risco, mas que assim se transformavam no processo de atenção e construir um conjunto de intervenções no campo da gestão e no campo do cuidado que pudesse de alguma maneira interferir neste processo. Situações que só o gerente da UBS conduzir isoladamente ele não teria sucesso, até porque o conjunto de ações individuais e coletivas exigidas para o enfrentamento da redução da mortalidade infantil acaba colocando como desafio estabelecer uma rede ampla que significava desde a intervenção no planejamento familiar, a intervenção na maternidade, nas condições ambientais e nos determinantes sociais. GM1

Destas transcrições selecionadas da entrevista com este gestor, podemos observar algumas características do apoio matricial percebidas por ele, como:

- É entendido como uma estratégia ou um dispositivo de qualificação da gestão, ferramenta de enfrentamento das demandas da gestão, ajudando a trabalhar com suas dificuldades. Neste caso, as metas de redução da mortalidade infantil foram enfrentadas de maneira sistêmica com o trabalho do apoio matricial.
- Estimula uma maior responsabilização das equipes de trabalho, configurando uma contextualização do problema e estabelecendo ações qualificadas.
- É um apoio ao usuário na garantia da integralidade das ações e integração dos serviços, fortalecendo as atribuições tanto da atenção básica como das vigilâncias.

5.2.2 A opção pelo apoio matricial

No questionário a pergunta "porque a opção pelo apoio matricial na organização do sistema municipal de saúde?" podemos observar na fala dos gestores:

Consolidado da entrevista com o GM1:

Essa maneira de **organizar as nossas redes** por níveis de atenção se estruturam muito bem na nossa cabeça de gestor e de sanitaria, mas ela gera uma enorme fragmentação para o usuário, e simplesmente atribuir às equipes a responsabilidade de garantir a integralidade, sem dar uma ferramenta que faça a liga, que faça a conexão entre as diferentes equipes, sem fazer a conexão da linha de cuidado nos parecia muito frágeis. GM1

Nesta fala fica evidente o papel atribuído ao apoio matricial como tecnologia de integração do sistema quando o gestor afirma em outras palavras que o desenho sanitário de uma rede por si só não garante sua funcionalidade para o usuário. Abaixo podemos observar como se dá esta integração

Uma das **estratégias de juntar no território 3, 4 unidades básicas – Ubs com uma Upa**, só foi possível porque se teve a dimensão de trabalhar o território e a ferramenta do apoio matricial fazendo a conexão entre Ubs e a atenção da urgência e emergência de pequena e média complexidade nas Upas, vigilâncias. Claro que isto ainda exige um enorme esforço de qualificação, de amarração dos processos de trabalho. GM1

Já fica evidente a importância de alguma coisa que qualifique os processos de trabalho. Mais adiante veremos que a educação permanente foi a forma que o município adotou para esta qualificação, como suporte técnico pedagógico.

Ainda sintetizando o pensamento do gestor expresso nas entrevistas, a forma escolhida para a viabilização do apoio matricial na gestão foi a construção colegiada, onde a concepção, implantação e avaliação foi coletiva.

Consolidado o projeto, neste espaço, a gente teve dois movimentos: um movimento de ampliação da discussão com um colegiado pleno da secretaria que envolve a totalidade dos gerentes e gestores de todos os níveis da secretaria, inclusive da área hospitalar. São mais de 200 trabalhadores e que se reúnem mensalmente. O apoio matricial foi objeto de discussão em várias reuniões e tem sido, até porque a gente tem usado muito as experiências exitosas, casos em que nós podemos aprender a partir de dificuldades, acertos, erros e desencontros que tivemos. Muitas devolutivas, ou seja, muitas outras estratégias, seja de gestão do cuidado ou de gestão mais geral da secretaria. Neste espaço de gestão colegiado da **secretaria nos temos utilizados o apoio matricial depois como um dispositivo de implementação das decisões que são tomadas.**

Aqui fica evidente a importância que a gestão confere ao colegiado como formulação inicial dos projetos. Observamos ainda que em um momento posterior a sua implantação, o apoio matricial passou a incorporar as dimensões da gestão, garantindo a viabilidade das decisões tomadas pelo colegiado de gestão.

O gestor discute abaixo a importância do Conselho Municipal de Saúde, não como ator formulador, mas como uma forma de garantir contribuições na proposição das políticas. Podemos afirmar que a opção pelo apoio matricial foi da gestão e seu aprimoramento foi do Conselho.

Não considero que o Conselho Municipal de Saúde tenha tido uma participação efetiva na formulação do projeto. Como todas as demais políticas, fizemos a discussão antes da implantação. Todas as políticas, como a hospitalar, a de atenção básica inclusive com este modelo ampliado de saúde da família que nos desenvolvemos, a política de saúde mental, de saúde do trabalhador, as de proteção e vigilâncias, todas as políticas nós apresentamos e discutimos no conselho. Marca, apresenta, discute. O Conselho dá contribuições importantes.

Desta fala podemos observar alguns pontos que demonstram a importância dada pelo gestor ao apoio matricial e que nos ajuda a entender a opção por esta tecnologia. Ressaltamos dela a necessidade de organizar a rede de atenção para a garantia da integralidade; a formulação das políticas de forma colegiada; o apoio matricial como tecnologia de implementação das políticas municipais de saúde; e finalmente, como a gestão dialoga com o Conselho de Saúde durante o processo de implantação de suas políticas municipais de saúde.

Em outros momentos o GM 1 pontua que o processo de territorialização do município determinou que os departamentos da secretaria municipal de saúde, nele incluído as vigilâncias, assumissem suas responsabilidades a partir dos territórios. Explicita abaixo sua estratégia para isto:

Foi feito com extremo cuidado. Desde o primeiro momento pela assessoria do secretário, depois como diretora da vigilância, mas o tempo inteiro apoiando o processo de formação, apoiando a construção dos territórios e apoiando os territórios. **Foi muito importante a provocação de alguns professores universitários orientadores do projeto (tabela 1) porque senão o apoio poderia ter ficado unicamente circunscrito à assistência**, localizada na atenção básica ou quando muito fazendo a conexão entre a atenção especializada, mental, urgência emergência e a atenção básica. Mas o fato de ao mesmo tempo ter se estabelecido a estratégia de territorialização, de educação permanente foi decisivo. GM1

A fala explicita que a estratégia usada para a localização do apoio matricial, a territorialização e a educação permanente foi decisiva para a viabilização. A participação dos orientadores vinculados ao projeto conferiu o cuidado estratégico e a formatação à proposta.

Abaixo, o GM1 faz uma autocrítica sobre os momentos da gestão, Confere qualidade na formulação e implantação e relata a insuficiência e a necessidade de avaliação da proposta.

Pegando pelos aspectos positivos que esta política já consegue apresentar, ela ainda é muito nova para ser avaliada, precisa de um pouco mais de tempo, precisa de uma avaliação mais sistematizada. Este é um problema da gestão, que faz muito pouca avaliação sistematizada. **Muito esforço na formulação, na implantação e pouco tempo na avaliação.** Mas os retornos que a gestão está recebendo, que vão chegando para mim na figura de secretário, são muito instigantes. GM 1

Na descrição de como se deu o processo de localização do apoio matricial, observamos que há um forte componente motivacional à reflexão e à construção de consenso pela coordenação colegiada.

Mas eu tenciono demais. Por dois motivos. Primeiro porque eu nunca tinha vivido uma experiência na gestão municipal que tivesse apostado num projeto de apoio matricial, muito embora tivesse lido e conhecido experiências e ouvido relatos de outros lugares em relação ao apoio matricial. Sabia do potencial conflitivo, das disputas entre os departamentos das áreas em relação ao controle deste instrumento. Acho que me preocupei muito em ser cuidadoso em relação a isto. Vai ficar na vigilância? Vai ficar na Educação Permanente? Vai ficar na atenção básica, vai ficar no gabinete? **Até que a gente constrói um consenso de que ela está em todos os lugares e tem uma coordenação colegiada. A partir daí a coisa começou a deslanchar.** GM 1

Destas falas podemos destacar a importância da territorialização e do suporte técnico pedagógico na formulação e implantação do **projeto apoiadores**, de como se deu a inserção da vigilância em saúde na proposta, a importância do apoio das universidades envolvidas nesta formulação.

Das entrevistas com os gestores ainda podemos notar que a opção pelo apoio matricial não reproduz a oferta de modelo do NASF. Também é digno de nota a diferença do modelo de equipe de saúde da família, que no dizer dos gestores, de alguma forma institucionaliza o processo de apoio matricial dentro da equipe, com a oferta na equipe de profissionais médicos das clínicas básicas.

Aqui no município optamos por duas formas. **Rompemos um pouco com o modelo tradicional do NASF, agregamos dentro da própria equipe da**

estratégia de saúde da família, incorporamos profissionais da área médica em ginecologia e obstetrícia, pediatria e em alguns casos de clínica médica para o desenvolvimento do apoio matricial dentro da própria equipe. O município dispõe também de um grupo de apoiadores que não faz só o apoio matricial, mas também o apoio institucional em rede. Não são especificamente só da atenção básica. São 50 apoiadores, de diversas profissões como enfermeiros, assistentes sociais, fisioterapeutas, nutricionistas, educadores físicos, psicólogos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais. Realizam este **apoio tanto para a atenção básica**, como fazem o **processo de articulação da rede no território**.GM 1

Nesta fala há uma valorização da importância do apoio matricial como modelo integrado à atenção básica e outra formatação para a articulação da rede.

Na formatação de integração da rede, o gestor salienta abaixo a importância desta tecnologia para a qualificação do cuidado a partir do usuário.

Entendo que esta estratégia **oportuniza a ampliação do conhecimento. Qualifica os profissionais** da ponta, permitindo que ele tenha visão do todo e possa atender com uma **visão do usuário mais integral** e não tão **fragmentada como vinha sendo feita**.GM2

A fala abaixo salienta a importância e o bom resultado com a integração da atenção básica com a vigilância em saúde.

Agora esta caminhando melhor, e observamos isto no enfrentamento de alguns surtos de diarreia, da H1N1. Quando a equipe chegou ao ponto de entender o porquê que há a necessidade de integração, aí elas fazem questão de fazer isto com qualidade. Quando se entende o porquê da coisa, fica mais fácil de o profissional se **sensibilizar para o trabalho**. Porque se faz visita, **notificação** de um caso de hepatite. Isto só é feito com qualidade quando ele entende porque tem que ser feito e faz com gosto. Isto é impossível de se fazer de uma maneira centralizada **com qualidade**.GM3
Você começa a ver na unidade e na **região este olhar, o da importância de fazer esta análise, de entender o que ocorreu, onde que se pode interferir e como**.GM 3

Este gestor considera que esta opção é determinante para a ampliação de conhecimentos pela equipe no território, qualificando e sensibilizando seu trabalho tanto da atenção básica como das necessárias ações das vigilâncias. Ressalta uma prática destas equipes de trabalho em fazer análise de situação na região, entender o que ocorre e formular adequadamente o projeto de intervenção.

Destes resultados, observamos um diálogo com os trabalhos citados de apoio matricial no nosso marco conceitual, tanto nos descritos com a participação de Campos^{18,31,35,36} como nos de Bertussi¹². Há também certa oposição ao modelo

organizacional proposto pelo NASF^{8,20,76}, quando cria a figura do apoiador fora do NASF.

5.3 PROCESSOS DE TRABALHO

Analisando os resultados podemos sistematizar alguns destes dados de forma a contribuir **para identificar os processos de trabalho no município que caracterizam o apoio matricial integrando VS e AB**, que é um dos objetivos deste trabalho.

Segundo os gestores, a responsabilidade de garantir a integralidade dos saberes no cuidado e acesso em rede a partir da organização de linhas de cuidado, fez com que a gestão optasse pelo fornecimento da ferramenta do apoio matricial que foram previstos desde o Plano Municipal de Saúde da atual gestão. Para isto foi implantado o **projeto apoiadores**, que tem como ponto inicial um curso de especialização que abordavam o matriciamento e a territorialização com os protagonistas locais encarregados desta institucionalização.

Os gestores entrevistados em suas falas demonstram de alguma forma pontos dos quais podemos inferir algo sobre o processo de trabalho, dando pistas que consideram o apoio matricial como tecnologia tanto para a qualificação das ações de atenção básica em sua área de abrangência como no processo de articulação da rede no território que a operacionaliza.

Realizam este **apoio tanto para a atenção básica**, como fazem o processo de **articulação da rede** no território.GM3

Em relação às ações de vigilância, o processo de integração faz uso da comunicação para programar as ações locais, que a partir daí usa o apoio matricial para qualificar as ações necessárias. Abaixo dois exemplos práticos disto.

[...] os **boletins da vigilância**, que são feitos mensalmente e tem uma abrangência municipal e por unidade, ainda está apenas no conhecimento das gerencias das unidades e não das equipes como instrumentos de gestão, no trabalho com indicadores. Tivemos simultaneamente a questão do PMAQ – programa de melhoria da qualidade da atenção básica. Foi determinante para a apropriação deste instrumento informativo como instrumento de gestão. **Isto modificou o processo de trabalho das equipes**. Um exemplo disto foi o enfrentamento da tendência houve de aumento da mortalidade infantil. O trabalho foi muito em cima destes

boletins com o apoio dos matriciadores. O resultado foi muito positivo, revertendo-se a tendência. Podemos afirmar que avançamos bastante na integração.GM2

Quando nós estávamos discutindo uma demanda levantada pelo povo da vigilância, como a mortalidade materna, mortalidade infantil, cobertura vacinal, necessidade de se fazer um intensificação porque não se atingiu a cobertura, ou quando enfrentamos a H1N1, várias situações, como a da saúde ambiental já dita anteriormente, são situações em que o conjunto de áreas da secretaria sabe que contam além do gerente da unidade que tem uma função administrativa, com uma **referência na rede que ajuda a fazer esta costura**.GM2

Outra forma de integração das ações de vigilância é garantida com as reuniões tanto em cada um dos nove núcleos territoriais, como nas UBS e mesmos em todos os serviços de saúde deste núcleo.

Temos conseguido trabalhar com uma parceria muito boa com a atenção básica, tanto na vigilância sanitária, como epidemiológica, na saúde do trabalhador. Hoje particularmente, acho que a sobre as **reuniões em território**, tem tido uma participação mais efetiva das vigilâncias. Temos tido a preocupação de dar à vigilância outra conotação do que tradicionalmente ela costuma ter com suas ações fiscalizatórias pautadas em áreas físicas, e preocupando-se mais com os riscos e a atuação que possamos ter neste risco. Desta maneira estamos descentralizando, tirando a equipe de uma atividade central e conseguindo **partilhar este olhar de risco com o pessoal da atenção básica**, com os hospitais onde se preocupa menos com as questões regulamentares de sua dimensão e mais dos riscos que os pacientes possam estar submetidos no serviço. Por exemplo: numa queda de cama, ou uso do medicamento, sua resposta enquanto evento adverso. Um olhar um pouco mais diferenciado e qualificado para isto em parceria com estas áreas. GM3

Este gestor afirma que embora haja de fato um processo de trabalho sendo qualificado nos serviços, em sua avaliação pelo questionário estruturado considera a implantação do apoio matricial como regular ainda.

Com a atenção básica, **na identificação na área de riscos** como, por exemplo, no trabalho das manicures prevenindo o risco de hepatites, de AIDS. Identificando para uma atuação conjunta.GM3

Na fala acima, fica evidente a incorporação do conceito de risco no território.

Temos conseguido nestes espaços conversar melhor com os profissionais. Primeiro no convencimento da equipe de vigilância na importância de se trabalhar com este foco. Segundo, descentralizando algumas ações que não delas especificamente, que a atenção básica poderia fazer que isto não significasse perda de poderes para atenção básica. Por outro lado convencer estas pessoas que elas também têm que ter esta preocupação, de **trabalhar com este olhar não específico de área nenhuma e que deve compor a integralidade do atendimento da população**. GM3

Esta fala acima há algo de contraposição ao conceito de “campo e núcleo”⁴³ de maneira a sugerir que sua amplitude deva ser questionada a partir de cada território.

Os relatos dos gerentes de unidades dão conta de uma permanente qualificação do processo de trabalho, em reuniões com equipes, com a unidade e nos núcleos territoriais, onde o apoio matricial se faz presente e atuantes.

Em síntese, podemos observar destas falas algumas pistas que demonstram o processo de trabalho, como o apoio a rede básica é feita pelos apoiadores a partir de reuniões nas unidades e no território. Nota-se a importância do apoio matricial na qualificação das ações de vigilância no âmbito dos territórios de abrangência das equipes de atenção básica. Estas ações demonstram uma importante vertente de intersectorialidade e de integralidade. Revisão dos processos de trabalho das equipes locais para atuarem frente a demandas epidemiológicas e ambientais em casos específicos e no partilhar o olhar e identificação de áreas de risco sanitários. Os boletins informativos colaboram para a reflexão e aprimoramento do projeto de intervenção Segundo a fala destes gestores, o processo de trabalho do AM minimiza a fragmentação específica das áreas, facilitando a integração.

5.3.1 Equipe de trabalho

Segundo os resultados do questionário estruturado, há equipes de Vigilância em Saúde responsáveis pelo desenvolvimento do apoio matricial.

Segundo os gestores em entrevista transcrita, vigilância em saúde é um dos componentes do apoio matricial e esta tecnologia tem colaborado na descentralização das ações de vigilância num gradativo assumir desta responsabilidade pela atenção básica. Este processo se aprimorou no enfrentamento de algumas dificuldades práticas, como no caso da epidemia de H1N1, de diarreias, na tendência de aumento da mortalidade materno infantil detectado, o que pode ser aferido a partir das entrevistas de todos os gestores e de alguns gerentes onde este agravo foi significativo em termos de incidência e por consequência o trabalho de enfrentamento foi importante.

Uma das estratégias adotadas pela vigilância em saúde para uma apropriação maior destas responsabilidades descentralizadas foi a produção de boletins informativos das vigilâncias que demonstravam a situação municipal e da área de

abrangência de cada unidade de saúde, segundo o seu gestor. Já o gestor de atenção básica informa que este instrumento se aprimorou durante a fase na qual o município optou pelo PMAQ, Programa de Melhoria da

Sobre a equipe, em entrevista:

Não são especificamente só da atenção básica. São 50 apoiadores, de diversas profissões como enfermeiros, assistentes sociais, fisioterapeutas, nutricionistas, educadores físicos, psicólogos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais. GM1

São 50 apoiadores divididos em nove territórios que realizam o apoio à atenção básica e a articulação da rede no território. Segundo o gestor 3, a vigilância está inserida neste processo de construção deste modelo de atenção.

5.3.2 As reuniões

A seguir, elaboramos um consolidado dos resultados do questionário sobre a questão aplicada aos nove GE e aos GM2 e três sobre a prática de reuniões.

Neste caso, embora o questionário não explicitasse esta alternativa, os entrevistados apontaram a existência de dois tipos de reuniões. Uma na unidade básica de saúde e outra no núcleo territorial. As respostas evidenciam ainda que na reunião dita como no núcleo territorial, participam os gestores, gerentes das unidades de saúde do território e os apoiadores matriciais. Na UBS, estas reuniões contam com a participação dos apoiadores, gerentes da unidade, trabalhadores e usuários da unidade.

Nas entrevistas com os gestores podemos observar que as reuniões no núcleo territorial se destinam mais a construção das linhas de cuidado, definição de protocolos de referência e na definição do suporte técnico pedagógico necessário para isto. Nas reuniões na UBS são utilizadas para a definição do projeto de intervenção local e definição do suporte técnico pedagógico necessário para que os trabalhos sejam qualificados.

Nos dados levantados ainda podemos concluir que estas reuniões tem uma periodicidade homogênea nos núcleos territoriais, mas nas unidades a sua frequência se mostra variada, oscilando entre semanal, quinzenal ou mensal. Há

citações de reuniões eventuais tanto no Núcleo como na UBS, quando do surgimento de demandas locais quer por eventos inusitados, quer por solicitação dos trabalhadores frente a alguma tarefa que supere seu conhecimento para enfrentamento.

Nos documentos encaminhados pela SMS não se evidencia anotações referentes aos processos de trabalhos específicos que caracterizam o apoio matricial.

5.4. PLANEJAMENTO INTEGRADO

Segundo os gestores, a ideia de integralidade não se deu pela área técnica em si, mas pelas demandas apontadas como desafios em cada território. Houve assim a qualificação das ações de vigilância e foram citados os casos das hepatites como experiência prática onde se evidencia esta diretriz do SUS. O apoio matricial faz a conexão entre os serviços de saúde no território e em suas diversas áreas programáticas. É um processo em construção permanente por reuniões tanto na unidade como no núcleo territorial.

O elemento analisador que caracteriza o **planejamento integrado** como atributo do apoio matricial é uma unidade semiológica importante na composição do processo de trabalho, e é de tal importância que se cita nos regulamentos do SUS^{31,24} este componente como uma ação mais que um produto.

Na análise documental, o PMS – Plano Municipal de Saúde, em suas justificativas para o programa Políticas de Proteção à Saúde e Vigilâncias há uma citação que evidencia a necessidade de discussão e análise no âmbito dos territórios, no processo de planejamento da saúde, a priorização dos riscos e vulnerabilidades caracterizadas nas singularidades de cada território⁵².

No PMS ainda observamos em suas ações programadas que existe como a diretriz a implementação e qualificação das ações de proteção à saúde e vigilâncias, tendo como projeto redefinir e executar os processos de trabalho das vigilâncias com novas perspectivas de descentralização e através o apoio matricial, visando à integralidade. Neste caso, a integração se dá entre as diversas áreas que compõe o sistema municipal de saúde, como outra dimensão do planejamento integrado, diferindo um pouco do regulamentado pelo “Planejasus”⁷⁷, que conceitua o

planejamento integrado mais como ação entre os entes federados. Aqui, a dimensão do território e a sua relação com a rede de atenção à saúde – RAS⁶¹ é determinante para este entendimento. Neste município a rede em cada núcleo territorial tem uma dimensão resolutiva que em outras regiões ultrapassam seus limites territoriais municipais para ter a mesma resolutividade e abrangência. É interessante notar que a dimensão do apoio matricial para a funcionalidade da integração da rede deve preservar esta mesma característica, ou seja, para que o apoio matricial seja uma tecnologia de integração da rede deve ultrapassar os limites municipais e a participação de outros municípios e mesmo do estado.

No questionário estruturado dirigido aos gerentes foi feita a pergunta, “Ocorre reunião para planejamento?” Ao consolidarmos as respostas, verificamos que todos afirmaram haver reuniões com esta finalidade. Neste caso, os gerentes informam a existência de dois tipos de reuniões diferentes. Uma ocorre na unidade e outra no núcleo territorial. Em ambas são discutidos o planejamento das ações de maneira integrada com as diversas áreas.

Os gestores ainda informam a existência de planejamento no âmbito da coordenação colegiada do apoio matricial.

Ainda algumas citações importantes, nas entrevistas quando das respostas à questão: Há mudanças no processo de planejamento municipal desencadeadas pelo Apoio Matricial? Ajudam a esclarecer a institucionalidade do apoio matricial que o caracteriza integrando a VS e a AB .

O apoio matricial foi decisivo com seu “feedback” pelo menos no processo que a gente dispunha no processo de planejamento. Hoje já não se concebe a formulação ou implementação de qualquer política, não considerar o apoio como elemento importante no processo de planejamento. Em todo o processo.GM1

Agora, se não pensar um conjunto de estratégias de integração de rede, gestão de cuidado, territorialização, educação permanente, horizontalização das relações da corresponsabilização das áreas das vigilâncias com a assistência, fragiliza o projeto. Isto não é fácil. **Entre o discurso, a intenção, ainda que super-honesta, e a concretização no dia a dia vai um longo percurso.**GM1

Nestas fala o gestor mais uma vez contextualiza o projeto de apoio matricial em simultaneidade com o desenvolvimento de outras políticas, referindo-se a ela como forma de não fragilização da proposta. Ressaltamos a territorialização, o suporte técnico pedagógico e a descentralização das relações entre vigilância e assistência.

Nós tínhamos tentado fazer com que estas coisas pudessem ser definidoras para uma dimensão mais da gestão. Do ponto de vista do cuidado, abrir para que estas singularidades, estas necessidades que vão se expressando no cotidiano, trazidas pelo usuário, trazidas pelos diferentes serviços, seja ele das vigilâncias, zoonoses, saúde do trabalhador, seja pela saúde mental, aí não importa muito a forma com que vai aparecer. Hoje nos temos uma estratégia que ajuda a fazer a conexão no território. GM1

A fala dos gestores explicita a importância do apoio matricial como componente do planejamento do município. Desde a territorialização até a formulação e implantação de qualquer nova política de saúde o apoio matricial é fundamental no processo de planejamento. Relatam ainda que este é um processo em amadurecimento e de difícil concretização no dia a dia.

Já os gerentes de UBS, no consolidado de respostas livres ressaltam o que caracteriza mudança no processo de planejamento desencadeadas pelo apoio matricial:

Hoje a gente constrói grandes coisas com o apoio matricial. Fazemos planejamento junto com a equipe. A agenda compartilhada, o atendimento compartilhado, roteiros para visitas domiciliares. O planejamento para melhorar nosso trabalho é diário, com companheirismo. Temos data certa para reunião semanal, mas se precisamos de uma reunião “agora” para alguma coisa nova que aconteça se resolve hoje. GE2

No PMS há citações de que o planejamento da saúde priorize os riscos e vulnerabilidades caracterizadas nas singularidades de cada território.

Segundo os gestores, este planejamento se dá com a participação do apoio matricial em todos os níveis do sistema municipal de saúde, desde no momento da discussão e implantação de uma nova política de saúde, nos departamentos em reuniões semestrais, nos territórios em reuniões mensais e nos serviços em reuniões em sua maioria semanais. O planejamento abre para que as singularidades territoriais e das diversas áreas programáticas sejam pautadas. Isto ocorre sem um formato pré-definido, cada território define e constrói a sua conexão.

Finalmente, encontramos ainda citações de gerentes, afirmando que o planejamento para a melhora do processo de trabalho é diário em todas as unidades.

5.5. AVANÇOS APONTADOS

Inicialmente relembramos que o gestor reconhece a insuficiência do tempo gasto com a avaliação.

Este trabalho consegue pontuar algumas pistas que sugerem uma avaliação feita pelos seus participantes. Não foi desenvolvido um processo adequado de avaliação, que mensurasse os resultados de forma quantitativa, e consideramos que, embora seja uma questão importante, o fato de não abordar neste estudo os resultados nesta dimensão, é uma opção do pesquisador por uma pesquisa qualitativa que caracterizasse a gestão na integração pelo apoio matricial. Outra razão se deve ao fato de o seu tempo ter sido restrito para este desenvolvimento.

Nas entrevistas e questionários, o gestor três afirma que a vigilância em saúde tem colaborado para que as equipes de atenção básica tenham capacidade de formulação de projetos de intervenção em sua área de abrangência, embora não seja uma situação homogênea entre as equipes. Relatam que os facilitadores vinculados ao Departamento de Proteção e Vigilâncias e os demais profissionais de vigilância descentralizados para cada núcleo territorial encontram maiores ou menores dificuldades de trânsito entre diferentes profissionais e serviços no núcleo territorial.

Temos pessoal de todas as vigilâncias em todos os territórios. São pessoas diferentes, com **desempenhos diferentes**, mas sempre **colaboram de alguma maneira nesta qualificação** das equipes do território na formulação de um projeto de intervenção. Há um crescente nisto. GM3

Lembro que a avaliação deste gestor sobre o apoio matricial atribuíu-lhe graduação regular, mas a fala acima confirma um desenvolvimento da proposta.

Na perspectiva dos gerentes, quando consolidados os resultados do questionário estruturado sobre a questão “Como você avalia a integração entre a Vigilância em Saúde e a Atenção Básica em sua unidade?” Destacamos que 55% avaliam como ótima a integração, 33% como boa e um gerente, embora questionado, não quis fazer esta avaliação, por não se julgar competente para responder.

A metodologia ainda facultou aos gerentes de UBS um momento de livre manifestação onde podemos observar algumas avaliações. Há citações que identificam o avanço da atenção básica de forma “espetacular” com a chegada dos profissionais do apoio matricial. Relatam que puderam fazer grandes avanços com a

saúde, com a construção de projetos terapêuticos singulares e que em qualquer situação inusitada há como definir a melhor conduta, acolher melhor, e desenvolver ações qualificadas para cada situação diferente :

Até mesmo na gestão interna, a gente conseguiu **avanços com a reunião de equipes com os apoiadores** que muitas vezes pareciam insolúveis como a gente vai fazer? Como é que vai ser? GE 1

Nesta fala observamos que a gerencia da unidade foi também qualificada com o apoio matricial.

Abaixo, a fala dos gerentes, que são funcionários efetivos do município e que por lei são os únicos que podem assumir o cargo de gerente, demonstra a sua satisfação com a proposta.

Estou como **efetivo há 10 anos e você vê a diferença de antes e depois com o apoio matricial, um passo muito grande realmente**. Em três anos fez diferença na saúde no município. Esta diferença também ajuda os profissionais que se apoderam e tratam do indivíduo como um todo e não fragmentado. Isto é bom para o desenvolvimento das ações dentro do território. GE 2

Há citações que demonstram o avanço na qualidade de participação da comunidade, como o descrito abaixo dos resultados do questionário pelo GE 2

O matriciamento ajuda a inserção na comunidade e a participação da comunidade, que vem mais nas reuniões do conselho gestor da unidade. Um **ganho muito bom para o coletivo**.

Nesta fala, podemos observar o ganho na intersectorialidade necessária na produção social¹³ da saúde.

Abaixo observamos uma avaliação feita pelo GE 3, que descreve a integração entre as vigilâncias e a atenção básica.

A vigilância tem um bom apoio, conseguimos ter boas respostas, com ações conjuntas, com material e dados. Podemos ligar e ter respostas de imediato. A vigilância tem um bom apoio, conseguimos ter boas respostas, com ações conjuntas, com material e dados. Podemos ligar e ter respostas de imediato. GE 3

O gerente da unidade 4 ressalta outros ganhos. No seu ver, há uma evolução do apoio matricial que saiu de uma característica mais administrativa e assume mais o apoio às quatro equipes de saúde da família que trabalham na unidade.

Nas reuniões do conselho gestor da unidade a gente responsabiliza pessoas, mais algumas delas necessitam outro tipo de apoio que não o da saúde por condições sociais e aí a gente usa o apoio matricial para trabalhar isto. GE 4

Mesmo gerente da unidade 4 ainda fortalece outra fala de gerentes quanto ao avanço da participação da comunidade. Ressalta ainda o papel da vigilância como na fala abaixo.

O cuidado e a prevenção de uma maneira como nunca antes ocorreu. O apoio se estendeu para o território, antes era só interno, agora é para a rede. **A vigilância é o serviço que melhor funciona na rede**, ela consegue apoiar a gente desde o papel até a comunidade. Conseguem apoiar e incentivar um novo modelo. GE4

O gerente da unidade 5 – GE5, considera o apoio matricial de suma importância para a gestão do cuidado e relata melhora nos processos de trabalho.

Destacamos que, na perspectiva dos gerentes há boa avaliação do apoio matricial como tecnologia que ajuda a definir o papel das equipes, qualifica seu trabalho, ajuda na inserção na comunidade e a participação da comunidade, garantindo um ganho para o coletivo.

Finalizamos este item com uma fala do gestor que sintetiza sua avaliação:

- Recomendo a incorporação do apoio matricial pelos resultados que estamos conseguindo aqui. GM 1

5.7 SUPORTE TÉCNICO PEDAGÓGICO

Segundo a fala dos participantes do estudo, a educação permanente é o processo pelo qual ocorre a qualificação dos gestores, gerentes e trabalhadores. Em vários momentos das entrevistas a educação permanente é citada como a forma de viabilizar a implantação de novas políticas de saúde e no desenvolvimento das habilidades necessárias aos profissionais de saúde nos diversos serviços para a assunção destas novas responsabilidades ou demandadas por estes profissionais no enfrentamento de singularidades a partir do usuário.

O GM1 relata que, para o processo de formatação final e implantação da proposta de apoio matricial, o município viabilizou um curso de especialização com as universidades parceiras as quais estavam vinculados os orientadores. Este curso teve um desenho que trabalhou o matriciamento, a territorialização, a mudança do

modelo de cuidado. Neste curso, tiveram como participantes os trabalhadores dos departamentos da secretaria municipal, entre eles os atuais facilitadores, os gerentes de unidades, os gestores.

Há uma riqueza neste processo. **Há uma ação simultânea de educação permanente para a formalização do território.**

Quanto à educação permanente em saúde, o gestor 1 se posiciona abaixo claramente no sentido de atribuir-lhe um importante papel na qualificação do cuidado em rede.

Este processo potencia a resolutividade da atenção básica. Com este apoio e juntando a estratégia de gestão de educação permanente nos territórios possibilita um maior acúmulo e disponibilizar maiores ferramentas de trabalho para a atenção básica, qualificando o cuidado na rede.

Segundo os gestores, as reuniões são os momentos onde ocorre a determinação de qual qualificação se faz necessária para qual equipe. O município dispõe de um Departamento de Educação Permanente em Saúde, que se incumba da sistematização e viabilização das propostas de qualificação apontadas. Há para isto o apoio e a participação de várias instituições de ensino superior. No âmbito da gestão há uma instituição específica de reconhecimento que está encarregada deste suporte técnico.

5.8 POTENCIALIDADES, DIFICULDADES E ESTRATÉGIAS.

Terceiro objetivo específico deste trabalho é o que pretende Identificar potencialidades, dificuldades e estratégias desenvolvidas no município para efetivar o apoio matricial como importante tecnologia da integração entre vigilância em saúde e atenção.

Neste momento verificamos as arenas mobilizadas na definição da proposta, os marcos legais, e a dimensão da incorporação institucional.

Quanto ao marco legal, há uma citação nos documentos analisados. Verificamos no PMS, quando explicita que várias políticas, entre elas a da integralidade entre promoção, proteção vigilâncias, atenção e assistência, estavam sendo discutidas com a Câmara Municipal. O legislativo constituiu uma das arenas

onde a proposta do apoio matricial foi discutida, e dele a regulamentação administrativa nasce a partir da proposta do executivo municipal.

Nas entrevistas semiestruturadas destinadas aos gestores, há uma questão na qual solicitamos que descrevessem as potencialidades e desafios para o desenvolvimento do apoio matricial. Neste espaço, o gestor 2 afirma que uma das arenas de discussão da proposta foi com os profissionais das equipes, onde o desafio de romper com o modelo centrado no médico e com o desenho de queixa conduta apenas, demonstraram avanços e significativas dificuldades, em especial quando da necessidade de desenvolvimento de ações voltadas para o território em sua área de abrangência.

Como questões apontadas pelo gestor 2 – GM2, compilamos abaixo falas que evidenciam oportunidades no sentido de potencialidades.

Entre as nossas **potencialidades é a existência de uma equipe muito boa, além do apoio do gestor** que tem esta visão e é arrojado para trabalhar. Temos também um apoio político, com a visão do prefeito que investe em saúde, que tem esta preocupação. Também **temos recursos financeiros e apoio do Ministério para fazer estas ações.**

Como adversidade este gestor pondera:

Não há apoio do estado na construção desta política de A.M.GM 2

O GM 3 apresenta alguns desafios abaixo:

Entre os grandes **desafios, o convencimento da equipe que este é um caminho a seguir**, tanto a equipe de vigilância quanto as outras equipes participantes no território, atenção básica, da urgência emergência, da área hospitalar, de que este olhar é importante para que consigamos as respostas. Acredito que estamos tendo boas respostas. Por exemplo: estamos apoiando unidades básicas na construção e operação de comitês de mortalidade materna e infantil. Surge nos territórios e os apoiadores vão atrás de trazer o pessoal da vigilância para qualificar esta iniciativa. Os membros destes comitês das unidades participaram da reunião do comitê municipal para observar o funcionamento. A gente oferece o comitê municipal para apoio no que for preciso no âmbito local para esta viabilização.

A fala acima descreve uma prática positiva de integração, o que tem gerado boas respostas às responsabilidades institucionais, potencializando a resposta municipal frente às demandas das vigilâncias.

Este mesmo gestor relata como adversidade as dificuldades iniciais de contemporizar as agendas das reuniões necessárias para as ações de apoio matricial desenvolvida por seus facilitadores. Mas nos momentos seguintes, o setor de vigilâncias muda sua postura, como vemos em suas palavras:

[...] ao contrário os trabalhadores da vigilância tem encarado esta nova missão como um prazer. GM 3

Durante o processo inicial de integração, este gestor relata certa dificuldade por parte da atenção básica em incorporar a proposta, e cita as falas comuns daquele momento:

“como? vem um pessoal aqui par falar o que eu tenho que fazer? ou como fazer”?

[...] se fecharam, ficaram um pouco desconfiadas. Mas a aproximação ao longo destes três anos foi rompendo com isto. Foram vendo as possibilidades que esta aproximação trás. GM 1

O GM 2 reafirma que as maiores dificuldades iniciais foram dos gerentes de unidades, que como os demais estatutários, demonstraram uma maior dificuldade em acolher a nova proposta. Segundo este gestor, a fala dos gerentes inicialmente demonstravam estas dificuldades:

“agora todo trabalho tem que ser feito pela atenção básica?”

Na descentralização da atenção da tuberculose, da DST/AIDS, na testagem do HIV-“mais trabalho para a atenção básica”– tivemos resistência mais superamos isto com os resultados alcançados por eles mesmos. Hoje a visão é de que antigamente quem se expunha era a atenção básica, e agora, eles podem expor problemas e responsabilidades de outras áreas que não estavam presentes e eram vedadas, isoladas.

Mas há ainda alguma resistência nos trabalhadores mais antigos, efetivos.

Na verdade uma parte dos gerentes chegaram a dizer “estes caras vieram me substituir?”

O que se apreende dos dados coletados a partir deste elemento analisador é que a essência do apoio matricial tem sido a qualificação da atenção e da gestão do cuidado a partir do território. Em síntese o apoio matricial é uma tecnologia que potencializa a atenção básica, qualifica o cuidado em rede, ajuda na desconstrução do modelo médico hegemônico. Entretanto, algumas dificuldades estão evidenciadas nestas falas, com a falta de apoio do estado, a dificuldade de

contemporizar a agenda de reuniões, a resistência dos gerentes de UBS e de trabalhadores mais antigos e efetivos.

Questões que evidenciam as potencialidades, dificuldades e estratégias desenvolvidas para efetivar o apoio matricial, quais sejam: Como o município organiza o apoio matricial? Como se deu a negociação pela gestão com a equipe técnica da gestão da Secretaria Municipal de Saúde para a construção do apoio matricial? Como se deu a negociação pela gestão com o conselho municipal de saúde para a construção do apoio matricial? Como se deu a negociação pela gestão com os trabalhadores de saúde para a construção do apoio matricial?

Observamos abaixo o consolidado das respostas do gestor 1, que explicita como se deu a negociação na arena legislativa:

Quando nós abrimos o concurso/processo seletivo, cuja contratação se deu pela Fundação Pública. Quem é este profissional que ai ganhar um valor, e ai **tinha uma expectativa de que a Câmara, base aliada iria fazer indicação**. Nós fizemos o processo seletivo, analisamos os currículos, entrevista. Queríamos um perfil diferenciado de profissionais na escolha dos 30 primeiros, depois os 50 que se contratou. Foi muito interessante, porque **houve uma resistência grande, da base do governo na Câmara**. Diziam “agora vocês vem com esta história de que vão abrir concurso e enfermeiro, médicos, dentistas e demais atualmente só podem ser contratados por concurso. Ai vocês tem um negócio diferente e também vai ser por concurso? Nós não vamos poder interferir? Não é ai que nós vamos poder indicar?”. Não, não vai ser e **foi uma dificuldade em determinados setores do governo, na base do governo que queria a tal indicação**.

Esta fala talvez reproduza com êxito a negociação política que se dá no país. Há sempre a expectativa de se cria novos espaços de trabalho e vinculá-lo ao clientelismo político. Recentemente, no premiado filme “Lincoln”, contextualizado na guerra civil americana, durante a votação da emenda constitucional que libertava os escravos nos Estados Unidos da América, pudemos observar que esta prática não é recente e nem se restringe ao Brasil. Entretanto, a valorização política do setor saúde neste município facilitou a negociação e a incorporação tanto da proposta como do processo seletivo para os novos postos de trabalho.

Já na arena do controle social, a questão foi menos em relação ao clientelismo que esta instituição sempre combate e mais com relação ao esclarecimento e compreensão do verdadeiro papel do apoiador matricial, o que de fato representou alguma dificuldade.

Alguns conselheiros levaram para a administração “quem que é este cara que está na rede básica não aparece todo dia para trabalhar?” E foram momentos de negociação difícil com diálogos que se faziam lembrar o resgate do projeto, a política de apoio matricial, porque que ele não está lá todo dia. Porque que tem esta atividade. “Quem é este profissional que não bate ponto diariamente na unidade básica? Que é um assistente social, que é um enfermeiro, que é um fonoaudiólogo ou outro profissional da saúde de categorias bastante ampla” Eles achavam “mas vem cá, **não tá lá atendendo? Porque não está atendendo? Qual que é a agenda dele?**” .

Na arena da administração municipal, também houve dificuldades a serem enfrentadas no elucidar o sentido e função do apoio matricial:

Então foi muito interessante, a ponto de chegar reclamações dos vereadores da base do governo ao governo. O Secretario de Coordenação Governamental me chama a atenção: “Escuta, tem uma denuncia aqui que tem um cara que não está trabalhando todo dia na unidade” -não testa trabalhando todo dia na unidade porque na verdade ele cobre duas ou três unidades, dependendo do território e ele tem ações aqui, tem ações ali.

Os desafios atuais, segundo o GM 1 tá mais focado na revisão do processo de trabalho dos profissionais para a adequação ao novo modelo de atenção:

Hoje eu diria que está consolidado. Pelo contrario, são profissionais do apoio matricial que participam das reuniões dos conselhos gestores da Upa, das Ubs. Conseguiram uma interlocução importante com as lideranças da comunidade, com os trabalhadores da saúde. Acabam tendo uma ascensão importante sobre parte da equipe, de vez em quando alguma estranheza porque acabam entrando em situações que tem muita “bola dividida”. Os casos e as situações em que eles se envolvem, são geralmente casos que podem gerar algum desconforto porque exigem dos profissionais se desacomodarem daquela situação de “olhe eu fiz a minha parte, atendi a agenda e acabou” então são eles que provocam uma discussão.

Outra dificuldade aportada pelo gestor 1 foi no delinear as atribuições e papeis destes novos profissionais , como apoiadores, alguns vinham de experiência profissional de NASF em outros municípios, onde o apoio matricial era relativo à sua formação universitária e profissão .

No início, os próprios profissionais contratados para trabalhar no apoio matricial também tinham muita dificuldade de descentrar do seu espaço ou das referências de ações e procedimentos específicos da sua profissão no espaço da atenção básica.

Muito difícil. Muitos deles tinham experiência de ter trabalhado na atenção básica, na estratégia de saúde da família ou em NASF. Ai a referência dele era ser psicólogo da unidade básica, era ser fisioterapeuta da Unidade básica, enfermeiro da unidade básica. Também houve todo um processo de construção deste novo papel. Era novo para todo mundo. Era novo para a gestão, para os gerentes das unidades, que também eram novos, para os trabalhadores daqui do município e para os próprios trabalhadores do apoio matricial. Era novo também para todas as pessoas que ficaram como referência na orientação e facilitação

O papel foi se desenhando também em ato. E como disse, **alguns do apoiadores também tiveram dificuldade de encontrar o seu papel.** Alguns assumiram um papel mais assistencial mais tradicional, no início. Alguns confundiram o seu papel com o da gerencia da unidade básica, até pela fragilidade de alguns gerentes e nós tínhamos uma percepção clara que teríamos que lidar com isto. Teríamos que qualificar este pessoal. Acho que pela regra do jogo que estava estabelecida no provimento do cargo de gerente de Ubs, que é muito complicado e limitante, o que acabou acontecendo foi que do ponto de vista prático, alguns apoiadores tinham mais experiência e mais capacidade de assumir a gestão da Ubs do que o gerente.

A construção do apoio matricial neste município envolveu algo de novo na concepção desta tecnologia leve. A compreensão desta nova missão, hoje sedimentada segundo a fala dos gestores e gerentes, foi feita na certeza de que se abriam novas fronteiras na organização e funcionamento do sistema local de saúde. Segundo as palavras dos gestores esta construção se deu em ato. Como se a responder – como podemos melhorar a nossa relação em benefício do usuário.

Não houve uma discussão da gestão com os trabalhadores, se você pensar gestão enquanto nível central. O que houve foi este conjunto de estratégias sendo articuladas, mais articuladas ou menos articuladas, sendo articuladas no processo, que efetivamente a entrada dos apoiadores. **Não houve uma determinação para que fosse desenvolvida uma discussão com os trabalhadores sobre o que é o apoio matricial. Não, ele se deu em ato.** Mas era novo para todo mundo.

Na fala do GM 1 abaixo, fica mais claro a estratégia usada

Tem uma característica da gestão deste município, dessa experiência que a gente vive, que é sempre um ritmo bastante acelerado, com certa dose de ousadia e construção em ato. Sem dor. Quando nos formulamos o projeto, passamos quatro meses maturando internamente no colegiado de gestão da secretaria. Depois foi para negociação. Quando foi para negociação, foi uma negociação muito rápida no governo. Sabíamos que não poderíamos perder o tempo. Era o momento importante de estabelecer o processo. Desencadeamos o concurso e fomos fazendo o processo de discussão.

Ficou evidente que este elemento analisador foi o mais denso em participação dos entrevistados. Ao opinar sobre potencialidades, dificuldades e estratégias, os gestores apresentaram maior contribuição, enquanto observamos uma menos contribuição dos gerentes de UBS.

Estratégias

No PMS se estabeleceu as arenas onde o apoio matricial deveria ser discutido, definindo o território como base onde se inserem os trabalhadores da atenção básica, os gerentes das unidades e com os trabalhadores da vigilância. A

incorporação institucional pode ser aferida também no PMS com a determinação da implantação do projeto apoiadores e com o programa de fortalecimento da atenção básica. O marco legal determinado a partir da discussão com o legislativo a partir das diversas políticas municipais de saúde, dentre elas a da integralidade.

Foi um projeto concebido coletivamente no colegiado de gestão da Secretaria municipal de saúde. A formulação desta política que se deu “no ato”. Uma vez consolidado o projeto, houve um momento de ampliação da discussão para um colegiado pleno que envolve a totalidade de gerentes e gestores de todos os níveis da secretaria. Um segundo momento foi a negociação com o governo municipal, que foi mais rápido. Todas as políticas foram apresentadas no Conselho Municipal de Saúde. Discutidas e incorporadas as contribuições importantes. A contratação de deu pela Fundação pública. Foram feitos processos seletivos, embora houvesse por parte dos aliados do governo na Câmara Municipal de que eles fariam as indicações, o que gerou um desconforto e discussão, mas não houve interferência no processo seletivo segundo as informações coletadas.

A estratégia de implantação do apoio matricial se deu na construção do território, não sendo uma estratégia solitária ou localizada em um departamento, ou as pessoas teriam dificuldade de compreender e implantar o modelo. O papel dos apoiadores foi sendo construído no ato de implantação do projeto. Era novo para todo mundo. O enfrentamento dos problemas no território foi moldando o projeto no ato de construção. Algumas experiências demonstram isto com mais nitidez como o enfrentamento da mortalidade infantil.

Potencialidades

Algumas potencialidades são com frequência citadas, como: a potencialização da resolutividade da atenção básica, com maior acúmulo e disponibilizar de ferramentas de trabalho; a qualificação do cuidado na rede; a existência de equipe muito boa de vigilância em saúde; apoio do gestor e prefeito.

Desafios

Alguns desafios: contemporizar as reuniões que se faziam necessárias com o trabalho diário específico; romper com o modelo médico centrado pelas ações queixa conduta; o convencimento dos trabalhadores de todos os serviços de que este era o caminho a seguir; houve uma maior resistência dos trabalhadores da

atenção básica, mas as maiores resistências foram dos gerentes das unidades básicas; ainda persiste alguma resistência dos trabalhadores efetivos mais antigos; reclamações de conselheiros, vereadores e secretários de governo questionando agenda, horário, local de trabalho, principalmente no início do processo; desconforto junto aos profissionais que se veem obrigados a refletirem sobre o seu processo de trabalho – “eu fiz a minha parte, atendi a agenda , acabou” eram citações de profissionais mais acomodados no antigo modelo; os profissionais contratados para o apoio matricial tiveram dificuldades de descentrar do seu espaço ou das suas referências de ações e procedimentos específicos da sua profissão no espaço da atenção básica; alguns apoiadores tiveram dificuldade de encontrar seu papel, às vezes assumiram um papel mais assistencial tradicional outras vezes confundiram o seu papel com o da gerencia da unidade.

Concluindo a análise de dados que caracterizam este elemento, a fala de um gerente de UBS deixa evidenciada o seu limite: “A equipe, mais tradicional, já tem um pouco de dificuldade de reconhecer as vantagens deste modelo e de trabalhar com ele”.GE 2

5 CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES

O presente estudo permite concluir que o apoio matricial pode colaborar, no âmbito municipal, para a implantação de estratégias mais adequadas para a construção de um modelo de atenção mais próximo do cidadão e de suas demandas individuais e coletivas¹².

No entender deste pesquisador, o apoio matricial, como concebido neste município, pode ser entendido como uma tecnologia inovadora que se institui de forma transversal, sem vínculo a um departamento específico, mas com uma organização funcional na construção da integração da vigilância em saúde e a atenção básica, bem como de outros serviços disponibilizados na rede de atenção à saúde em seu território de expressão, a partir da necessidade de se garantir a integralidade para usuário. Deve assumir, para além da dimensão assistencial, o caráter de catalizador funcional da rede e de suas linhas de cuidado, bem como de apoio ao planejamento integrado ascendente, de construção dos protocolos clínicos e sanitários e de orientador da agenda de educação permanente para a qualificação do cuidado. Em outros termos, deve operar a inter-relação entre as linhas e as colunas da matriz, entendidas como descrito conceitualmente neste trabalho. Isto facilita a territorialização mais adequada do município e a reformulação do papel dos serviços para a adequada gestão do cuidado.

O apoio matricial pode ser de fato uma tecnologia de qualificação e de ampliação da capacidade resolutiva dos serviços de saúde. Pode garantir uma maior conectividade na construção e vínculo institucional das linhas de cuidados, formalizando a relação entre a rede. Esta conectividade não se dá apenas pela redefinição do papéis dos serviços ou formulação das redes.

Os apoiadores podem romper com a fragmentação das políticas impostas pelas diversas áreas programáticas do ministério da saúde e que se somam a outras políticas determinadas pelas secretarias estaduais. As pessoas não se compõem de fragmentos programáticos, e o apoio matricial quando integra ações e serviços a partir do usuário no território desconstrói esta divisão conferindo a complexidade

intrínseca ao cidadão e aos saberes necessários para a cidadania, abordada por Paulo Freire⁵¹ e Morin²⁷.

A apropriação deste cenário pelos trabalhadores não é automática. O apoio matricial é a tecnologia que pode catalisar esta apropriação.

De fato o apoio matricial pode ser um instrumento de qualificação da gestão, desde a organização da rede de atenção até a coordenação do cuidado no cotidiano, a partir do território entendido como uma parte organizativa do sistema municipal de saúde.

Outra forma de conectividade é a que ocorre durante o processo de planejamento municipal, em que o apoio matricial faz ascender as demandas locais até a gestão central, garantindo no âmbito do município o planejamento ascendente explicitado nas leis orgânicas da saúde e suas regulamentações.

O estudo sugere que a organização administrativa de secretaria municipal de saúde pode ocorrer em departamentos, mas a organização funcional deve ser construída a partir dos territórios.

Os desafios que se colocam para a organização do território²¹ têm como ponto de partida atribuir aos usuários e suas necessidades o papel central desta formulação, como ensina Merhy em **O trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**.

Uma boa estratégia para a formulação e implantação do apoio matricial é “elaborar na construção”, ou como citado neste trabalho – *as atribuições se deram no ato*. Deve ser formulada pela gestão e discutida com o governo municipal, com o conselho municipal e com os gestores e gerentes de todos os serviços de saúde do município. A implementação desta tecnologia necessita um gradativo aprimoramento, principalmente quando do enfrentamento de dificuldades sanitárias de natureza epidemiológica, ambiental ou mesmo social. Este aprimoramento também deve ocorrer a cada momento que se é exigido um projeto singular. Há que se discutir em cada caso a amplitude do “Núcleo” e do “Campo” estudado por Campos⁴², fortalecendo a concepção de que o exercício da prática determina a formulação da política a partir da realidade do território.

O território contempla unidades básicas e demais serviços que são organizados em rede, com linhas de cuidado construídas a partir de portas de entrada que não exclusivamente devem ser da atenção básica.

Recomendamos aos gestores municipais que se dispõem a implantar o apoio matricial, que inicialmente qualifiquem seus trabalhadores protagonistas nesta missão, de forma consistente, com apoio de instituições de ensino. Isto facilita a configuração da visão e missão dos serviços e a compreensão destes trabalhadores da necessidade de organização funcional do sistema.

A implantação desta tecnologia implica em enfrentar dificuldades. Os trabalhadores efetivos tem dificuldade de mudar o processo de trabalho e entre eles, mesmo os gerentes de unidades, que por lei municipal local só podem ser trabalhadores efetivos. Há que se considerar, portanto no âmbito local, o arcabouço regulamentar para formulações e implantações desta e de outras políticas de saúde. Em municípios de menor porte, algumas atividades necessárias ao bom desenvolvimento do apoio matricial de forma a acumular os ganhos de organização e planejamento podem estar sob a gestão de outro município ou sob a gestão estadual de serviços regionais. Pode dificultar à implantação desta proposta a falta de interesse estadual ou de outros gestores municipais na região em participar de uma construção como esta, embora consideremos que possa ser uma das mais importantes tecnologias de organização e planejamento integrado da região.

Estes apoiadores podem romper com a fragmentação das políticas impostas pelas diversas áreas programáticas do ministério da saúde e que se somam a outras políticas determinadas pelas secretarias estaduais

A mudança da rotina de trabalho dificulta a implantação de novas políticas e necessitam ser consideradas em sua implementação. Justifica-se, portanto uma educação permanente institucionalizada para equacionar os novos processos de trabalho necessários.

O que deve determinar o modelo de apoio matricial em um município é o seu território, com suas dimensões sanitárias e políticas. A gestão por um colegiado pode facilitar a implantação do apoio matricial, quando minimiza as dificuldades de compreensão dos desafios e maximiza a sua capacidade dos enfrentamentos necessários, conferindo a gestão uma dimensão menos pessoal e mais profissional.

Fica evidente que a gestão dos municípios necessita uma valorização política local frente aos demais setores da administração municipal e do poder legislativo na implantação de novas políticas de saúde. Neste caso, estas dificuldades políticas junto ao legislativo e a outros setores da administração municipal, embora superadas, demonstram que não podem ser desconsideradas.

Entretanto há a necessidade de se avaliar os resultados de projetos implantados, a exemplo do apoio matricial. De fato, a prática da gestão municipal de saúde parece ter ainda dificuldade para viabilizar estas avaliações. Fica evidente a necessidade de se considerar uma maior participação das instituições acadêmicas não envolvidas localmente para a garantia de uma maior isenção com as políticas e projetos.

O município não deve fazer a opção de instituir o apoio matricial específico para a vigilância em saúde como uma tecnologia ou instrumento específico da área de vigilância. A área de vigilância e suas singularidades estão contidas na formulação dos projetos de intervenção a partir território. Há necessidade de um processo de descentralização de atribuições de vigilância em saúde para a atenção básica, trabalhada como revisão do processo de trabalho feita pelos apoiadores. É no território que se insere a vigilância com seus técnicos para o desenvolvimento do apoio matricial.

Este pesquisador considera que o apoio matricial da vigilância em saúde deve ser inserido em um contexto maior municipal, para além da atenção básica. Este trabalho sugere que parece ser uma estratégia mais acertada na garantia da integralidade entendida nos dois sentidos apontados nesta dissertação, quais sejam, a que incorpora os saberes para o desenvolvimento das ações e a que garante a continuidade da assistência em linhas de cuidado da Rede de Atenção à Saúde. Pondera que a formulação de uma política pública para o desenvolvimento da integralidade da vigilância em saúde na atenção básica que eventualmente tenha uma amplitude nacional, não pode desconsiderar a necessidade de que seja formulada em um contexto que a parta da organização territorial e das necessidades dos usuários.

Há a necessidade de se rever a portaria 3252/09 possibilitando uma reorganização do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde com vistas a garantir o apoio matricial como tecnologia para a integração dos serviços de atenção e a integralidade de suas ações no âmbito local. Lembrando que a integração não se faz apenas com os serviços de vigilância, é evidente a necessidade de que este novo regulamento tenha a amplitude de incorporar o princípio da integração também com os serviços de assistência, como a boa experiência do município estudado demonstrou.

Por fim, sugerimos às instâncias gestoras do SUS um aprofundamento na discussão sobre a inserção e o papel dos NASF regulamentados pela CIT e financiados pelo Ministério da Saúde. A flexibilização destes modelos poderiam contribuir para o desenvolvimento de experiências exitosas, como o exemplo deste município estudado.

Esta experiência sugere que é evidente a necessidade de se ampliar as estratégias atuais de apoio matricial, como garantia de efetivação dos princípios do SUS.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1 Teixeira CF, Paim JS, Vilasbôas AL. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. Informe epidemiológico do SUS. 1998 Abr/Jun; VII(2).
- 2 Morosini MVGC, Corbo AD. Modelo de atenção e a saúde da família. Escola Politécnica Joaquim Venâncio, Fiocruz, Ministério da Saúde, Rio de Janeiro, 2007.
- 3 Luz TM. Duas questões permanentes em um século de políticas de saúde no Brasil republicano. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2000; 5(2):293-312.
- 4 BRASIL. Portaria MS/GM 1007, de 4 de maio de 2010. [acesso em 2012 Ago]. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/103937-1007>.
- 5 Flores VB, Benvegnú LA. Perfil de utilização de medicamentos em idosos da zona urbana de Santa Rosa, Rio Grande do Sul. *Cad. Saúde Pública*. 2008 Jun; 24(6):1439-46. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n6/24.pdf>.
- 6 Zequim MA, Siqueira de Carvalho M. Doenças infecto-contagiosas relacionadas às carências habitacionais na cidade de Londrina, Paraná Brasil. *Revista Eletrônica de Geografia y Ciências Sociales, Universidad de Barcelona*. 2003.
- 7 BRASIL. Portaria MS 2488/2011. Política Nacional de Atenção Básica. [acesso em 2012 Ago]. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/110154-2488.html>.
- 8 BRASIL. Vigitel 2011, vigilância de fatores de risco e proteção para as doenças crônicas por inquérito telefônico. [acesso em 2012 Ago]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/vigitel_2010_preliminar_web.pdf.
- 9 Barreto ML, Teixeira MG. Dengue no Brasil: situação epidemiológica e contribuições para uma agenda de pesquisa. *Estud*. 2008 Dec; 22(64). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-40142008000300005>.
- 10 Waiselfisz JJ. Mapa da Violência 2012. Caderno complementar 2: acidente de trânsito. São Paulo, Instituto Sangari. 2012. Disponível em: <http://www.mapadaviolencia.org.br>.
- 11 Bertussi DC. O apoio matricial rizomático e a produção de coletivos na gestão municipal em saúde. Tese de Doutorado, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: http://www.ims.uerj.br/ccaps/wp-content/uploads/2012/07/Bertussi_Tese.pdf
- 12 Laurell AC. La salud-enfermedad como proceso social. *Revista Latinoamericana de Salud*. 1982; 2:7-25. Trad. E. D. Nunes.Surge.

- 13 Rosa AS, Cavicchioli MGS, Brêtas ACP. O processo saúde-doença-cuidado e a população em situação de rua. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2005 Jul/Ago;13(4).
- 14 Malta DC, Merhy EE. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. *Interface*. 2010 Jul/Set; 14(34). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832010005000010>.
- 15 Mattos RA. Integralidade e a formulação de políticas específicas de saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2003.
- 16 Massuda A. Práticas de Saúde Coletiva na Atenção Primária em Saúde. In: Campos, GWS, Guerrero, AVP, organizadores. *Manual de Práticas de Atenção Básica*. São Paulo: Hucitec; 2008.
- 17 Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde *Cad. Saúde Pública*. 2007 Fev; 23(2):399-407.
- 18 Brasil. 30ª reunião da Comissão Intergestores Tripartite. [acesso em 2012 Dez]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/decisoes_cit_agosto_2007.pdf.
- 19 BRASIL. Portaria MS/GM 154 de 28 de janeiro de 2008. [acesso em 2012 Ago]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria154_04_03_08_re.pdf.
- 20 Hartz ZMA, Contandriopoulos A-P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros” *Cad. Saúde Pública*. 2004; 20 Sup 2:S331-S336.
- 21 O’Dwyer G, Tavares MFL, De Seta MH. O desafio de operacionalizar as ações de vigilância sanitária no âmbito da promoção da saúde e no *locus* saúde da família. *Interface*. 2007 Set/Dez; 11(23). [acesso em 2012 Mar]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832007000300006>.
- 22 Azevedo AC, Gramacho D, Manzano E, Manzano HL, Tauil MC, Tauil PL. [Integração dos serviços de saúde a nível periférico: experiência da comunidade da Amazônia](#). *Revista de Saúde Pública*. 1973; 7:289-403 [Periódico revisado por pares] Brasil.
- 23 SISSON MC et al. Estratégia de Saúde da Família em Florianópolis: integração, coordenação e posição na rede assistencial. *Saúde soc.* [online]. 2011; 20(4):991-1004. [citado 2012-12-18]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000400016>.
- 24 BRASIL. Lei complementar 141, de 13 de janeiro de 2012. [acesso em 2012 Mar]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm.

- 25 Scherer DMA, Pires D, Schwartz Y. Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. Rev Saúde Pública 2009;43(4):721-25.
- 26 Faria H, Werneck M, Santos MA. Processo de trabalho em saúde. 2^a ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed; 2009.
- 27 Morin E. Ciência com Consciência. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 1982.
- 28 Nardi A C, et al. Análise da Política Nacional de Promoção da Saúde. Conasems 2012. [acesso em 2012 Ago]. Disponível em: <http://www.conasems.org.br/site/index.php/area-de-arquivos/finish/8/5596>.
- 29 BRASIL. Portaria MS 3252, de 22 de dezembro de 2009. [acesso em 2012 Mar]. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/102068-3252>.
- 30 De Oliveira GN. Devir apoiador: uma cartografia da função apoio. Tese de doutorado. Universidade Estadual de Campinas, Campinas; 2011. [acesso em 2012 Dez]. Disponível em: <http://sistemas.fesfsus.ba.gov.br/BiblioFesf/gustavonunesoliveiradoutoradoversaofinalfinal.pdf>.
- 31 BRASIL. Decreto presidencial 7508, de 28 de junho de 2011. [acesso em 2012 Mar]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/decreto.pdf>.
- 32 Giovanella L, et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2009; 14(3):783-94.
- 33 Silva GAP, Silva LMV. Vigilância em saúde: proposta de ferramenta para avaliar arranjos tecnológicos em sistemas locais de saúde – revisão. Cad. Saúde Pública. 2008 Nov; 24(11). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001100002>.
- 34 Cunha GT, Campos GWS. Apoio matricial e atenção primária em saúde. Saúde e Sociedade. 2011 Out/Dez; 20(4). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000400013>.
- 35 Toscani PB. O apoio matricial como processo de cuidado na saúde mental. [acesso em 2012 Jun]. Disponível em: <http://www.abennacional.org.br/2SITE/Arquivos/N.064.pdf>.
- 36 Piovesan A, Temporini ER. Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. Revista de Saúde Pública. 1995 Ago; 29(4). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101995000400010>.
- 37 Minayo MCS, Assis SG, Souza ER, organizadoras. Avaliação por Triangulação de Métodos: Abordagem de Programas Sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005.

- 38 Minayo MCS. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2012; 17(3):621. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n3/en_v17n3a07.pdf.
- 39 BRASIL. Lei 12.466, de 24 de agosto de 2011. [acesso em 2012 Ago]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12466.htm.
- 40 Rocha D, Deusdará B. Análise de conteúdo e análise de discurso: aproximações e afastamentos na (re)construção de uma trajetória. *Revista ALEA*. 2005 Jul/Dez; 7(2):305-22.
- 41 Fleury S, Ouverney AM. Política de Saúde: uma política social. In: Giovanella L, et al. Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2008.
- 42 Campos GWS. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2000; 5(2). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232000000200002>.
- 43 BRASIL. Portaria MS/GM 1996, de 20 de agosto de 2007. [acesso em 2012 Ago]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf.
- 44 Silva JM, Caldeira AP. Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família e a qualificação profissional Trab. educ. saúde [online]. 2011 Mar/Jun; 9(1).
- 45 A atenção básica que queremos. CONASEMS. 2010. [acesso em 2012 Mar]. Disponível em: <http://www.conasems.org.br/site/index.php/area-de-arquivos/finish/5/243>.
- 46 Campos GWS. Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010 Ago; 15(5). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500009>.
- 47 Dimenstein M, Severo AK, Brito M, Pimenta AL, Medeiros V, Bezerra E. O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. *Saúde Soc*. 2009 Jan/Mar; 18(1). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902009000100007>.
- 48 Pinto AGA, Jorge MSB, Vasconcelos MGF, Sampaio JJC, Lima GP, Bastos VC, Sampaio HAC. Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: olhares múltiplos e dispositivos para resolubilidade. *Ciênc. saúde coletiva*. 2012 Mar; 17(3). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000300011>.

- 49 Mielke FB, Olchowsky A. Saúde mental na Estratégia Saúde da Família: a avaliação de apoio matricial. Rev. bras. enferm. 2010 Nov/Dez; 63(6). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000600005>.
- 50 Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade de atenção básica e do Núcleo de Apoio de Saúde da Família Santa Catarina. Núcleo Telessaúde SC. Universidade Federal de Santa Catarina, 2012. Disponível em: <http://www.youblisher.com/p/419558-Caderno-NASF-Color/>.
- 51 <http://www.webartigos.com/artigos/resenha-do-livro-educacao-e-mudanca-paulo-freire/53083/>
- 52 PMS. Plano Municipal de Saúde 2010-2013, aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde em 8 de dezembro de 2009 e editado pela Secretaria Municipal de Saúde. [acesso em 2012 30 Nov]. Disponível em: <http://www.saude.saobernardo.sp.gov.br/sspmsbc1/images/stories/CMS/PMSB2009-2013.pdf>.
- 53 Reconfiguração dos núcleos territoriais da secretaria municipal. Secretaria Municipal de Saúde de São Bernardo do Campo/SP, 2012. mimeo.
- 54 Souza MF. Saúde da Família e os Conceitos Necessários. In: Programa de Saúde da Família no Brasil. Análise da desigualdade no acesso à atenção básica. Brasília: Editora do Departamento de Ciências da Informação e Documentação da Universidade de Brasília; 2007. v.1.
- 55 Rosenfeld S, Lattes. 1974914389492888.
- 56 FERREIRA VSC, ANDRADE CS, FRANCO TB, MERHY EE. **Processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a reestruturação produtiva.** Cad. Saúde Pública [online]. 2009; 25(4):898-906.
- 57 BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, artigos 196 a 200, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm.
- 58 59
- 60 ARONA EC. **Implantação do matriciamento nos serviços de saúde de Capivari.** Saude soc. [online]. 2009; 18, suppl.1:26-36.
- 61 JUNQUEIRA LAP. Descentralización, intersectorialidad y red en la gestión de la ciudad. Reforma y Democracia. CLAD, 1998 Out; 2:89-108.
- 62 BRASIL. Portaria 4279, de 30 de dezembro de 2010, conceitua e regulamenta a RAS. http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/atencao-basica/Portaria_4279_30dez2010.pdf.
- 63 Westphal MF. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: Campos et al. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006.

- 64 Pinheiro R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2001.
- 65 Guizard FL, Pinheiro R. Quando a dívida se transforma em saúde: algumas questões sobre a integralidade e o cuidado nas relações entre sociedade e estado. In: Pinheiro e Mattos. Cuidado, as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2006.
- 66 Costa EA. Comunicação em vigilância sanitária: princípios e diretrizes para uma política. Salvador: EDUFBA; 2007.
- 67 Lucchese G, <http://lattes.cnpq.br/6214436058486832>
- 68 Souza AMAF, <http://lattes.cnpq.br/3248057316940673>
- 69 SILVA-JUNIOR, J. B., <http://lattes.cnpq.br/3248057316940673>
- 70 Campos, GWS, <http://www.gastaowagner.com.br/>
- 71 De Seta M H, <http://dgp.cnpq.br/buscaoperacional/detalhepesq.jsp?pesq=6276882401986144>
- 72 Teixeira CFS, <http://lattes.cnpq.br/8945692479798856>
- 73 Paim JS, <http://lattes.cnpq.br/8945692479798856>
- 74 Rossetto CR, Cunha CJCA. Empresas familiares e a percepção de suas coalizões dominantes dos Stakeholders na formulação das estratégias empresariais. In: EGEPE – Encontro de Estudos sobre Empreendedorismo e Gestão de Pequenas Empresas. 3., 2003, Brasília. **Anais...** Brasília: UEM/UEL/UnB, 2003.
- 75 Brasil. Ministério da Saúde. Integralidade da atenção à saúde. Texto adaptado por Maria do Carmo Gomes Kell. <http://www.opas.br/observatório/Arquivos/Destaque69.doc>.
- 76 Nascimento CC. O Apoio Matricial em saúde mental: possibilidades e limites no contexto da reforma psiquiátrica, Dissertação de mestrado, Escola de Enfermagem da USP, 2007.
- 77 BRASIL. Portaria 3.124, de 28 de dezembro de 2012. Regulamenta os NASF. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124_28_12_2012.html.
- 78 BRASIL. Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS): uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

- 79 Barros de Medeiros CM. Desafios dos sistemas de serviços em saúde: integração e redes no setor. Revista TEXTOS de la CiberSociedad. 2008; 16. Monográfico: Internet, sistemas interativos e saúde. Disponível em: <http://www.cibersociedad.net>.
- 80 Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2010; 15(5):2297-305.
- 81 Merhy EE, Onocko R, organizadores. O Agir em Saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 1997.

8 APÊNDICE I

Questionários: as questões estão numeradas em sequência com todos os questionários apresentados nos apêndices II, III, IV e V, para sistematizar em uma matriz que relaciona os elementos analisadores propostos neste trabalho na Tabela III. Para cada gerente e gestor o instrumento de coleta será individualizado e com afirmações relativas à garantia de sigilo por parte do pesquisador, de devolutiva das transcrições para certificação e de devolutiva dos resultados da pesquisa para os serviços envolvidos. Este informe em cada instrumento é apenas mais um reforço ao Termo de Consentimento e Livre Esclarecimento necessariamente assinado antes da entrevista.

Para os gerentes de unidades básicas

1. Você sabe o que é AM? Sim – Não – Não quero responder
2. Há reuniões de equipe na unidade? Sim – Não – Não quero responder
3. Quem participa das reuniões: equipes de saúde da família – gestores – técnicos do Apoio Matricial – Usuários
4. Ocorre reunião para planejamento; não ocorre/ não sei/ocorre só com profissionais da unidade/ ocorre de forma integrada entre a unidade, gestão e AM/ não quero responder
5. Se ocorrer, com que frequência: 1x semana/1x cada 15 dias/ 1x por mês/ 1x por bimestre/1x por semestre/ 1 x ao ano.
6. Como voce avalia o AM em sua unidade: ótimo – bom – regular – ruim – péssimo
7. Como voce avalia a integração entre a VS e a AB em sua unidade: ótimo – bom – regular – ruim – péssimo
8. Espaço para livre comentário por escrito _____

Para o gerente de vigilância em saúde do município

9. Voce sabe o que é AM? Sim – Não – Não quero responder
10. Há equipe de VS para o AM da AB? Sim – Não – Não quero responder
11. Há reuniões de sua equipe para discutir o AM? Sim- Não – Não quero responder

12. Ocorre reunião para planejamento; não ocorre/ não sei/ocorre só com profissionais da unidade/ ocorre de forma integrada entre as equipes de VS, AB, gestão e AM/ não quero responder
13. Se ocorrer, com que frequência: 1x semana/1x cada 15 dias/ 1x por mês/ 1x por bimestre/1x por semestre/ 1 x ao ano.
9. 14. Como você avalia o Apoio Matricial: ótimo – bom – regular – ruim – péssimo

Entrevista Semiestruturada para o gerente de vigilância em saúde:

1. Como a sua equipe desenvolvem o AM: _____
2. Descreva potencialidades e desafios para o desenvolvimento do AM: _____
3. Como voce avalia a integração entre VS e AB: _____
4. Espaço para comentário por escrito _____

Para o gerente de atenção básica

15. Voce sabe o que é AM? Sim- Não – Não quero responder
16. Há reuniões de sua equipe para discutir o AM? Sim- Não – Não quero responder
17. Ocorre reunião para planejamento ; não ocorre/ não sei/ocorre só com profissionais da unidade/ ocorre de forma integrada entre as equipes de VS, AB, gestão e AM/ não quero responder.
18. Se ocorrer, com que frequência: 1x semana/1x cada 15 dias/ 1x por mês/ 1x por bimestre/1 por semestre/ 1 x ao ano.
19. Como voce avalia o AM: ótimo – bom – regular – ruim – péssimo
20. Como voce avalia a integração entre a VS e a AB em sua unidade: ótimo – bom – regular – ruim – péssimo.

Entrevista Semiestruturada para o gerente de atenção básica

5. Como as equipe de AB desenvolvem o AM: _____
6. Descreva potencialidades e desafios para o desenvolvimento do AM: _____
7. Como voce avalia a integração entre VS e AB: _____
8. Espaço para comentário por escrito _____

Para o gestor municipal de saúde.

21. Como voce entende o apoio matricial?

22. Porque a opção pelo AM na organização do sistema municipal de saúde?
23. Qual o papel da gestão no desenvolvimento do apoio matricial?
24. Como o município organiza o apoio matricial?
25. Como se deu a negociação pela gestão com a equipe técnica da gestão da Secretaria Municipal de Saúde de São Bernardo do Campo para a construção do apoio matricial?
26. Como se deu a negociação pela gestão com o conselho municipal de saúde para a construção do apoio matricial?
27. Como se deu a negociação pela gestão com os trabalhadores de saúde para a construção do apoio matricial?
28. Como voce percebe a contribuição do AM para o desenvolvimento da integração entre VS e AB?
29. Há mudanças no processo de planejamento municipal desencadeadas pelo Apoio Matricial?