

Apoio Matricial: a experiência do CRAI no município de Vitória/ES

Matrix Support: the experience of CRAI in the city of Vitória, ES, Brazil

Olga Maria do Nascimento; Rafael da Silveira Gomes; Ana Lucia Coelho Heckert

Universidade Federal do Espírito Santo

RESUMO:

Este artigo apresenta dados da pesquisa que visou analisar os efeitos da implementação do Apoio Matricial (AM) na saúde do idoso efetuada pelo Centro de Referência de Atendimento ao Idoso (CRAI), situado no município de Vitória/ES, objetivando ofertar retaguarda especializada às questões assistenciais e suporte técnico-pedagógico às equipes de referência. As análises realizadas se pautaram no conceito de Apoio Matricial como tecnologia de gestão. A pesquisa abrangeu o momento que antecedeu a implantação do Apoio Matricial e o período de 05 anos após sua implantação. Os resultados do estudo apontam alterações na descrição dos motivos dos encaminhamentos, contendo dados que expressam a ampliação da clínica e o Apoio Matricial como uma ferramenta potente no cuidado ampliado para a saúde do idoso. Conclui-se que há necessidade de ampliação da rede de cuidados para o idoso, em especial para o idoso em risco de fragilização, e intensificação das ações de apoio matricial para as equipes das Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Palavras-chave: saúde do idoso; Apoio Matricial; SUS.

ABSTRACT:

This article presents the research that aimed to analyze the effects of the implementation of Matrix Support in the health of the elderly carried out by the Reference Center of the Elderly Assistance (Centro de Referência de Atendimento ao Idoso – CRAI) for the Basic Health Units (Unidades Básicas de Saúde – UBS), located in the city of Vitória/ES, with the purpose of offering specialized back-up to the assistance issues and pedagogic-technical support to the teams. The analysis were based on the framework of Matrix Support as a management technology. The research period ranged from the moment before the implementation of the Matrix Support to the five-year period after its implementation. The findings of the study show modification in the descriptions of reasons for referrals, containing data which express the expansion of the Matrix Support clinic as a powerful tool for the elderly health care. The study concludes that there is need to expand the health care network for the elderly, especially for the most vulnerable ones, and also, to reinforce the matrix support actions for the Basic Health Units (UBS) teams.

Key-words: Elderly Health; Matrix Support; SUS (Brazilian Public Health System).

DOI: 10.12957/mnemosine.2022.71198

Introdução

A saúde pública no Brasil, a partir da Constituição de 1988, passou a ser direito do cidadão e dever do estado, tendo sido organizada posteriormente como um Sistema Único de Saúde (SUS). Essa conquista se deve a vários fatores históricos determinantes, como a luta dos movimentos sociais e a reforma sanitária. Após a implantação do SUS, a perspectiva era de que a saúde deixasse de ter um caráter contributivo e passasse a ser universal, com uma forma de acesso organizada por níveis de atenção¹. Contudo vários fatores têm dificultado o acesso da população aos serviços de saúde, comprometendo a proposta do SUS em seu caráter de universalidade e integralidade.

Como alternativa para facilitar o acesso da população à saúde, surgiu a ferramenta do Apoio Matricial (AM), proposta de intervenção que propõe alterar a noção tradicional de referência e contrarreferência¹ que vigora no sistema de saúde e, em seu lugar, fomentar o estabelecimento de vínculos entre o usuário e a equipe de referência de modo a facilitar o acesso aos serviços. O que se almeja é não mais fazer uso dos encaminhamentos, e sim a construção de um desenho de projeto terapêutico, que será realizado com a parceria das duas equipes de trabalhadores da saúde. Essas equipes são compostas pelos profissionais de referência da Estratégia de Saúde da Família (ESF), responsáveis pela gestão dos casos atendidos, e pelos profissionais do CRAI envolvidos na discussão dos casos como equipe de AM, que têm como objetivo a construção compartilhada do cuidado e o acompanhamento dos casos junto à Atenção Básica.

O AM se constitui como uma estratégia para transformar a lógica da gestão e atenção na saúde, superando o modelo ainda hegemônico, calcado em um sistema de poder altamente verticalizado, com a tomada de decisões centralizada, que tende a estimular a desresponsabilização entre parte dos trabalhadores da saúde. Essa tecnologia sugere desconstruir a forma de organização dos processos de trabalho centrados em procedimentos, defendendo uma forma de intervenção voltada para produção de saúde (CAMPOS, 1999: 395). Essa forma de intervenção propõe ainda modificações dos níveis hierárquicos nos sistemas de saúde, onde o apoiador matricial integra-se organicamente às várias equipes que necessitem do seu saber especializado. Objetiva também produzir um espaço em que ocorra o intercâmbio sistemático de conhecimentos entre as várias especialidades e profissões, além da retaguarda assistencial para manejo clínico das intervenções realizadas nos territórios de saúde.

O Apoio Matricial propõe um novo modo de produzir saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) e tem como proposta qualificar as ações desenvolvidas pelas equipes na Atenção Básica à Saúde (ABS) da Estratégia Saúde da Família (ESF). No Brasil, surgiu a partir da necessidade de fortalecer a Atenção Básica, pois, com o advento da reforma psiquiátrica, era preciso dar suporte às equipes da ESF para que conseguissem articular o cuidado em saúde mental à Atenção Básica (DIMENSTEIN, 2009), tendo como consequência uma maior resolutividade nas questões de saúde dos usuários do território.

Segundo relato de Cunha e Campos (2011), as primeiras experiências de Apoio Matricial ocorreram no SUS de Campinas-SP, a partir de 1989, por profissionais da rede básica de saúde. Havia dois serviços de saúde mental que funcionavam como ambulatório especializado, isto é, sem vínculo com o território e efetuando encaminhamentos de referência e contrarreferência. A partir de então, resolveu-se realizar a expansão e a descentralização dos dois serviços de saúde mental, que passaram a funcionar com oito equipes multiprofissionais, compostas por psicólogos, psiquiatras, terapeutas ocupacionais, entre outros. O objetivo era de criar uma assistência mais ampliada e integrada, desconstruindo a lógica do encaminhamento de referência e contrarreferência (BEZERRA; DIMENSTEIN, 2008).

A primeira experiência do AM em Vitória/ES surgiu na Saúde Mental, por meio da organização de equipes regionais com o objetivo de ampliar os serviços de atenção oferecidos pela ABS. O AM na Saúde Mental propõe que a Atenção Básica assuma o cuidado integral no acompanhamento do usuário de saúde mental e, quando necessário, deverá acionar os serviços especializados da rede. A partir dessa experiência em Saúde Mental, o AM foi proposto pela SEMUS/PMV para também ser desenvolvido na saúde do idoso, com os objetivos de atender à diretriz da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), criada em 2006, que propõe a ampliação do cuidado integral e integrado da saúde do idoso, e ainda ao Pacto pela Saúde, em 2006, que determinou a responsabilização do município para efetivação da Atenção Especializada de acesso às consultas e exames especializados.

Importante ressaltar que o Apoio Matricial na Saúde do Idoso foi desenvolvido pela equipe de profissionais do Centro de Referência de Atendimento ao Idoso (CRAI), que possui a função de atender o idoso frágil do município de Vitória.² Para desenvolver essa nova forma de intervenção, a equipe do CRAI contou com a colaboração da referência técnica de Saúde do Idoso, da referência técnica de Saúde Mental e dos apoiadores de gestão da SEMUS/PMV. Além desses profissionais, também contribuiu para efetivação do AM na Saúde do Idoso a consultoria da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP)³, que na ocasião prestava consultoria para a Secretaria Municipal de Saúde de Vitória (SEMUS).

A metodologia do Apoio Matricial foi implantada pelo CRAI no final do ano de 2008 e, desde então, a ação de Apoio Matricial passou a fazer parte do cotidiano das práticas que são desenvolvidas no CRAI.

Neste artigo apresentamos parte dos dados da pesquisa realizada para elaboração da dissertação de mestrado acerca dos efeitos da implementação do Apoio Matricial na saúde do idoso no município de Vitória/ES efetuada pelo Centro de Referência de Atendimento ao Idoso (CRAI). A proposta do estudo surgiu a partir da atuação de uma das autoras como profissional do CRAI, no qual desenvolve a função de Assistente Social e Apoiadora Matricial junto ao corpo técnico da equipe interdisciplinar desse serviço. A pesquisa teve como objetivo analisar os efeitos do Apoio Matricial na Atenção Básica, no município de Vitória/ES, nos pautando pela seguinte indagação: como a ferramenta do Apoio Matricial pode contribuir para potencializar a rede de atenção à saúde na relação entre o CRAI e a ABS no cuidado dos idosos? Buscou-se também analisar se a metodologia do Apoio Matricial ampliou o acesso do idoso frágil a esse serviço.

Metodologia da pesquisa e análise dos dados

Para a elaboração deste estudo foi utilizada a pesquisa descritiva e documental, com abordagens quantitativas e qualitativas, por acreditar que essa metodologia nos oferece subsídios para compreender os efeitos do AM em saúde do idoso no município de Vitória. A perspectiva de análise apontada por Deslandes e Assis (2008: 195) ressalta que a contribuição da conexão entre as duas abordagens não objetiva opor macro a micro, mas sim ressaltar que o qualitativo e quantitativo são modos de expressão de singularidades engendradas no processo saúde e doença.

A pesquisa foi tecida no CRAI, que se caracteriza como um serviço especializado em geriatria e gerontologia e compõe a rede de atenção à saúde do município de Vitória, tendo como objetivo atender os idosos com idade acima de 60 anos encaminhados pelas UBS do município. Atende aos idosos com comprometimento da capacidade funcional e dependência para as atividades de vida diária, tais como: alimentação, higiene, vestuário, locomoção e outros.

O critério de escolha para realizar o estudo foi analisar dados referentes às primeiras cinco UBS que implantaram o AM (UBS Jardim da Penha, UBS Maruípe, UBS Santo Antônio, UBS Fonte Grande, UBS Jesus de Nazareth). Essas 05 UBS foram escolhidas pela Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) para iniciar o AM devido ao fato de concentrarem, na ocasião, o maior número de idosos de sua região de saúde e também por todas possuírem o Programa de Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Foi realizado um estudo, baseado em uma pesquisa documental, a partir de levantamento dos encaminhamentos dessas UBS que iniciaram o Apoio Matricial na Saúde do Idoso, com objetivo de verificar os motivos da demanda do encaminhamento para que o idoso fosse inserido no CRAI. Visou também compreender como o CRAI, através do AM, contribuiu para qualificar essa demanda.

Para isso, levantamos dados relativos a dois períodos: I) de outubro de 2007 a dezembro de 2008, período de 14 meses que antecedeu o início do Apoio Matricial; II) de janeiro a dezembro de 2013, após 05 anos de implantação do Apoio Matricial.

Segundo Vergara (2013: 43), a pesquisa documental é o tipo de estudo baseado em registros e documentos, arquivos, em órgãos públicos e privados de qualquer natureza. Para a realização do levantamento dos dados estudados recorreu-se à elaboração de um instrumento de pesquisa que norteou as questões do estudo. Esse instrumento contou com informações referentes aos seguintes dados: origem dos encaminhamentos; faixa etária do idoso; gênero; e, por último, motivo que levou o idoso a ser encaminhado ao CRAI, sendo neste item indagado se o encaminhamento estava em acordo com o protocolo de acesso ao CRAI/2012. Ainda vigente, este protocolo possui como objetivo identificar o idoso frágil com a capacidade funcional comprometida, e foi elaborado de acordo com a Política Nacional de Saúde do idoso, regulada pela Portaria nº 2.528/2006.

O recorte para o estudo da amostra ocorreu em 113 encaminhamentos referentes ao número de demanda dos idosos de cada período, sendo que no período de 2007 a 2008 foram analisados 48 encaminhamentos, e no período de 2013 (cinco anos após a implementação do AM) foram analisados 65 encaminhamentos.

Foi realizada também uma entrevista em grupo com os profissionais da equipe básica do CRAI, composta por médicos geriatras, enfermeira e assistentes sociais. Esses profissionais foram escolhidos na equipe por serem os responsáveis por realizar uma primeira avaliação do estado de saúde do idoso ao chegar ao serviço. Ressalta-se que esta pesquisa foi encaminhada para avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFES, tendo sido aprovada a sua realização nos termos que aqui são relatados.

A Atenção Básica em um contexto histórico e a emergência do CRAI

Starfield (2002) defende que o primeiro contato do usuário com a ABS⁴ deve ser a principal porta de entrada no sistema de saúde para que o usuário possa, por meio da consulta de um médico ou de outro profissional da saúde, ter acesso ao serviço e, se necessário, seja encaminhado para outro serviço da Atenção à Saúde. Em sua obra, a autora ainda aborda a

importância da acessibilidade na ABS, diferenciando o acesso sócio-organizacional do acesso geográfico. O acesso sócio-organizacional se refere às particularidades dos recursos que facilitam ou dificultam o ingresso do usuário no atendimento. Já o acesso geográfico se refere à distância e ao tempo esperado para alcançar os serviços desejados. A proposta é que o usuário possa ter um fácil acesso à organização dos serviços de saúde, com a presença de um profissional para ouvi-lo e orientá-lo quanto ao atendimento necessário, sendo denominado este primeiro acesso “Porta de Entrada”.

A ABS possui a função de ser a porta de acesso para as novas necessidades e problemas de saúde, caracteriza-se como um elo entre os demais níveis do sistema público de saúde. Desenvolve o papel de abordar os problemas mais comuns na comunidade e oferecer serviços de prevenção, tratamento e reabilitação, por meio de um trabalho em equipe para melhorar a saúde da população. Esse nível da atenção é o responsável por formar a base e coordenar o cuidado junto aos outros níveis do sistema. No entanto, é na ABS que surgem os problemas mais comuns e menos definidos, problemas de ordem de complexidade muito diversa. A atenção básica providencia ainda o acompanhamento da saúde dos usuários; seu enfoque vai além dos aspectos biológicos, valorizando os aspectos sociais, ambientais e, no decorrer do acompanhamento, oferece atenção para as condições adversas encontradas. É também a responsável por organizar todos os recursos, tanto da ABS como da Atenção Especializada, considerando que esses recursos devem sempre estar voltados para promoção, manutenção e melhoria da saúde (STARFIELD, 2002).

No Brasil, a história da ABS está relacionada às mudanças que aconteceram a partir da reforma sanitária, efetuada por profissionais da saúde, intelectuais deste campo e movimentos sociais. O debate acontecia em meio a um contexto histórico que favorecia as discussões quanto à ausência de políticas públicas que atendessem o setor saúde. Após a promulgação da constituição de 1988, através da conquista dos movimentos sociais, o cidadão passou a ter a saúde como direito, e não mais atrelado a uma política contributiva. A partir da década de 1970, esse modelo contributivo entrou em crise, caracterizado por profundas desigualdades nas condições de saúde da população e por pouca oferta de serviços de saúde. Seus resultados eram insuficientes, tanto no âmbito financeiro quanto da qualidade na saúde, funcionando com excessiva especialização dos profissionais e serviços, o que ocasionou a perda da dimensão cuidadora e, por consequência, a expansão da saúde como produto de mercado (CORBO; MOROSINI; PONTES, 2007).

Nesse momento histórico, havia uma ampla discussão internacional sobre propostas que visavam modificar os sistemas de saúde. Nesse contexto, o debate sobre a crise do modelo

biomédico, junto à possibilidade de compreender o processo saúde-doença, contribuiu para formulação de novas propostas para organização dos serviços de saúde. O movimento da reforma sanitária, iniciado na década de 1970, foi determinante para o surgimento de iniciativas de práticas de atenção primária à saúde e, como consequência, contribuiu para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição de 1988, na qual a saúde foi declarada como direito do cidadão e dever do estado. Após a criação do SUS, foram aprovadas a Lei Orgânica da Saúde, Lei 8.080/90, e diversas Portarias pelo Ministério da Saúde para efetivação da reforma da saúde no Brasil (CORBO; MOROSINI; PONTES, 2007).

No momento de criação do SUS, muitos eram os desafios. O Brasil não contava com um modelo de atenção à saúde que respondesse às necessidades da população com garantia de cobertura adequada e, além disso, o setor de saúde ainda se encontrava em crise devido ao seu sistema de financiamento. Por outro lado, o Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS), criado em 1991, alcançou resultados positivos com a diminuição da mortalidade infantil e materna. O Programa começou nos estados da região nordeste, tendo por finalidade realizar ações de informação e educação em saúde na área materno-infantil; para essa função eram recrutadas pessoas da própria comunidade. Os resultados dessa experiência levaram o Ministério da Saúde a elaborar a implantação de uma proposta para a atenção básica capaz de ampliar a capacidade resolutiva do PACS e criar condições para sua expansão.

A partir de 1994, o Ministério da Saúde efetivou a proposta de criação do Programa de Saúde da Família (PSF), tendo como princípio a promoção da saúde, a integralidade, a territorialização e a continuidade das ações da saúde. O PSF possui como objetivos fortalecer a Atenção Básica e reverter o enfoque curativo em um modelo preventivo, coletivo, e com territorialização democrática, com características voltadas para um atendimento congruente com os princípios e diretrizes do SUS, centrado no cidadão. Porém somente em 2006 o Brasil aprovou, através da portaria nº 648/GM, a Política Nacional de Atenção Básica com as diretrizes e normas para organização da ABS para o Programa Saúde da Família (PSF). A partir dessa Política, fica evidente o papel da Atenção Básica no âmbito individual e coletivo quanto às suas atribuições no que se refere à promoção, proteção e prevenção de agravos à saúde, sendo responsável pelo diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, a ABS é regulada pelos princípios do SUS, principalmente no que se refere à universalidade, à integralidade e à participação popular. O princípio da universalidade é a garantia dos cidadãos ao acesso às ações e aos serviços de saúde públicos e privados conveniados em todos os níveis do sistema. O princípio da integralidade se refere à garantia do acesso a todos os níveis da atenção dos serviços

preventivos e curativos, no âmbito individual e coletivo, o qual deverá oferecer condições de atendimento de acordo com as necessidades do cidadão. O princípio da participação popular está voltado para a garantia da participação da população por meio das entidades civis que a representam, com objetivo de contribuir para formulação de políticas de controle social (BAPTISTA, 2007).

A Atenção Básica à Saúde se constitui como porta de entrada para os serviços de saúde e é nesse nível da atenção que o usuário será acompanhado de uma forma longitudinal (BRASIL, 2006e). A política da ABS estabeleceu, dentre outras prioridades, a saúde do idoso, sinalizando para a necessidade de orientar a comunidade e a família quanto aos fatores de risco aos quais os idosos podem estar expostos, bem como criar formas de eliminar ou minimizar tais fatores (SILVESTRE; COSTA-NETO, 2003).

Nesse contexto, a organização da ABS introduziu outra forma de intervenção ao priorizar o vínculo com a comunidade, numa perspectiva voltada para a prática no modelo de vigilância em saúde, o qual utiliza, como estratégia de intervenção, a promoção da saúde, a prevenção das enfermidades e de acidentes, e a atenção curativa. Para Mendes (1996, p. 249), a prática sanitária da vigilância em saúde, para ser efetivada, necessita ser vista sob três pilares básicos: o território, os problemas de saúde e a intersetorialidade. É importante ressaltar que a noção de território, nessa perspectiva, vai além do conceito geográfico. A proposta é a concepção de território-processo, passando a instituir-se como território de vida pulsante de conflitos de interesses econômico, político, cultural e sanitário, além de projetos e sonhos. O modelo de vigilância em saúde possui como proposta a reorganização das práticas de saúde no nível local, com características voltadas para intervenção sobre os problemas de saúde da população; inclui o acompanhamento de caráter contínuo, com implantação do conceito de risco e as articulações entre as ações de promoção, prevenção e curativas, que visam desenvolver um trabalho de forma intersetorial junto ao território (PAIM, 2009: 78).

De acordo com Coelho (2010, p. 30), esse modelo de saúde que foi adotado na maioria dos municípios brasileiros a partir da década de 1990 apresentou como pilares a territorialização, a epidemiologia e o planejamento estratégico, a interdisciplinaridade e a participação social para organização das unidades de saúde e das práticas assistenciais. Dessa forma, a ESF está ancorada no paradigma da produção social da saúde e na prática da vigilância em saúde, representando uma concepção de saúde centrada na promoção da qualidade de vida, evidenciando-a como resultado dos modos de organização da produção do trabalho e da sociedade em determinado momento histórico (COELHO, 2010).

A ESF é composta por uma equipe multidisciplinar, tendo como diretriz, para sua efetivação, o vínculo, o acolhimento e o cuidado dentro do contexto de uma atenção humanizada, que implica o fortalecimento de uma rede de compromisso e responsabilidade assumida pelos gestores, profissionais, usuários do sistema de saúde e comunidade em geral, conforme diretriz da Política de Atenção Básica da Saúde.

A Atenção Básica em Vitória

A partir de 1997, a Prefeitura Municipal de Vitória/ES iniciou a implantação do Programa de Saúde da Família e passou a adotar o modelo assistencial voltado para a vigilância em saúde (MADUREIRA; ZANDONADE; MACIEL, 2012: 180). Segundo Teixeira et al (*apud* CORBO; MOROSINI; PONTES, 2007: 90), o modelo de vigilância em saúde prioriza o trabalho em saúde a partir da territorialização, da localização sócio-político-geográfica, e permite também a compreensão dos problemas de saúde considerando as condições de vida e o acesso às ações e serviços de saúde. Com o objetivo de fortalecer a Atenção Básica junto às equipes de Saúde da Família, a rede de saúde de Vitória/ES incluiu profissionais de outras áreas, como assistente social, psicólogo, farmacêutico, fonoaudiólogo, técnico esportivo e médicos ginecologistas. A inclusão desses profissionais se deu por meio da criação de uma equipe ampliada, integrada por um profissional de cada categoria por unidade de saúde, com o objetivo de contribuir na qualificação para a assistência e para o cuidado integral da população em geral. Em 2003 as equipes de saúde bucal passaram também a compor as equipes da ESF (VITÓRIA, 2003).

Muitas ações foram implantadas com objetivo de enfrentar os problemas envolvidos na viabilização da saúde pública no Brasil. O Pacto pela Saúde, no ano de 2006, na dimensão do pacto pela vida em defesa do SUS e de gestão, assinado em 2008 e assumido pela Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Vitória (SEMUS/PMV), foi uma dessas ações com o compromisso de qualificar e ampliar a oferta de serviços, assim como a efetivação das diretrizes na construção do SUS (MADUREIRA; ZANDONADE; MACIEL, 2012). Esse Pacto pela Saúde foi um compromisso assumido entre os gestores do SUS, voltado para prioridades que tivessem efetivo impacto sobre a situação de saúde da população brasileira. Essa ação também foi um marco importante para a saúde do idoso, pois pela primeira vez esta foi admitida como prioritária na saúde pública brasileira. A partir do Pacto pela Saúde, a SEMUS/PMV passou a assumir os serviços de média complexidade, com o intuito de organizar e garantir o acesso dos usuários a exames e consultas especializadas existentes em Vitória.

Em 2006 foi também lançada a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), com diretrizes que visavam à garantia da integralidade no atendimento ao idoso (MADUREIRA, BISSOLI, 2014: 136). A PNSPI, de acordo com a diretriz na qual se refere à atenção integral e integrada à Pessoa Idosa, afirma a necessidade de implantar uma linha de cuidados para o acompanhamento da saúde do idoso, estabelecendo fluxos com o objetivo de facilitar o acesso do idoso em todos os níveis de atenção. Para a efetivação dessa política, faz-se necessário o envolvimento dos profissionais da ABS junto às equipes da ESF, com a finalidade de melhoria da qualidade e aumento da resolutividade na saúde do idoso. Além disso, para viabilizar a atenção à saúde do idoso, essa política propõe a utilização de instrumentos para a avaliação da capacidade funcional e psicossocial, com o objetivo de identificar os idosos frágeis do território.

É importante salientar que o CRAI foi criado em 1995, antes mesmo da implantação da ESF, com o objetivo de oferecer atendimento à população idosa que apresentasse doenças específicas do processo de envelhecimento e tivesse sua capacidade funcional comprometida. Ressalta-se que, no início, o CRAI funcionava como porta de acesso do idoso na rede de saúde do município de Vitória, mas atendia também idosos de outros municípios do estado. Em Vitória, a ESF teve um papel fundamental na reorganização e consolidação dos serviços de saúde, porém foi necessário reestruturar a rede para o atendimento ao idoso. De acordo com a reorganização dos serviços, o CRAI se configurava como um ponto de atenção à saúde do idoso, com a responsabilidade de oferecer serviços, conforme estabeleciam as diretrizes da PNSPI, com o intuito de garantir a integralidade do atendimento ao idoso. Diante disso, foi preciso reorganizar as práticas que o CRAI desenvolvia, principalmente em relação à ABS, de forma a promover a corresponsabilização no cuidado do idoso e estreitar o vínculo com as equipes das UBS. A reestruturação dos serviços do CRAI objetivava também desconstruir a lógica do encaminhamento da referência e contrarreferência, pois isso contribuía para burocratizar e, consequentemente, dificultava o acesso do idoso aos serviços de saúde (MADUREIRA, BISSOLI, 2014: 137).

Nessa reorganização das práticas do CRAI, o arranjo do Apoio Matricial foi a ferramenta utilizada pela rede SEMUS/PMV para qualificar o atendimento do idoso no município, com objetivo de fortalecer a Atenção Básica. Essa ferramenta foi baseada na experiência do Apoio Matricial em Saúde mental da SEMUS/PMV, com organização de equipes regionais que tinham como objetivo ampliar a rede de serviços através da Atenção Básica. Assim, a partir de discussões com a equipe do CRAI, com a área técnica da saúde do idoso e com representantes da SEMUS/PMV, o Apoio Matricial na saúde do idoso foi elaborado

e sua implantação foi realizada no final de 2008, utilizando como referencial teórico as contribuições de Campos (CRUZ; WERNER, 2012: 255).

Os serviços de saúde na rede SEMUS/PMV

O sistema de saúde de Vitória se organiza a partir de bases territoriais e os serviços estão distribuídos sob uma lógica de territorialização com delimitação de áreas de abrangência, conforme previsto no Plano Municipal de Saúde de Vitória do período 2014/2017. Importante ressaltar que a administração do sistema de saúde municipal, há alguns anos, adota o modelo de gestão participativa e compartilhada (CAMPOS, 1998)⁵, por meio de colegiados gestores, de forma a desenvolver um trabalho de cogestão, com a participação dos diretores e dos trabalhadores da rede.

O modelo de atenção à saúde está voltado para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação, e busca não só a integralidade do cuidado como a promoção do envelhecimento ativo. A proposta desse plano está voltada para a ampliação do acesso ao SUS, para a qualidade da atenção à saúde, com enfoque na humanização e no resgate da dimensão do cuidado em saúde na defesa da vida dos cidadãos. Nesse contexto, a Vigilância em Saúde e a Saúde da Família no município de Vitória constituem eixos estruturantes para o desenvolvimento dos serviços de saúde, onde os serviços são desenvolvidos por profissionais de saúde e disponibilizados para a população idosa e todos os demais ciclos de vida.

No ano de 2012, o município contava com 79% de cobertura com unidades que possuem ESF e 100% de cobertura de Atenção Básica. Dessa forma, a rede de saúde contava com 30 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 2 Pronto Atendimento (PA), 4 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), 1 Centro de Regulação, Consultas e Exames de Especialidades (SISREG), 1 Central de Transporte Sanitário, 2 Centros de Referência, 2 Centros Municipais de Especialidades (CME), 1 Laboratório Central, 1 Centro de Vigilância de Saúde Ambiental, 7 polos de academia, 16 Serviços de Orientação ao Exercício (SOE), 01 Serviço de Atenção à Pessoa em Situação de Violência, 1 Unidade de Vigilância Sanitária (VITÓRIA, 2013) - informações extraídas do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES).

A rede de saúde de Vitória se organiza por regiões, sendo distribuída em seis regiões de saúde: Centro, Forte São João, Maruípe, Santo Antônio, Continental e São Pedro. No que se refere à Atenção Básica, ela se encontra atualmente organizada em 30 UBS. Dessas, 23 possuem Estratégia de Saúde da Família (ESF), 4 UBS permanecem sem ESF nem PACS, e há 3 UBS apenas com PACS.

As UBS no município de Vitória são a principal porta de entrada dos idosos, onde são realizados os encaminhamentos para os demais serviços de atenção, como os exames e consultas especializadas. As UBS também ofertam consultas com profissionais da área de saúde, tais como médicos, enfermeiros, dentistas, atendimento do serviço social e psicologia, orientação com educador físico, serviço de farmácia/medicação, vacinação e coleta de exames, além de ofertarem atividades de educação em saúde, visitas domiciliares, procedimentos de enfermagem e vigilância ambiental e epidemiológica. Na rede de Atenção Básica do município existem ainda duas Equipes de Consultório de Rua (CnR), que são responsáveis pelas pessoas que se encontram em situação de rua, abarcando também pessoas idosas.

Em relação à Atenção Especializada, o referido município oferta serviços de Média e Alta complexidade Ambulatorial, que buscam garantir a integralidade do cuidado em saúde. O acesso para o idoso aos exames e consultas especializados é realizado pelas UBS de referência, encaminhadas e agendadas através do Sistema de Regulação (SISREG). O município conta ainda com uma rede de Atenção às Urgências e Emergências, possui como ponto de atenção dois Pronto Atendimentos (PA): o PA da Praia do Sua e o PA de São Pedro, e tais serviços funcionam 24 horas. E ainda conta com 06 serviços do tipo ambulatório especializado, quais sejam: 02 Centros Municipais de Especialidades (CMEs) em diferentes regiões, 02 Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), localizados e vinculados administrativamente aos CMEs, que ofertam atendimento nas áreas de endodontia, periodontia, prótese dentária, entre outras. Os idosos também podem acessar outros serviços da Atenção Especializada quando necessário, tais como: o Centro de Atenção Psicossocial Transtorno (CAPS), o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas (CAPS-AD) e o Centro de Atenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis (CA-DST). Na Atenção Especializada, o CRAI se destaca como um serviço especializado em geriatria e gerontologia, voltado para o idoso frágil acima de 60 anos, que apresenta comprometimento da capacidade funcional.

Contudo, nos últimos anos, vem se acentuando o sucateamento dos serviços municipais de saúde em Vitória, e os equipamentos não contam com um quantitativo de profissionais que atendam às demandas da população. Embora não seja este o foco deste artigo, não podemos deixar de mencionar que a pandemia da Covid-19 ampliou as demandas de atendimento e deixou evidentes as dificuldades de acesso aos serviços de saúde. Evidenciou também as tentativas brutais de desmonte do SUS que nosso país vem vivendo, sobretudo nos últimos cinco anos.

A implantação do CRAI como um serviço para o idoso no município de Vitória

Em 1995 foi criado o Centro de Referência de Atendimento ao Idoso (CRAI), com recursos próprios do município de Vitória, antes mesmo de ser organizada a Atenção Básica no modelo de Estratégia de Saúde da Família. Na sua implantação, o CRAI foi formado por uma equipe multiprofissional, composta por médico geriatra, enfermeiro, assistente social, psicólogo, fisioterapeuta e técnico de enfermagem. Atualmente, outros profissionais passaram a compor a equipe, como terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo e nutricionista.

No primeiro momento, o CRAI tinha como objetivo atender às necessidades da população idosa com 60 anos ou mais, não só do município de Vitória, mas de todo estado. O CRAI também promovia a implementação das políticas para o idoso, assim como atendia às reivindicações dos grupos de idosos da cidade, pois o serviço criado era porta aberta, não precisava de nenhum encaminhamento, bastava o idoso se dirigir ao CRAI que o atendimento era realizado. Posteriormente, o acesso passou a contar com um encaminhamento de qualquer serviço privado ou público. A partir da implantação e reorganização dos serviços com o novo modelo de atenção à saúde que foi criado, o idoso devia ser atendido pela Atenção Básica, considerando que os serviços se organizavam para dar conta da população de seu território. Assim, o idoso era atendido pela equipe da ESF, o que significava que a ABS atenderia todos os idosos do município e encaminharia ao CRAI somente aqueles que apresentassem alguma doença referente ao processo de envelhecimento, mais especificamente doença de Alzheimer, doença de Parkinson e Acidente Vascular Cerebral (AVC).

Nesse contexto, os serviços de saúde do município buscaram organizar uma rede de atenção à saúde do idoso com o objetivo de atender-los/as na sua integralidade, assim como realizar um atendimento preferencial a este público (MADUREIRA; ZANDONADE; MACIEL, 2012). No entanto, a partir de 2008, com a reorganização da rede de saúde, o critério de acesso foi novamente modificado, passando a priorizar o idoso frágil, munícipe de Vitória, que apresentasse alguma limitação da sua capacidade funcional e/ou cognitiva, conforme estabelecido na PNPI. O idoso seria avaliado pela equipe de saúde da ESF de seu território e encaminhado para o acolhimento no CRAI.

Os encaminhamentos para o CRAI passaram a ser regulados pelo sistema de regulação/SISREG somente a partir do ano de 2012⁶. Até então, a própria equipe do CRAI fazia o acolhimento dos encaminhamentos efetuados pelas UBS. Esse acolhimento tinha um caráter de regulação, pois, naquele momento, o idoso, quando não era acolhido pelo CRAI, deveria ser referenciado para algum outro serviço ou para a UBS de origem. No entanto, a equipe não acompanhava esse retorno, ou seja, não sabia de fato se o idoso seria ou não atendido. Após um estudo sobre a capacidade instalada do CRAI, as vagas de acesso passaram a ser reguladas pela

Gerência de Regulação, Controle e Regulação (GRCA), e não mais pela própria equipe. Essa mudança teve como objetivo ampliar o acesso do idoso à rede de atenção.

No decorrer desse processo, a Gerência de Atenção à Saúde (GAS) e a Referência Técnica de Saúde do Idoso de Vitória realizaram reuniões com representantes dos programas de saúde do idoso dos municípios que compõem a Grande Vitória⁷. O objetivo desses encontros era informar sobre as mudanças que estavam sendo implantadas, referentes ao atendimento no CRAI em relação aos idosos de outros municípios. Nessas reuniões ficou acordado que Vitória manteria ainda o atendimento dos idosos de outros municípios que eram acompanhados no CRAI; porém, a partir de 2008, não aceitaria no serviço novos encaminhamentos de idosos de outros municípios, pois a rede de saúde de Vitória se organizava para atender exclusivamente os idosos do seu território (VITÓRIA, 2007).

Estava sendo construída uma rede de atenção ao idoso e era necessário qualificar o atendimento realizado na Atenção Básica, ou seja, ampliar sua eficácia. Nesse processo, a implantação do Apoio Matricial foi a ferramenta utilizada para a melhoria do atendimento ao idoso junto à Atenção Básica. E foi nesse processo que a Rede de Atenção ao Idoso em Vitória/ES começou a ser implantada.

Com o novo modelo proposto para garantir os princípios do SUS e as diretrizes da atenção primária quanto à intersetorialidade, a transversalidade e a promoção da saúde, a SEMUS fez mudanças na sua estrutura organizacional visando à aproximação entre as áreas técnicas, como o apoio técnico do nível central e o território de saúde, assim como a integração entre a Gerência de Atenção à Saúde (GAS), a Gerência de Vigilância em Saúde (GVS), as outras gerências e as UBS, (CRUZ; WERNER, 2012, p. 251). Deve-se ressaltar que a experiência de Vitória/ES foi precursora dessa integração entre a GAS, a GVS, as demais gerências e as UBS.

Essas mudanças resultaram em uma melhor articulação entre os serviços, assim como novas formas de intervenção foram criadas para a reorganização do processo de trabalho dos técnicos da secretaria. Dessa forma apostava-se em uma maior integração entre o território e as áreas técnicas de apoio, com o objetivo de fortalecer os serviços. A rede de saúde se organizava e havia também a criação de colegiados gestores⁸, que tinham como objetivo a discussão dos processos de trabalho nas unidades. Ocorriam também as reuniões de equipe, nas quais era utilizada a *metodologia da roda*, que contava com a participação de apoiadores institucionais. Tal metodologia significava uma forma de apoio à cogestão e tinha como objetivo ampliar a capacidade de gestão dos profissionais, propondo, ainda, a reconstrução do modo de fazer o trabalho, em que se produz aprendendo (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Com o objetivo de fortalecer a Atenção Básica, o Apoio Matricial foi adotado pela SEMUS/GAS como um novo arranjo institucional para oferecer apoio especializado assistencial e técnico-pedagógico às equipes de referência das unidades básicas de saúde. A SEMUS/PMV redefinia sua forma de intervenção quanto ao modelo de atenção e de gestão da política de saúde do município, e o CRAI não estava dissociado desse processo. Diante disso, a referência técnica da saúde do idoso, em consonância com a Política Nacional da Pessoa Idosa, inseriu nas reuniões de equipe do CRAI a discussão sobre a proposta de implantação do Apoio Matricial na saúde da pessoa idosa, junto com a implantação da caderneta de saúde do idoso⁹.

O Apoio Matricial na Saúde

O Apoio Matricial na Secretaria Municipal de Saúde de Vitória/ES surgiu como uma proposta de desenvolver uma nova forma de intervenção para dar suporte à Atenção Básica, principalmente para as equipes da ESF, com o objetivo de fortalecer as ações na Atenção Básica (DIMENSTEIN, 2009). As equipes de referência são os profissionais que compõem a ESF e visam, assim, a uma construção compartilhada do cuidado no acompanhamento dos casos junto à Atenção Básica.

Os profissionais que desenvolvem essa função são chamados de apoiadores, ou seja, profissionais que objetivam compartilhar conhecimentos com a equipe de referência, contribuindo para a ampliação da sua capacidade de resolver problemas. O compartilhamento pode se efetivar através da corresponsabilização pelos casos, o que acontece através das discussões entre os atores envolvidos, comunidade, família e equipes de referência, e também na forma de supervisão e formação (CAMPOS; DOMITTI, 2007). A Proposta do Apoio Matricial (AM) possui como função articular os cuidados através das equipes da Atenção Básica, sendo para isso necessário implantar estratégias de cuidado no território de forma integral, além de baseadas em novos saberes e valores culturais.

Para Campos (1999, p. 395), a proposta do AM é transformar a lógica da gestão e atenção na saúde. Com essa finalidade, ele sugere a criação de novos arranjos que possam produzir outra cultura e outras formas de trabalhar na saúde, diferentes daqueles centrados principalmente no corporativismo e na alienação do trabalhador. Essa proposta está articulada às diretrizes de gestão e de transdisciplinaridade das práticas e dos saberes, possibilitando, portanto, uma superação de aspectos fundamentais do modelo médico hegemônico, conforme analisado por uma série de autores, como Donnangelo, Mendes Gonçalves e Luz (*apud*, CAMPOS, 1999).

Ao explicar o conceito de Apoio Matricial, Campos e Domitti (2007) fizeram um detalhamento deste termo, mostrando que é composto por dois conceitos operadores. O primeiro termo, apoio, representa um modo de trabalhar construído através de uma relação horizontal, mediante a construção de várias linhas de transversalidade. Ou seja, é uma metodologia que objetiva estabelecer uma relação entre referência e especialidade, sem que haja uma verticalização nesta relação; outrossim, almeja fortalecer um processo dialógico que possa dar suporte na Atenção Básica. O termo *apoio* foi retirado do método Paidéia que, segundo Campos e Domitti (2007: 402), requer uma mudança de postura, na qual o apoiador procura construir o trabalho de forma compartilhada com os outros profissionais que trabalham com o mesmo objetivo. Aproveita-se tanto de propostas originárias de seu núcleo de saber, quanto de sua experiência e visão de mundo, e ainda alia demandas trazidas pelos demais profissionais em função de interesses e visão de mundo diferente.

O segundo termo, matricial, sinaliza uma mudança radical de posição do especialista em relação ao profissional que demanda seu apoio, sugerindo que “[...] profissionais de referência e especialistas mantenham uma relação horizontal, e não apenas vertical, como recomenda a tradição do sistema de saúde” (CAMPOS; DOMITTI, 2007: 402). Isso representa uma forma de minimizar a rigidez dos sistemas de saúde, pois o sistema de saúde brasileiro, de maneira geral, é rígido em relação à hierarquização e à regionalização, o que dificulta o acesso do usuário aos serviços. Portanto, o AM possui a função de criar espaços coletivos que possibilitem a troca de diferentes saberes que, por sua vez, devem construir análises, assim como definir linhas de intervenção e distribuição de tarefas entre os vários sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde. Esse modo de gerir e operar o trabalho em saúde resulta num arranjo organizacional de gestão que busca diminuir a fragmentação imposta ao processo de trabalho decorrente da crescente especialização das áreas de conhecimento (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

O Apoio Matricial tem como função construir e proporcionar espaço para a troca de conhecimentos entre trabalhadores da equipe de referência e apoiadores. Permite a construção de vínculo entre equipe de referência e apoiadores, favorecendo a interlocução entre profissionais de ambas as equipes. O AM tem como proposta estimular e facilitar o contato entre os diferentes atores institucionais. Possui, ainda, a função de qualificar e ampliar o acesso do usuário ao serviço, não deixando de cumprir as normas e os protocolos, como ressalta Domitti (2006: 20). Modifica, decerto, o papel das centrais de Regulação, que passam a atuar, sobremaneira, “[...] na urgência, no zelo pelas normas e protocolos acordados e na divulgação do apoio disponível. A decisão sobre o acesso de um caso a um apoio especializado seria, em

última instância, tomada de maneira interativa, entre profissional de referência e apoiador.” Porém, quando o caso não foi discutido na reunião de AM, o regulador à distância teria um papel de acompanhar e avaliar a necessidade de inclusão do caso de imediato e de tomar decisões em situações de urgência. Essa organização do trabalho facilita o acesso do usuário e possibilita a construção de vínculo com a equipe de referência.

Ainda com as contribuições de Domitti (2006), a autora aponta a importância de estabelecer uma agenda de encontros com as equipes de referências e apoiadores. Após combinar os encontros de forma periódica e regular entre equipe de referência e apoiadores, a equipe de referência deve selecionar quais casos ou problemas de saúde serão discutidos pelo apoio com o objetivo de elaborar um projeto terapêutico. Na concepção de Campos e Domitti (2007: 405), “trata-se de uma discussão prospectiva de caso, em que, depois de uma avaliação de risco e de vulnerabilidade compartilhada, são acordados procedimentos a cargo de diversos membros da equipe. Domitti (2006) orienta ainda que, quando houver alguma demanda de urgência para discussão, a equipe de referência pode acionar o apoio de uma forma mais personalizada, por meio eletrônico ou telefone, de maneira a quebrar a lógica da hierarquização burocrática. Nessas situações, deve-se realizar uma avaliação de risco para programar uma agenda possível.

O CRAI, após um percurso para encontrar a melhor forma de execução do AM, adotou-o por meio de encontros programados e por demandas, conforme proposto por Domitti (2006). Essa forma de intervenção do AM contribuiu para maior aproximação com a ABS e, também, para a organização do processo de trabalho do serviço. Para Bezerra e Dimenstein (2008) e para Dimenstein (2009), há um estímulo para uma responsabilização mútua entre os casos acompanhados nos territórios pelas equipes envolvidas. Nesse processo, o Apoio Matricial exerce um papel regulador de fluxos entre as unidades básicas de saúde e os serviços especializados. Possibilita ainda diferenciar os casos que realmente precisam ser atendidos pelo apoio e os que podem ser acompanhados pela ESF.

Ainda para os autores acima referidos, o AM possui potencialidade para criar uma assistência mais integrada, desconstruindo a lógica do encaminhamento, reforçada pela presença fragmentada baseada nos conhecimentos especializados e em especialismos. Essa lógica do encaminhamento torna impessoal o acesso do usuário e desresponsabiliza o profissional que o acompanha. Já o apoio possibilita a quebra da barreira do encaminhamento, proporciona uma discussão de caso através das equipes do AM com as equipes da ABS. Propõe uma prática baseada em um acompanhamento ao longo do tempo, ou seja, de uma maneira longitudinal, semelhante ao preconizado para as equipes de saúde da família (STARFIELD, 2002).

Proporciona também a construção de vínculo junto à ABS. Assim, o apoio possibilita a construção da clínica ampliada, cuja função é a de acompanhar o sujeito a partir de uma escuta qualificada de forma integral.

Ao fazer escolha pela clínica ampliada, é necessário realizar uma avaliação do usuário em seu contexto social como um todo, responsabilizando-se, dessa forma, não somente pelo que a epidemiologia tem definido como necessidades, mas também pelas demandas concretas dos usuários (GOMES, 2006). Importante ressaltar que, no estudo de Mielke e Olchowsky (2010), foi descrito que o usuário nunca deixará de pertencer à equipe de referência, mesmo quando for atendido pelo serviço de Apoio Matricial durante o tempo de tratamento. A responsabilidade principal, mas não única, pela condução do caso continua a ser da equipe de referência; porém deixam de existir encaminhamentos e passa a haver projetos terapêuticos, que serão realizados junto com a ABS, passando a existir um compartilhamento na atenção à saúde. Com isso, o profissional da equipe matricial pode atender o usuário no seu espaço de cuidado e território, tendo conhecimento anterior da situação durante os momentos de diálogo com a equipe de referência, o que resulta em um direcionamento do atendimento.

Ainda de acordo com Cunha e Campos (2011), o Apoio Matricial possui a função de oferecer uma lista de atividades, tais como: atendimento conjunto entre profissionais de serviços diferentes, contribuição para elaboração de projetos terapêuticos, discussões de temas predominantes, análise de estratégias para lidar com demanda reprimida, análise de encaminhamentos, assim como disponibilidade para contato telefônico visando a discutir urgências ou continuidade dos casos em acompanhamento. Destaca-se, também, a importância de eleger um profissional responsável pela coordenação do caso dentro da equipe que acompanha, com o objetivo de ampliar as possibilidades de construção de vínculo entre profissionais e usuários. O responsável pela coordenação e condução do caso terá o papel de acompanhar a saúde do usuário ao longo do tempo, de maneira longitudinal, de modo semelhante ao preconizado para as equipes da ESF.

Segundo Oliveira (2011), o Apoio Matricial introduz no processo de trabalho novas possibilidades de troca de saberes entre os profissionais de saúde em diversos níveis de atenção, o que implica uma maior articulação e qualificação quanto à possibilidade de resolução dos problemas de saúde de toda a rede de serviços. O Apoio Matricial caracteriza-se como instrumento de gestão do cuidado, destinado a alterar a intervenção em sujeitos e coletivos. Dessa forma, estimula a produção de espaços que promovam, nas UBSs, discussões e práticas clínicas que trazem novos sentidos para a intervenção em saúde, assim como produz um novo modo de cuidar, rompendo com a lógica dos encaminhamentos indiscriminados para as

especialidades, conforme citado por Ballarin, Blanes e Ferigato (2012) e Minozo e Costa (2013).

O AM possibilita ainda, aos profissionais da Atenção Básica, atuarem como catalizadores do processo terapêutico, bem como do acesso aos serviços de saúde e da resolubilidade dos casos atendidos. O termo acessibilidade, aqui referido, está ligado essencialmente à oferta de serviços e seu impacto de utilização da população, ao atendimento das necessidades dos usuários dos serviços de saúde e à garantia da assistência, conforme descreve Quinderé (2013).

Cabe ressaltar que somente mais de dez anos após a implantação do Apoio Matricial na Saúde Mental é que o Ministério da Saúde (MS) resolveu, no ano de 2003, adotar a ferramenta do Apoio Matricial como um dispositivo da nova tecnologia de trabalho da Política Nacional de Humanização (PNH). O Humaniza-SUS e a Atenção básica/Saúde da Família incorporaram o Apoio Matricial como uma das tecnologias de humanização da gestão de saúde, segundo o relato de Campos (1998). O MS passou a recomendar que a tecnologia do AM se tornasse uma ferramenta de apoio para o fortalecimento das ações desenvolvidas pelas equipes da ESF.

A experimentação do Apoio Matricial na saúde do idoso e sua inserção no município

Após um período de experimentação da implementação do AM, nasceu o interesse em realizar um estudo sobre a sua contribuição na saúde do idoso do município de Vitória, tendo em vista o trabalho de apoiadora matricial realizado por uma das autoras deste artigo desde a sua implantação.

Em julho de 2007, foram iniciadas as primeiras articulações para a implantação do Apoio Matricial (AM) na saúde do idoso. O CRAI, desde a sua criação, sempre teve como objetivo o apoio à Atenção Básica, porém não a realizava. O que acontecia eram algumas intervenções pontuais, como visita a UBS e oficina sobre o envelhecimento, de forma não sistematizada. O tema Apoio Matricial passou a fazer parte das reuniões de equipe que aconteciam semanalmente no CRAI, com diversas etapas de discussões, oficinas, estudos teórico-conceituais sobre esta ferramenta, que contaram com a participação da coordenação de Saúde Mental. Essas reuniões provocaram constantes questionamentos, pois a equipe do CRAI desconhecia o que era Apoio Matricial e, inclusive, solicitava processos de formação para desenvolver essa nova metodologia, uma vez que significaria outra lógica no processo de trabalho (VITÓRIA, 2009b).

A proposta dessa metodologia de trabalho implicava um novo arranjo institucional, significava a adoção de outro método para gestão do trabalho em saúde, e sua implementação

gerou tensionamentos entre a direção e a equipe do CRAI, pois os profissionais desconheciam essa metodologia. Havia a necessidade de rever a forma de atuação do CRAI na rede, em especial a forma de se relacionar com a Atenção Básica. Era preciso seja fortalecer seja estabelecer vínculos com as equipes da AB e, principalmente, em relação à corresponsabilização no cuidado de saúde com o idoso, considerando que a forma de encaminhamento que ocorria anteriormente não garantia uma a efetivação do cuidado integral (MADUREIRA; BISSOLI, 2014: 137).

Assim, para a implantação do AM, era preciso estruturar a rede de atendimento ao idoso. A Referência Técnica da Saúde do Idoso veio participar com maior frequência das reuniões de grupo de estudo junto à equipe do CRAI, levantando questões que contribuíssem para mediar as discussões e disponibilizando material de estudo fornecido pelo consultor da UNICAMP, para que a equipe estudasse e adquirisse melhor compreensão das diretrizes e formulações conceituais do Apoio Matricial. Passou-se então a discutir qual seria a metodologia mais apropriada para realizar a implantação do AM na saúde do idoso.

O referencial metodológico adotado foi o mesmo da Política Nacional de Humanização (PNH) e utilizado pelo AM em saúde mental, no qual a Atenção Básica é responsável pelo cuidado integral do usuário e busca o apoio de outros serviços especializados, quando necessário (MADUREIRA, BISSOLI, 2014: 137). Como resultado desse movimento de quase um ano de construção coletiva sobre o AM, e com a participação dos apoiadores institucionais nas reuniões de equipe, surgiu a elaboração da proposta realizada pela equipe do CRAI sobre a implantação do AM na saúde do idoso.

A proposta foi desenvolvida com um formato em que os profissionais do CRAI, além de realizarem atendimento ambulatorial no serviço, também desenvolveriam a função de apoiadores matriciais, com a finalidade de fortalecer as ações da Atenção Básica. Esse desenho ocorreu de maneira diferente do Apoio Matricial em saúde mental, que, na sua implantação, funcionava através de uma equipe específica composta por profissionais de psiquiatria e psicologia, somente para realização do Apoio Matricial, desvinculada do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)¹⁰. A proposta do AM em saúde do idoso se deu também nas discussões do grupo de apoiadores institucionais da SEMUS, sendo designados apoiadores para acompanhar o CRAI neste processo de implantação.

O critério de escolha para iniciar o AM teve por base as regiões com maior concentração de idosos no município, considerando também o número significativo de idosos cadastrados nas Unidades de Saúde e a cobertura de 100% da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Em outubro de 2008, o AM do idoso começou a funcionar, inicialmente em duas unidades de saúde,

uma no território de Jardim da Penha (Região Continental) e outra no território de Maruípe (Região de Maruípe) e, logo em seguida, foi ampliado para mais três unidades de outras regiões: US Santo Antônio (Região de Santo Antônio); US Fonte Grande (Região do Centro); US Jesus de Nazareth (Região do Forte São João).

Ficou também definido que as equipes se dividiriam em trios e, posteriormente, em duplas para atuarem como AM nos territórios previamente definidos por regiões de saúde. Esses trios seriam formados por um profissional da área da reabilitação, um da biomédica e outro da área psicossocial, entendendo que esse formato possibilitaria ampliar suas ações. Foi pactuado que a intervenção do apoio matricial seria focada nos idosos frágeis, sendo que, após a escolha desses idosos do território, as UBS fariam a identificação dos idosos independentes, em risco de fragilização e frágeis. Nos casos em que a UBS não tivesse realizado esse levantamento, os apoiadores do CRAI apresentaram sugestão de um instrumento de avaliação, que poderia ser discutido e modificado conforme as necessidades das equipes. Como resultado desse instrumento, ter-se-ia um diagnóstico dos idosos do território, o que seria fundamental para o planejamento das ações, o desenvolvimento do projeto terapêutico singular (PTS) e a definição dos casos a serem discutidos nos encontros de AM.

A equipe do CRAI definiu também que, após cada reunião/encontro de apoio matricial com as equipes de referência, os profissionais do CRAI realizariam reuniões internas com o intuito de avaliar o processo de acompanhamento das unidades. Acreditava-se que a implantação do AM nessas unidades possibilitaria desenvolver ações conjuntas entre as equipes das unidades e a equipe do CRAI, as quais seriam continuamente avaliadas em relação aos fatores dificultadores e facilitadores do processo de implantação dessa ferramenta. As reuniões de grupo de estudo no CRAI tinham como objetivo a organização do processo de trabalho, a discussão de casos e a realização de estudos teóricos, configurando-se ainda como um espaço de educação permanente, assim como propiciavam mais confiança nas ações que a equipe desenvolvia como apoiadora matricial.

Por último, além de fortalecer as ações da equipe de apoiadores do CRAI, os encontros permitiriam também repensar todo o processo de matriciamento, bem como efetuar as alterações necessárias para a ampliação do projeto a outras unidades de saúde pertencentes às demais regiões do município de Vitória. Dessa forma, foi deliberada a realização de uma avaliação das ações de Apoio Matricial em Saúde do Idoso, atendendo à metodologia construída e já pactuada.

Avaliação do Apoio Matricial: um recorte necessário

Em 2009 foi disparado o processo de avaliação da implementação do AM nas UBS, iniciando nas cinco unidades em que este trabalho já estava em andamento. Essa primeira proposta de avaliação emergiu na UP¹¹ do idoso e foi conduzida pela área técnica de Saúde do Idoso. Naquele momento, a UP do idoso e a SEMAS entendiam que era necessário acompanhar e compreender como as UBS estavam lidando com a implantação do AM, a fim de dar continuidade à sua expansão para as demais UBS.

A metodologia usada abarcou oficinas avaliativas, contando ainda com um roteiro de entrevista com perguntas abertas a serem respondidas pela equipe da UBS e a equipe do CRAI, com o objetivo de avaliar o processo de implantação do Apoio Matricial, tanto na visão da UBS como na da equipe do CRAI. As avaliações ocorreram nos meses de setembro e outubro de 2010, sendo os resultados apresentados logo em seguida, na reunião da UP do idoso.

Esta avaliação indicava a contribuição do Apoio Matricial no que se refere a como lidar com os problemas relacionados aos idosos, assim como a instrumentalização para a condução de casos críticos para a construção do PTS. Apontava que o AM permitira a troca de conhecimento e a aproximação de CRAI e ESF, bem como a qualificação da atenção prestada, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida dos idosos. Os dados indicavam que o AM oportunizara maior conhecimento sobre a realidade do idoso no território. Registrou-se também o relato, por parte de algumas equipes, de que tinha havido melhoria do entendimento sobre o Apoio Matricial à medida que os encontros foram ocorrendo (VITÓRIA, 2010b).

Em relação aos avanços identificados através do AM sobre como lidar com os problemas relacionados aos idosos, das 17 equipes da ESF das UBS que participaram do processo de avaliação, 13 afirmaram que houve avanços e 04 avaliaram que não houve avanços, e/ou que os avanços foram pouco significativos. Quanto aos avanços apontados pelas equipes, destacam-se: entendimento do fluxo de encaminhamento e maior aproximação com o CRAI; criação de vínculo entre as equipes das UBS e do CRAI; maior segurança das equipes das UBS para enfrentamento e resolutividade dos casos discutidos, e melhoria do atendimento ao idoso; inserção da discussão interdisciplinar de casos de idosos nas reuniões de equipe das UBS; reconhecimento da população idosa do território; ajuda na identificação e encaminhamento dos casos de violência; maior vínculo das equipes de saúde da família com os idosos (VITÓRIA, 2010c).

Em relação ao desenvolvimento da metodologia de Apoio Matricial, as UBS sinalizaram dificuldades tais como: diferentes formas de organização e atuação de Apoios Matriciais dentro da mesma UBS (AM Saúde da Mulher, Idoso e Saúde Mental); organização interna da UBS para o AM; ausência de alguns profissionais da UBS nos encontros de matriciamento;

relacionamento e comunicação; formas diferentes de abordagem e condução dos casos pelos apoiadores matriciais; compreensão do papel do CRAI e critérios de acesso; grande número de casos envolvendo questões sociais e de violência (VITÓRIA, 2010d).

As UBS também apontaram como sugestões a importância de se conhecer melhor o papel do matriciamento, para facilitar o andamento do processo de trabalho, assim como reorganizar as reuniões de AM e repactuar as ações com as equipes. Propuseram dar continuidade ao AM e manter um cronograma para os encontros, e, ainda, que as UBS organizassem as demandas que seriam levadas para as reuniões de matriciamento.

Outras sugestões ainda foram elaboradas: que o CRAI disponibilizasse 01 referência para cada UBS; que houvesse discussão de temas demandados pelos profissionais da UBS; que o fluxo de acesso ao CRAI daqueles idosos cujos casos já tivessem sido discutidos e acompanhados pelo AM fosse revisto e também o instrumento de classificação de risco de fragilidade do idoso, avaliando como inseri-lo na avaliação de risco das famílias; que fossem redirecionadas as ações do AM, priorizando os casos de violência e de idosos com agravos de saúde, principalmente com perda de autonomia e independência (VITÓRIA, 2010e).

Em relação aos avanços do Apoio Matricial, a equipe do CRAI identificou que os profissionais das UBS passaram a ter um olhar e uma escuta diferenciada em relação ao idoso do seu território. Ocorreu também uma maior aproximação do CRAI com as UBS, assim como a troca de experiência entre as equipes da UBS e a equipe do CRAI, levando a uma maior resolutividade nas discussões de caso. A avaliação demonstrou também que os encaminhamentos da pessoa idosa estavam chegando mais qualificados para o CRAI, com detalhes e informações que anteriormente não eram registradas.

A avaliação do CRAI em relação às dificuldades e desafios para a realização do apoio identificou que as unidades possuíam diferentes realidades e diferentes formas de organização do processo de trabalho, o que acarretava dificuldades para conciliação das agendas entre as equipes das UBS e do CRAI. Dificuldade também apareceu quanto à adesão da proposta de matriciamento do CRAI com relação a UBS. Outro fator mencionado foi a ausência de alguns profissionais da UBS nas reuniões e encontros do Apoio Matricial, assim como a não pontualidade das equipes das UBS (VITÓRIA, 2010a).

Após o resultado identificado por esse processo avaliativo, intensificaram-se as discussões sobre a direção que o AM em saúde do idoso tomaria no município de Vitória. As discussões perpassavam pela gestão da SEMUS, pela equipe do CRAI e pela UP como um espaço de interlocução e encaminhamentos, que poderiam ser ou não acatados pela gestão (MADUREIRA; BISSOLI, 2014: 144). A avaliação evidenciou que o projeto do Apoio

Matricial deveria ser ampliado e reestruturado, sendo pactuada a necessidade de fortalecer as ações de atenção à saúde do idoso no município, assim como de desenvolver novos padrões de relacionamento entre os profissionais e os usuários desses serviços de saúde. Foi preciso também rever a metodologia, pois era necessário estender o Apoio Matricial a todas as UBS do município de Vitória. A expansão do AM ocorreu a partir de 2010, incluindo inicialmente uma UBS de cada região e, posteriormente, abrangendo todas as UBS. No ano de 2011 concluiu-se a expansão para 100% dos territórios de saúde do município.

O processo de trabalho do CRAI estava sendo reorganizado, e o Apoio matricial que vinha acontecendo junto às reuniões de equipe da ESF nas UBS apresentava-se como um fator dificultador para a equipe de matriciadores do CRAI. Tal situação acarretava dificuldade no processo de trabalho, como desmarcação de consultas, diminuição de oferta de consultas para assistência no CRAI, gerando transtornos nos atendimentos, pois a equipe, além de realizar o AM, também operacionalizava a assistência ao idoso que era encaminhado ao CRAI, chegando a prejudicar o acompanhamento dos idosos que eram atendidos no serviço.

Esse formato também dificultava a expansão do matriciamento para toda a rede, pois a equipe do CRAI não tinha profissionais em número suficiente para atender as demais equipes da ESF nas UBS. Com a demanda de reorganização do processo de trabalho, foi solicitado pela gestão à GRCA um estudo sobre a capacidade instalada do CRAI, o que significava identificar quantos atendimentos seria possível cada profissional realizar. Como resultado, esse estudo demonstraria a real capacidade de atendimento no CRAI, assim como a carga horária que poderia ser disponibilizada para a realização do AM.

Durante o processo de ampliação do AM, o CRAI também reviu seu processo de trabalho; discutiu-se o fluxo de acesso do idoso ao CRAI e a construção da rede de atenção ao idoso no município. Sua efetivação foi construída junto a muitas discussões e debates em reuniões de equipe, com a presença da Referência Técnica da Saúde do Idoso, dos apoiadores institucionais e da direção do CRAI - espaços onde aconteciam reflexões constantes e avaliação do processo de construção do AM.

O Apoio Matricial foi se constituindo por meio de uma agenda com dias fixos, programados mensalmente ou bimestralmente com as UBS e, posteriormente, passou a acontecer por demanda, conforme solicitação da UBS. Anteriormente a esse formato, as reuniões aconteciam no momento da reunião de cada equipe da ESF, o que dificultava a participação da equipe de apoiadores do CRAI, pois a reunião acontecia em dias diferentes, de acordo com a agenda programada de cada equipe da UBS. Essa forma de fazer o encontro dificultaria a expansão do AM e tornaria impossível a sua expansão. As mudanças aconteceram,

e o AM na Saúde do Idoso foi sendo construído na rede. Diante do cenário apresentado, foi então discutida nas reuniões de equipe, juntamente com a Referência Técnica de Saúde do Idoso, a proposta do CRAI em realizar o AM conforme surgisse a demanda das UBS. Para isso, a UBS deveria enviar um relatório contendo a história clínica e psicossocial do paciente para o CRAI, visando a organização prévia da equipe e que a UBS se apropriasse dos casos antes de encaminhá-los (VITÓRIA, 2010e).

Outro ponto também abordado foi a necessidade de o CRAI organizar a oferta do apoio através de um dia fixo disponível para cada UBS, assim como de a equipe do CRAI ter um dia disponível na agenda para a realização do apoio. Também pareceu importante assegurar espaço para a elaboração de relatórios após as reuniões com as equipes de referência, facilitando o processo de organização interna do serviço e da metodologia do Apoio Matricial. Dessa forma, do final de 2010 até 2012, os encontros do Apoio Matricial passaram a acontecer por solicitação da UBS, conforme acordado nas reuniões do grupo de discussão do Apoio Matricial com a equipe do CRAI e a UP do idoso. Porém, a partir de 2012, foi estabelecido um dia fixo com a direção do serviço, de acordo com a disponibilidade das duplas do apoio e com as respectivas equipes de referência das UBS.

O trabalho desenvolvido pela equipe do CRAI tornou-se mais efetivo com essa nova proposta, permitindo, assim, planejar melhor suas ações. O serviço de assistência no CRAI era prejudicado devido à não existência de uma agenda programada para a realização do apoio. Essa conquista gerou também mais cobranças e responsabilidades em relação aos idosos que eram acompanhados no CRAI e pelo AM. Consolidava-se o CRAI como um ponto de atenção na rede de serviços ao idoso frágil e cada vez mais se fazia necessário que a equipe efetuasse processos de formação que permitissem acolher a complexidade desse idoso mais debilitado que estava chegando ao serviço.

Uma das ações do AM era realizar oficinas que auxiliassem a AB na aplicação do instrumento de avaliação de risco de fragilidade do idoso, objetivando identificar o idoso frágil do território. Essas ações de formação contribuíram para a mudança do perfil do idoso que era encaminhado ao serviço, como também para evidenciar a importância da função técnico-pedagógica do AM junto às equipes de referência.

Nas reuniões semanais de equipe, o serviço contava com um tempo também disponível para estudo de caso e acompanhamento do tratamento do idoso no CRAI. Porém essas reuniões precisavam se organizar no sentido de ampliar os saberes em relação à saúde do idoso e, assim, contribuir na realização do AM. O novo formato de reunião previa um tempo programado para estudo de caso e estudo teórico. Com isso, a equipe que anteriormente já realizava estudo de

caso clínico, porém de uma forma não sistematizada, passou a adotar um novo instrumento de acompanhamento, por meio da elaboração de um Plano de Cuidados, conforme descrito abaixo, “ [...] a estratégia utilizada para a organização do cuidado, onde se definem claramente quais são os problemas de saúde do paciente (O QUÊ?), as intervenções mais apropriadas para a melhoria da saúde (COMO?), as justificativas para as mudanças (POR QUÊ?) e quais profissionais (QUEM?) e equipamentos de saúde (ONDE?) necessários para a implementação das intervenções. No idoso frágil, todas essas perguntas são complexas e multifatoriais e devem ser respondidas por uma equipe multidisciplinar, capaz de pensar de forma transdisciplinar. Todas as decisões clínicas devem considerar as melhores evidências científicas disponíveis e aplicáveis ao caso e, sobretudo, valorizar as preferências, desejos e valores do idoso e de sua família, ou seja, a singularização do cuidado (Bardes, 2012). Assim, o Plano de Cuidados contém todas as informações necessárias para o planejamento e implementação das ações necessárias para a manutenção ou recuperação da saúde do idoso (MORAES E. N.; MORAES, F. L., 2014: 161-162).

O Plano de Cuidado possui como função acompanhar o processo de produção de saúde do idoso até sua alta. Vinculado a esse plano, também seria escolhido um gestor do cuidado, que teria a função de coordenar os cuidados relativos à saúde do idoso até sua alta. Nessa proposta, o gestor do cuidado do usuário atendido no CRAI não foi escolhido pelo vínculo, conforme preconizava a literatura, e sim sugerido que cada profissional/gestor teria um número de idosos para ser acompanhado, sendo assim mais equânime. Em relação à alta do serviço, seria elaborado um plano de cuidado de alta a ser entregue para a equipe da Atenção Básica através das duplas referentes ao apoio, sendo assim facilitado o acompanhamento através das equipes de AM.

Com o AM acontecendo por demanda desde 2012, o idoso poderia ser atendido pela UBS, sendo encaminhado apenas quando tivesse o perfil para o atendimento no CRAI. Porém, se observava que compareciam idosos cujas demandas eram passíveis de serem cuidadas na ABS. Esse fato gerava uma sobrecarga para o serviço, dificultando a entrada de novos idosos frágeis que realmente precisavam ser acompanhados pelo CRAI.

No ano de 2012, acontecia na SEMUS um movimento interno, coordenado pela GRCA, de construção de protocolo de acesso aos serviços e exames especializados de toda a rede própria. Foi a partir desse momento que se elaborou o protocolo de acesso ao CRAI, com o objetivo de contribuir para qualificar a rede de atenção ao idoso. Portanto, o AM desenvolvido pela equipe do CRAI contribuía para potencializar o vínculo do usuário com a UBS e garantir,

assim, o acesso ao idoso na rede. Destaca-se que esse processo se efetuou com a participação dos profissionais do CRAI, reafirmando o lugar do CRAI na Rede de Atenção à Saúde do Idoso.

O protocolo elaborado pela equipe do CRAI, baseado na Política Nacional de Saúde do Idoso (Portaria 2528/2006) e no caderno da Atenção Básica Nº 19, apresentava como critério de fragilidade o idoso com 60 anos ou mais, com capacidade funcional comprometida e dependência para as atividades de vida diária (AVD), tais como alimentação, higiene, vestuário, locomoção e outras. Identificava-se que esse comprometimento funcional geralmente é consequência de sequela de um acidente vascular cerebral (AVC), síndromes demenciais, alteração de memória, história de depressão, doença de Parkinson e doenças osteoarticulares incapacitantes; idosos com história de três ou mais quedas nos últimos seis meses; idosos com histórico de três ou mais internações nos últimos seis meses.

Ainda sobre os dados produzidos pela pesquisa sobre os efeitos do Apoio Matricial e o CRAI

Os dados analisados nesta pesquisa abrangeram dois períodos distintos: de outubro de 2007 a dezembro de 2008, momento que antecedeu a implementação do Apoio Matricial, e de janeiro a dezembro de 2013, após 05 anos trabalho com esta ferramenta.

No período de outubro de 2007 a dezembro de 2008, que compreendeu os 14 meses que antecederam a implantação do AM, foram realizados 48 encaminhamentos ao CRAI provenientes das UBS estudadas, sendo 43,75% (21) vindo da UBS de Maruípe, 33,33% (16) de Santo Antônio, 18,75% de Jardim da Penha, 2,09% (1) de Jesus de Nazaré e 2,08% (1) de Fonte Grande.

No que se refere ao período de janeiro a dezembro de 2013, cinco anos após a implantação do AM e um ano após a implantação do protocolo de 2012, foram analisados 65 encaminhamentos. Destes, 47,69% (31) foram encaminhamentos provenientes da UBS de Maruípe, 24,62% (16) de Santo Antônio e 18,46% (12) de Jardim da Penha, 6,15% (04) Jesus de Nazaré e 3,08% (02) de Fonte Grande,

O estudo identificou, no período de outubro de 2007 a dezembro de 2008, a presença maior de idosos nas idades entre 70 a 79 anos, o que representa 51% (23) dos encaminhamentos analisados. Em segundo lugar está a faixa etária de 80 a 89 anos, com 31% (13) dos encaminhamentos e, em terceiro lugar, a faixa etária de 60 a 69 anos com 13% (5) dos encaminhamentos. Já no ano de 2013 verificou-se maior número de idosos na faixa etária entre 80 a 89 anos, sendo um total de 40% (26) dos encaminhamentos analisados. Em segundo lugar,

a faixa etária de 70 a 79 anos, com 34% (22) e, em terceiro lugar, a faixa etária de 60 a 69 anos, com resultado de 17% (11) dos encaminhamentos efetuados.

Em relação à questão de gênero, no período de 2007/2008 os dados apontam que 73% (35) dos encaminhamentos eram de idosos do sexo feminino e 27% (13) eram masculinos. Os dados acompanham a tendência da feminilização do envelhecimento. No período de 2013 constata-se a presença de encaminhamentos de 51% (33) de mulheres e de 49% (32) de homens ao serviço, sinalizando um aumento considerável de sujeitos do sexo masculino. O crescimento do encaminhamento de sujeitos do sexo masculino estava expressando aumento da capacidade de inclusão desses sujeitos? Teria o AM contribuído para ampliar a qualificação da rede e a inclusão de outros sujeitos?

No período de 2007/2008 observou-se que as principais causas dos encaminhamentos foram: síndromes demenciais/alterações de memória com comprometimento da capacidade funcional, com o resultado de 45,83% (22); a sequela/AVC com comprometimento da capacidade funcional, com resultado de 22,92% (11) dos encaminhamentos que acessaram o CRAI; a doença de Parkinson e/ou outros distúrbios do movimento/comprometimento da capacidade funcional, com um resultado de 10,42% (5) dos encaminhamentos que vieram da AB; e as doenças osteoarticulares, com 8,33% (4) de encaminhamentos. Os 8,33% (4) encaminhamentos com perfil diferenciado do público do CRAI também participaram do acolhimento através de uma reunião e entrevista familiar com a equipe interdisciplinar, sendo acolhidos e encaminhados para outros serviços (um encaminhado para UBS de origem da própria rede, um encaminhado para o serviço de saúde de seu município e o terceiro encaminhado para um serviço especializado/escola fora da rede de saúde do município de Vitória).

No que se refere ao período janeiro de 2013 a dezembro de 2013, no qual o protocolo de 2012 já havia sido implantado, podemos observar que esse documento foi um norteador para a discussão no Apoio Matricial. A criação do protocolo da saúde do idoso foi importante para ampliar o acesso do idoso ao CRAI, sendo que as vagas para o ingresso do idoso no serviço passaram a ser reguladas pelo SISREG. Do total de 65 encaminhamentos, 38,46% (25) apresentaram como principal motivo as Síndromes Demenciais; como segunda causa compareceu a sequela de AVC, com 9,23% (6) dos encaminhamentos, e a terceira causa dos encaminhamentos foi a Doença de Parkinson, com 7,69% (5) dos encaminhamentos. Chama a atenção o grande número de encaminhamentos, pois 32,31% não abordavam apenas a patologia, apresentando também uma descrição com enfoque na situação de saúde ampliada com características socioculturais e ambientais na qual o idoso vivia. Nesses encaminhamentos

compareciam questões relativas às limitações do idoso quanto à capacidade funcional, no tocante a comunicação, humor, mobilidade e outras limitações.

Em relação à faixa etária, verificou-se uma ampliação de usuários da faixa etária de 80 a 89 anos, em segundo a faixa etária de 70 a 79 anos e em terceiro a faixa etária de 60 a 69 anos dos encaminhamentos. Isso aponta que a população que chega ao serviço são os idosos frágeis e, sendo assim, o CRAI acolhe, desde a sua criação, a população alvo. No período de 2013, houve a presença dos octogenários, o que confirma a presença dos idosos mais velhos e demonstra uma mudança no perfil do serviço. Os profissionais entrevistados identificam que a chegada desses pacientes cada vez mais debilitados, com comprometimento da capacidade funcional e com pouca chance de reabilitação, passa a demandar maior conhecimento e formação constante por parte dos profissionais.

Uma indagação que se faz quanto ao grupo da faixa etária dos 60 anos que não comparece ao CRAI é que ela pode estar sendo cuidada na ABS, ou ainda pode significar o efeito positivo do AM. Ou seja, os resultados das discussões efetuadas por meio do AM. Entretanto, não há elementos para podermos confirmar essa sinalização, uma vez que, na produção de dados da pesquisa, não foi possível identificar os casos que passaram pela discussão do AM. A não identificação do caso pode demonstrar fragilidade nos registros, indicando a necessidade de aperfeiçoar a forma de produção dos relatos, a fim de avaliar os efeitos do trabalho do AM, como também de produzir dados que possam contribuir nos estudos epidemiológicos.

Verifica-se que não só a população brasileira está envelhecendo, mas a proporção da população “mais idosa”, ou seja, a de 80 anos ou mais de idade, também está aumentando. Estudos mostram que a população dos muito idosos é a que mais cresce; ou seja, a população idosa também está envelhecendo. A população idosa no Brasil é heterogênea: no ano 2000 o número de idosos representou 12% da população, porém existe um segmento do idoso brasileiro que se encontra com boas condições de saúde, com sua capacidade funcional preservada, e outro grupo de idosos com maior vulnerabilidade. A parcela dos octogenários aumenta de forma significativa: este grupo vai crescer 9% ao ano entre 2030 e 2050, e representará mais de 6% da população brasileira (CHAIMOWICZ; CAMARGOS, 2011: 75). A mudança no perfil de idosos nessa faixa etária constata-se também em Vitória, onde verificamos que o número de idosos com 80 a 89 anos corresponde a um percentual de 13% da população dos idosos do município, conforme população estimada pelo IBGE/PMV/SEGES-2012. O número de idosos no estudo realizado no CRAI em Vitória, no período de 2013, registrou um aumento dessa faixa etária, com o total de 40% dos encaminhamentos. Este grupo tem demandas de outra ordem de

complexidade, provocando impacto nos serviços de saúde e, por sua vez, impondo à rede de saúde municipal criar alternativas de intervenção diferenciadas para esse público.

Em relação à questão de gênero, nos dados da pesquisa constatou-se a presença maior do sexo feminino nos encaminhamentos dos dois períodos estudados, o que pode confirmar o dado de que as mulheres possuem uma maior sobrevida em relação aos homens, ratificado nos estudos realizados por Camarano et al (1999; 2004) e Saad (1999). Mas outras indagações parecem pertinentes, pois esse dado também poderia indicar que mulheres “aderem” mais aos serviços da ABS do que os homens. Quais processos permeiam esta adesão? Como o racismo e o machismo têm interferido na adesão aos serviços de saúde?

Na pesquisa acerca do período de 2013, Vitória possuía 40.088 idosos, sendo a maior predominância na faixa etária de 60 a 69 anos, significando 54% do total. Verifica-se ainda que o percentual de mulheres é maior em todas as faixas etárias, chegando a 75,43% para as pessoas idosas com idade igual ou superior a 90 anos, o que confirma também em Vitória a tendência de feminização do envelhecimento. A proporção do contingente feminino é tanto mais expressiva quanto mais velho for o idoso. Em 2022, segundo dados do Sistema de Informação da Prefeitura Municipal de Vitória, há 72 mil idosos cadastrados do PSF, um aumento significativo que expressa o envelhecimento da população do município e que não tem sido acompanhada por aumento da oferta de serviços públicos.

Com relação aos motivos dos encaminhamentos, nos dois períodos foi constatada como maior causa a presença das síndromes demenciais/ alterações de memória com comprometimento da capacidade funcional. Conforme estudo realizado em Catanduva SP, após os 65 anos de idade a prevalência das demências dobra a cada 05 anos, o que corresponde a 0,5% da população idosa (UNASUS, 2014a). A demência é definida como uma síndrome clínica de natureza crônica progressiva, decorrente de múltiplos déficits cognitivos e se caracteriza por alterações na memória e alterações no comportamento, levando à perda funcional e social. Estudos demonstram que tem aumentado a prevalência das demências nas diversas faixas etárias, o que se deve a dois fatores: o significativo aumento da expectativa de vida da população mundial e a maior sobrevida das pessoas acometidas por demência, devido à melhora dos cuidados ofertados, assim como ao tratamento com medicações específicas (MACHADO, 2011).

Outro dado que surgiu como segundo maior motivo de encaminhamento nos dois períodos foram as sequelas causadas por AVC com comprometimento da capacidade funcional. Estudos mostram que nas faixas etárias mais avançadas, a Doença Cérebro Vascular (DCV) representa um dos maiores problemas de saúde, sendo até 40 vezes mais frequente acima dos

75 anos, em comparação com pessoas abaixo dos 45 anos. A prevalência é elevada em todo o mundo e vem aumentando à medida que mudam os hábitos da população (PY, 2011: 264).

A terceira causa que surgiu, também nos dois períodos estudados, foi a doença de Parkinson/ou outros distúrbios do movimento/comprometimento da capacidade funcional. A literatura informa que a doença de Parkinson e outras síndromes parkinsonianas são as causas de tremores de repouso e afetam de 1 a 2% da população acima de 65 anos. A idade é o principal fator de risco, sendo mais presente nas mulheres. A doença de Parkinson é um transtorno neurológico progressivo e leva à dificuldade da marcha, ao distúrbio do movimento e, como consequência, à incapacidade funcional (PINHEIRO, 2011: 285).

Como resultados da discussão sobre o Apoio Matricial que acessou o serviço, conforme análise do instrumento de pesquisa e entrevista com profissionais do CRAI referente ao período de 2013, surgiram duas categorias que podem apontar para mudanças em relação ao Apoio Matricial. A primeira é a mudança na descrição dos motivos do encaminhamento, incluindo considerações sobre ampliação da clínica e a importância de não reduzir o idoso à patologia. As possíveis contribuições e análises indicadas do AM para essa mudança foram os protocolos pactuados e a regulação. A segunda é o perfil dos idosos atendidos pelo CRAI, analisando a possível retenção dos idosos "menos frágeis" na Atenção Básica como indicadores de potencialização da rede de cuidados. Talvez seja mais uma contribuição do AM na formação das equipes de PSF que se apropriaram de saberes acerca do cuidado com os idosos, sentem mais aptas a cuidar dos idosos na AB.

Em relação à primeira categoria, importante ressaltar que no período de 2013 se observa nos relatos dos encaminhamentos mudanças quanto à descrição da história dos usuários nos encaminhamentos, com riqueza de detalhes sobre a condição de saúde do idoso, abordada através das dimensões sociocultural e familiar. Percebe-se presente, nesses encaminhamentos, uma mudança de enfoque voltado para o novo paradigma da capacidade funcional do idoso, conforme discussão realizada pela equipe no AM nas UBS, onde aconteciam as reuniões do apoio da saúde do idoso. Nesse contexto, o protocolo de acesso ao CRAI era utilizado como um instrumento para nortear as discussões sobre o acesso do idoso, assim como um guia na contribuição nas reuniões do AM. Esse protocolo funcionava com um caráter formativo na construção de saberes sobre a saúde do idoso, despertando um olhar diferenciado para essa parcela da população que se encontrava no território, porém com pouca atenção destinada a ela.

De acordo com a mudança dos relatos nos encaminhamentos, verifica-se que pode ser resultado das reuniões do AM da saúde do idoso, considerando a ação das duplas no AM quanto à dimensão do caráter técnico-pedagógico e ao apoio educativo, desenvolvido junto à AB.

No período de 2013 chama a atenção a significativa parcela dos 32% (21) dos encaminhamentos que não abordam apenas a patologia específica, mas avançam trazendo descrições do quadro funcional do paciente, rompendo com a lógica do foco na doença. Observa-se que quanto às informações que vinham nos encaminhamentos, já apontavam para uma mudança de paradigma, pois a descrição contida não enfatizava exclusivamente a doença, e sim relatava condições genéricas do idoso ou situações vividas relacionadas à questão social, polifarmácia, poli patologias, conforme registrado em alguns encaminhamentos aos quais tivemos acesso nos arquivos do CRAI:

[...] Realizado visita domiciliar dia 13/12/2012 pela manhã, paciente em (beg) [Bom Estado geral], confusa, não sabia o dia do mês, ano, data de aniversário, minixame do estado mental com 06 pontos (muito baixo). Diz que quer muito trabalhar, não aguenta ficar o dia todo dentro de casa. Me leva para ver a varanda que dá de frente para avenida. Diz que fica as madrugadas ali olhando para o convento que fica todo iluminado a noite, paciente com olhar triste, diz que está bebendo para passar o tempo e relaxar. Pergunto sobre a família, diz que tem uma irmã no Rio e que não liga para ela, ao contar ri do seu irmão que morreu e amava. Casa muito limpa e bem organizada, roupas dentro do balde recentemente lavadas. Paciente com cabelos cortados em boas condições de higiene, unhas cortadas e pintadas recentemente, ela diz que foi ela quem pintou e me mostra esmalte da mesma cor. (Encaminhamento 1, 2013)

[...] Paciente idosa, acompanhada do neto. Realizo avaliação da deglutição. Paciente com história de isquemia leve em hemisfério cerebral esquerdo com alterações na fala na deglutição e na mímica facial, segundo o neto, na avaliação da fisioterapia [...]. Foi observada leve perda do equilíbrio e da coordenação motora. Paciente queixa de dificuldade de deglutição em todas as consistências de alimento. Relata que senta comida parada na garganta. [...] Avalio deglutição com oferta de dieta por via oral [...] Orientações: alimentar-se somente com alimentos de consistência líquida pastosa (iogurte, sopa) e consistência cremosa (purê e cremes, mingau). [...] No final de semana atrasado, sentiu dores abdominais e tomou vários laxantes, sentiu tontura, fraqueza nas pernas e generalizada, dificuldade da fala (rouquidão e fala pesada), dificuldade de deglutir, ficando acamada desde então, alimentando-se de líquido pastoso, com maior dificuldade com medicamentos. Paciente chora, reclama da falta de independência. O neto relata que não levou a nenhum médico já que a avó se nega. Encaminho e oriento para o CRAI-Vitória. Oriento o neto e a paciente sobre atendimento multiprofissional, possível seguimento com fonoaudiologia, geriatra e outros profissionais de equipe multiprofissional. (Encaminhamento 2, 2013)

[...] Idoso com DRC+hipotireoidismo + DM +Liquen, iniciou quadro de déficit cognitivo súbito com desorientação. Cuidadora relata agressões físicas, relata que o paciente quer retirar toda roupa, inclusive a íntima. Encontrado em casa apenas de calção. Fala sem sentido, sem parar. Não se lembra das pessoas, de fatos. [...] Hipótese diagnóstica: Quadro demencial AVE/motivo: avaliação e acompanhamento (Encaminhamento 3, 2013)

O modo de construção desses relatos contidos nos encaminhamentos pode demonstrar algumas questões que nos colocam a pensar em relação à discussão para o novo paradigma: o acesso do idoso à rede não mais está focado na doença, e sim centrado na autonomia e independência do idoso, ainda que seja necessário assinalar que a autonomia e a independência

não podem ser circunscritas exclusivamente à capacidade funcional. Nesse novo paradigma, o enfoque é dado em relação à condição de saúde do idoso: avalia-se quais são as perdas que o idoso está sofrendo, independente de ele apresentar ou não alguma doença. A pergunta é relacionada ao fato de o idoso apresentar ou não algum impedimento em realizar suas atividades de vida diária.

Na entrevista com os profissionais, foi sinalizado que o AM realiza discussão de caso com enfoque no contexto socioambiental, como em situação de violência e abandono, que vai além do diagnóstico exclusivamente nosológico, considerando a saúde a partir de um conceito ampliado que interfere na condição de saúde desse idoso. Essa forma ampliada de conduzir a clínica, colocando o idoso como sujeito, envolvendo a família e os diferentes atores no processo quando necessário, é que contribui junto à AB de forma potente para o cuidado da saúde do idoso.

De acordo com as entrevistas dos profissionais, os efeitos do AM já compareciam nos encaminhamentos dos idosos por profissionais da AB. Pois, a partir das discussões de caso nos encontros das reuniões do AM, os encaminhamentos passaram a apresentar a história clínica mais detalhada, de forma a contribuir na compreensão da situação de saúde do idoso que chegava ao serviço. Percebe-se o relato de informações mais detalhadas nos encaminhamentos efetuados em 2013, expressando outro modo de relatar a situação de vida desses sujeitos, o que se diferencia dos encaminhamentos realizados em 2007, que apresentavam práticas de cuidado de forma ainda focada na doença.

Melhor dizendo, a necessidade de saúde assim como a qualificação da demanda está relacionada a uma outra escuta que valorize e respeite a diversidade humana, cultural, racial e social. Assim, o enfoque será no usuário e não na doença, oportunizando a construção de propostas de caminhos para a mudança da clínica. Esse reconhecimento requer mudanças estratégicas na produção do cuidado em saúde, o que inclui mudanças na formação e na gestão do trabalho em saúde (PINHEIRO et al, 2005: 24).

O vínculo surgiu na entrevista com os profissionais como um grande ganho, tanto para o CRAI como para a AB. Após a implantação do AM, houve uma maior aproximação no que se refere à interação entre o CRAI e as UBS, sendo que as UBS passaram a ter conhecimento sobre o trabalho que o CRAI desenvolvia e também sobre a forma de intervenção do AM. Importante salientar que o diálogo promovido através da equipe do AM possibilitou a construção do vínculo e facilitou o processo de construção para ampliar o modo de cuidar do idoso. Segundo a fala de um profissional na entrevista realizada, os profissionais da Atenção

Básica se sentem agora mais à vontade para discutir os casos com os matriciadores antes de encaminhar o idoso para o CRAI.

Em relação à segunda categoria, o perfil dos idosos atendidos pelo CRAI, analisa-se a possível retenção dos idosos "em risco de fragilização" na Atenção Básica, e como isso se aponta para a potencialização da rede de cuidados. Talvez seja esta mais uma contribuição do AM na formação das equipes de PSF, que se sentem mais aptas a cuidar dos idosos na AB.

Segundo relato dos profissionais, outro fator que contribuiu para ampliar e qualificar o acesso do idoso à rede foi a presença do regulador médico geriatra do CRAI no SISREG, considerando que este profissional possui como função identificar, nos relatos, os motivos que levaram a AB a encaminhar o idoso para um serviço especializado. Dessa forma, possibilitou-se que a situação de saúde do idoso fosse analisada antes mesmo da entrada no serviço. Quando esse regulador detecta, através dos encaminhamentos, alguma situação de saúde que talvez não necessite do serviço da atenção especializada, esse encaminhamento é remetido para a equipe do AM, onde as duplas do apoio fazem a discussão do caso, avaliando a condição de saúde do idoso. Caso a equipe do apoio julgue necessário, poderá realizar uma consulta compartilhada com o médico de referência da AB e com o geriatra do CRAI ou outros especialistas do CRAI, conforme a necessidade de saúde do idoso.

Considerações finais

Importante ressaltar que a escolha da equipe do CRAI para também fazer o Apoio Matricial se deu em função da necessidade da integração entre as equipes das UBSs e do CRAI, por meio do compartilhamento do cuidado, considerando os dois níveis ou serviços de saúde, a fim de garantir atenção contínua e integrada. O CRAI está situado como um ponto de atenção secundária na Rede de Atenção à Saúde (RAS), integrado com a Atenção Primária à Saúde (APS).

O método de apoio matricial não se reduz a uma metodologia com protocolos a serem seguidos. Método é um modo de fazer, que não se separa dos modos de gerir o cuidar (PASSOS, 2019). Nesse sentido, é preciso indagar: como fazer Apoio Matricial com modos de gestão hierarquizados e verticalizados?

Durante o processo de implantação do Apoio Matricial na Saúde do Idoso, muito se discutiu que não há uma formação específica, que apoiador *se aprende sendo*. Nessa perspectiva, os profissionais do CRAI avançaram, mas faltou um acompanhamento que se efetuassem em concomitância à implementação do AM, incluindo discussões e estudos teóricos acerca do método que possibilitasse refazer e reconstruir as práticas do cotidiano. A não

apropriação dos princípios do AM leva o apoio a se tornar uma prescrição da equipe especializada para a Atenção Básica, em forma de arguição e ações, não cumprindo, assim, a proposta do AM. Portanto, fica evidente a necessidade de ampliar a rede de cuidados para o idoso no município, em especial para o idoso em risco de fragilização, pois ele se encontra em grande parte na ABS.

Aponta-se, por fim, para a necessidade de ampliação da rede de cuidados, considerando que a equipe do AM é solicitada para também atender aos idosos acamados, porém não consegue dar conta desse público. Sendo assim, deve ser pensado um serviço que viabilize o atendimento desses idosos em uma perspectiva de cuidados paliativos em um atendimento domiciliar e, quando necessária, uma internação domiciliar.

Desse modo, é importante salientar que a ferramenta do AM é uma das possibilidades que contribui para a saúde do idoso, porém fica clara a necessidade de viabilizar outros serviços e dispositivos que vão além dos equipamentos ofertados. Ressalta-se a necessidade de envolver a sociedade civil para pensar alternativas que possam contribuir no cuidado para o idoso, bem como a criação de serviços de apoio ao cuidador e de serviços comunitários que estimulem uma rede de apoio aos familiares e aos idosos.

O CRAI hojetecendo outras trilhas com os idosos

Em 2020, o CRAI fez 25 anos de existência. O CRAI se engendrou como uma experiência inovadora no campo da saúde do idoso no município de Vitória/ES, fortalecendo e ampliando as diretrizes e princípios do SUS. Nosso desafio é fazer ressoar a potência dessa experimentação, ampliando as redes de cuidado. Embora seja um equipamento de referência em saúde do idoso com fragilidades, as lutas para a continuidade deste serviço são inúmeras. Nos últimos anos tem lidado com as consequências do baixo investimento na política pública de saúde de forma geral, e do idoso em particular. Os princípios que levaram à proposição do CRAI se mantêm vivos e as demandas seguem variando, levando a equipe a inventar caminhos que permitam à vida se expressar em suas vulnerabilidades, variabilidades e potência.

Importante sinalizar que no ano de 2021, durante a pandemia do Covid- 19, o CRAI contou com a implantação do Programa de Residência Multiprofissional em Cuidados Paliativos, vinculado ao Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde (ICEPi). A residência contribuiu para expandir o trabalho que já é desenvolvido pelo CRAI, principalmente em relação ao acompanhamento realizado junto ao idoso frágil e sua família, diante da incapacidade funcional e/ou de uma doença ameaçadora de sua vida. Desta forma, um novo olhar pode ser contemplado e ampliado, voltado para a importância do cuidado com uma

visão na abordagem paliativa. Somando esforços junto a equipe do CRAI e dos residentes, em uma perspectiva de trabalhar a prevenção e o alívio do sofrimento, tornando-se prioritário garantir qualidade de vida, conforto e dignidade, evitando procedimentos invasivos que geram sofrimento aos idosos frágeis que são atendidos neste equipamento. Os cuidados paliativos são formas de buscar a afirmação da vida dos idosos com conforto e dignidade¹².

Do nosso ponto de vista, a aposta do CRAI é acolher as variações da vida dos idosos de modo que seu exercício de autonomia seja afirmado em suas infinitas formas de expressão. É nessa variação que as propostas e modo de funcionar do CRAI são chacoalhadas a se metamorfosear, buscando afirmar o SUS e a autonomia dos idosos em seus princípios.

Referências

- BALLARIN, M. L. G. S.; BLANES, L. S.; FERIGATO, S. H. Apoio matricial: um estudo sobre a perspectiva de profissionais da saúde mental. *Interface*, Botucatu, v. 16, n. 42, p. 767-778, 2012. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832012000300014&script=sci_arttext>. Acesso em: 7 out. 2013.
- BAPTISTA, T. W. F. História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: MATTA, G. C.; MOURA, A. L. (Org.). *Políticas de saúde: a organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. p. 29-60.
- BARDES, C. L. Defining “Patient-Centered Medicine”. *New England Journal of Medicine*. v. 366, p. 782-783, 2012.
- BEZERRA, E.; DIMENSTEIN, M. Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção básica. *Psicologia, Ciência e Profissão*., v. 28, n. 3, p. 632-645, 2008. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932008000300015&script=sci_arttext>. Acesso em: 17 de out. 2013.
- BRASIL. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, 05 jan. 1994. Disponível em: <http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw_Identificacao/lei%208.842-1994?OpenDocument>. Acesso em: 17 de out. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/dicas/201_clinica_ampliada.html>. Acesso em: 16 de jun. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política nacional de atenção básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2015.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a política nacional de saúde da pessoa idosa. 2006. Disponível em: <www.saudeidoso.iciet.fiocruz.br/pdf/PoliticaNacionaldeSaudeIdosa.pdf>. Acesso em: 03 nov. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Documento base para gestores e trabalhadores do SUS: textos básicos de saúde*, Série B. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <<http://livroaberto.ibict.br/bitstream/1/812/1/HumanizaSUS.%20Pol%C3%ADtica%20Nacional%20de%20Humaniza%C3%A7%C3%A3o.pdf>>. Acesso em: 10 de jun. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS)*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacs01.pdf>>. Acesso em: 10 de jun. 2014.
- BRASIL. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Aprova o pacto pela saúde. 2006d. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>. Acesso em: 24 jul. 2014.
- BRASIL. Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006. Aprova a política nacional de Atenção Básica. 2006e. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>>. Acesso em: 24 jul. 2014.
- BURLÁ, C.; PY, L. Cuidados paliativos: ciência e proteção ao fim da vida. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 6, p.1-3, jun. 2014.
- CAMARANO, A. A. et al. Como vive o idoso brasileiro. In: CAMARANO, Ana Amélia (Org.). *Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros*. Rio de Janeiro: Ipea, 1999. Disponível em: <www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/livros/Arq_06_Cap_01.pdf>. Acesso em: 20 set. 2015.
- CAMARANO, A. A. et al. Famílias: espaço de compartilhamento de recursos e vulnerabilidades. In: CAMARANO, A. A. (Org.). *Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?* Rio de Janeiro: Ipea, 2004. Disponível em: <www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/livros/Arq_12_Cap_05_rachura.pdf>. Acesso em: 20 set. 2015.
- CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81231999000200013&script=sci_arttext>. Acesso em: 11 out. 2013.
- CAMPOS, G. W. S. et al. A aplicação da metodologia paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. *Interface*, Botucatu, 2014. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000500983>. Acesso em: 2 de out. 2015.
- CAMPOS, G. W. S. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 863-870, out./dez. 1998.
- CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 23, n. 2,

- p. 399-407, 2007,. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2007000200016&script=sci_arttext>. Acesso em: 11 out. 2013.
- CHAIMOWICZ, F.; CAMARGOS, M. C. Envelhecimento e Saúde no Brasil. In: FREITAS, E. V. et al. *Tratado de geriatria e gerontologia*. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 74-98.
- COELHO, I. B. Formas de pensar e organizar o sistema de saúde: os modelos assistenciais de saúde. In: CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V. P. *Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2010. Disponível em: <www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/Formas_de_pensar_e_organizar_o_sistema_de_saude.pdf>. Acesso em: 6 de out. 2014.
- CORBO, A. A.; MOROSINI, M. V. G. C.; PONTES, A. L. de M. Saúde da Família: construção de uma estratégia de atenção à saúde. In: MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. A. *Modelos de atenção e a saúde da família*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/FIOCRUZ, 2007. p. 69-106.
- CRUZ, S. C. de S.; WERNER, R. C. D. Panorama atual da atenção à saúde do município. In: CRUZ, S. C. S.; WERNER, R. C. D.; ARAÚJO, M. D. (Org.). *Saúde pública em Vitória: vários olhares*. Vitória: Gráfica e Editora Aquarius, 2012. p. 243-258.
- CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. de S. Apoio matricial e atenção primária em saúde. *Saúde & Sociedade*. v. 20, n. 4, p. 961-970, 2011. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400013>. Acesso em: 11 out. 2013.
- DESLANDES, S. F.; ASSIS, S. G. de. Abordagens quantitativa e qualitativa em saúde: o diálogo das diferenças. In: MINAYO, M. C. de S.; DESLANDES, S. F. (Org.). *Caminhos do pensamento: epistemologia e método*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 195-223.
- DIAS, V. Á. *Referência e contrarreferência: um importante sistema para complementariedade da integralidade da assistência*. 2012. 38f. Monografia (Especialização em Saúde Pública) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.
- DIMENSTEIN, M. et al. O apoio matricial em unidades de saúde da família: experimentando inovações em saúde mental. *Saúde & Sociedade*. v. 18, n. 1, p. 63-74. 2009. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902009000100007&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 7 out. 2013.
- DOMITTI, A. C. P. *Um possível diálogo com a teoria a partir das práticas de apoio especializado matricial na atenção básica de saúde*. 2006. 83f. Tese (Doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, 2006.
- GOMES, V. G. *Apoio matricial: estratégia de interlocução na rede de saúde de Campinas/SP*. 2006. Disponível em: <www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/Apoio_Matricial_estrategia_interlocucao_rede_saude_Campinas_SP.pdf>. Acesso em: 11 out. 2013.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Cidades*. 2010. Disponível em: <www.ibge.gov.br/>. Acesso em: 15 ago. 2014.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA; SEGES/PMV. *Cidades*. 2012. Disponível em: <http://legado.vitoria.es.gov.br/regionais/geral/publicacoes/Vitoria_bairro_bairro/Vit%C3%B3ria_bairro_%20a_bairro.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2014.
- MACHADO, J. C. Doença de Alzheimer. In: FREITAS, Elizabete Viana de et al. *Tratado de geriatria e gerontologia*. 3. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 178-201.

- MADUREIRA, R. M. S.; BISSOLI, S. M. Apoio matricial em saúde do idoso: a experiência do município de Vitória-ES. In: PINHEIRO, R. et al (Org.). *Experienci(ações) e práticas de apoio no SUS: integralidade, áreas programáticas e democracia institucional*. Rio de Janeiro: CEPESC/ABRASCO, 2014. p. 135-147.
- MADUREIRA, R. M. S.; ZANDONADE, E.; MACIEL, P. M. A. Envelhecimento: um desafio ao Sistema de Saúde. In: CRUZ, S. C. S.; WERNER, R. C. D.; ARAÚJO, M. D. (Org.). *Saúde pública em Vitória: vários olhares*. Vitória: Gráfica e Editora Aquarius, 2012. p. 243-258.
- MENDES, E. V. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1996.
- MIELKE, F. B.; OLCHOWSKY, A. Saúde mental na Estratégia Saúde da Família: a avaliação de apoio matricial. *Revista Brasileira de Enfermagem*. v. 63, n. 6, p. 900-907, 2010. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672010000600005&script=sci_arttext>. Acesso em: 12 nov. 2013.
- MINOZZO, F.; COSTA, I. I. da. Apoio matricial em saúde mental entre CAPS e Saúde da Família: trilhando caminhos possíveis. *Psico-USF*, v. 18, n. 1, p. 151-160, 2013,. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712013000100016>. Acesso em: 12 nov. 2013.
- MORAES, E. N. de; MORAES, L. F. de. *Avaliação multidimensional do idoso*. 4. ed. Belo Horizonte: Folium, 2014.
- OLIVEIRA, G. N. *Devir apoiador: uma cartografia da função apoio*. 2011. Disponível em: <[file:///C:/Users/Usu%C3%A1rio/Downloads/OliveiraGustavoNunesde_D%20\(4\).pdf](file:///C:/Users/Usu%C3%A1rio/Downloads/OliveiraGustavoNunesde_D%20(4).pdf)>. Acesso em: 30 out. 2013.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. *Classificação Internacional de Funcionalidade: incapacidade e saúde*: São Paulo: Universidade de São Paulo, 2003.
- PAIM, J. S. *O que é o SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.
- PASSOS, Eduardo. Psicologia, pesquisa cartográfica e transversalidade. *Revista Polis e Psique*, Porto Alegre, v. 9, n. spe, p. 128-139, 2019. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2238-152X2019000400009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 10 janeiro de 2022.
- PINHEIRO, J. E. S. Doença de Parkinson e outros transtornos do movimento. In: FREITAS, Elizabeth Viana de et al. *Tratado de geriatria e gerontologia*. 3. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 285-291.
- PINHEIRO, R. et al. Demanda em saúde e direito à saúde: liberdade ou necessidade? Algumas considerações sobre os nexos constituintes das práticas de integralidade. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (Org.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/ABRASCO, 2005. p. 11-32.
- PY, M. O. Doenças cerebrovasculares. In: FREITAS, Elizabeth Viana de et al. *Tratado de geriatria e gerontologia*. 3. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 264-277.
- QUINDERÉ, P. H. D. et al. Acessibilidade e resolubilidade da assistência em saúde mental: a experiência do apoio matricial. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 18, n. 7, p. 2157-2166, 2013. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013000700031&script=sci_arttext>. Acesso em: 17 out. 2013.

- SAAD, P. M. Transferência de apoio entre gerações no Brasil: um estudo para São Paulo e Fortaleza. In: Camarano, Ana Amélia. *Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros*. Rio de Janeiro: Ipea, 1999. p. 251-80.
- SILVESTRE, J. A; COSTA NETO, M. M. Abordagem do Idoso em programas de saúde da família. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, n. 19, v. 3, p. 839-847, maio-jun., 2003.
- STARFIELD, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.
- UNASUS. *Curso de Especialização em Saúde da Pessoa Idosa*. Unid. 1. Top. 1. 2014a. Disponível em: <www.nuteds.ufc.br/curso/si/politica/unid_02/top_01/01.html>. Acesso em: 7 de set. 2014.
- VERGARA, S. C. *Projetos e relatórios de pesquisa em administração*. 14. ed. São Paulo: Atlas, 2013.
- VITÓRIA(ES). Prefeitura Municipal. Centro de Referência de Atendimento ao Idoso. Plano Municipal de Saúde: Gestão 2014-2017. Vitória, 2013. Disponível em: <www.vitoria.es.gov.br/arquivos/20140609_pms_2014-2017.pdf>. Acesso em: 30 maio 2014.
- VITÓRIA(ES). Prefeitura Municipal. Ficha A da Estratégia Saúde da Família: Gráficos da Rede Bem Estar. Vitória, mar. 2016. (Não publicado).
- VITÓRIA(ES). Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Centro de Referência de Atendimento ao Idoso. Protocolo para acesso ao CRAI: a partir de 1º de agosto de 2012. Disponível em: www.vitoria.es.gov.br/8191520-Protocolo-de-regulacao-do-municipio-de-vitoria-es.html>. Acesso em: 30 maio 2014.
- VITÓRIA(ES). Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Centro de Referência de Atendimento ao Idoso. Relatório de reunião ampliada da unidade de produção de saúde da pessoa idosa. Vitória, set. 2010a. p. 1-4. (Não publicado).
- VITÓRIA(ES). Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Centro de Referência de Atendimento ao Idoso. Relatório de reunião da unidade de produção de saúde da pessoa idosa. Vitória, abr. 2010b. p. 1-5. (Não publicado).
- VITÓRIA(ES). Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Centro de Referência de Atendimento ao Idoso. Relatório de reunião da unidade de produção de saúde da pessoa idosa. Vitória, jul. 2010c, p. 1-5. (Não publicado).
- VITÓRIA(ES). Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Centro de Referência de Atendimento ao Idoso. Relatório de reunião da unidade de produção de saúde da pessoa idosa. Vitória, ago. 2010d. p. 1-7. (Não publicado).
- VITÓRIA(ES). Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Centro de Referência de Atendimento ao Idoso. Relatório de reunião da unidade de produção de saúde da pessoa idosa. Vitória, set. 2010e, p. 1-9 (Não publicado).
- VITÓRIA(ES). Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Centro de Referência de Atendimento ao Idoso. Plano Municipal de Saúde: Gestão 2010-2013. Vitória, 2009. Disponível em: <www.vitoria.es.gov.br/arquivos/20100519_saude_plano_2010_2013.pdf>. Acesso em: 30 maio 2014.

VITÓRIA(ES). Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Centro de Referência de Atendimento ao Idoso. Roteiro de avaliação do risco de fragilidade da pessoa idosa. Vitória, 2009a.

VITÓRIA(ES). Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Centro de Referência de Atendimento ao Idoso. Relatório de reunião da unidade de produção de saúde da pessoa idosa. Vitória, maio. 2009b. p. 1-2. (Não publicado).

VITÓRIA(ES). Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Centro de Referência de Atendimento ao Idoso. Relatório de reunião da referência técnica de saúde do idoso. Vitória, 2007. (Não publicado).

VITÓRIA(ES). Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Centro de Referência de Atendimento ao Idoso. *Saúde bucal na estratégia de saúde da família*. Vitória: Secretaria Municipal de Saúde, 2003.

Olga Maria do Nascimento
Assistente Social da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória/ES (SEMUS), em exercício no
Centro de Referência de Atendimento ao Idoso (CRAI)
Preceptora do Programa de Residência Multiprofissional em Cuidados Paliativos pelo
ICEPi/SESA (Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde/Secretaria de Estado
de Saúde do Espírito Santo)
Mestre em Psicologia Institucional pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia Instituci-
onal (PPGPSI/UFES)
E-mail: olgabragatto@yahoo.com.br

Rafael da Silveira Gomes
Professor do Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)
e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional (PPGPSI/UFES)
Doutor em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ/RJ)
E-mail: rsgomes33@hotmail.com

Ana Lucia C. Heckert
Professora Titular aposentada do Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Es-
pírito Santo (UFES) e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional
(PPPSI/UFES)
Doutora em Educação pela Universidade Federal Fluminense (UFF)
E-mail: anaheckert@uol.com.br

¹ Referência e contrarreferência é uma forma de organização que o Sistema Único de Saúde/SUS utiliza para que a população tenha acesso aos serviços em todos os níveis da atenção. Este sistema é organizado em três níveis: primário, secundário e terciário, sendo o usuário encaminhado para os serviços conforme a demanda de saúde apresentada (DIAS, 2008).

²A noção de idoso frágil está sendo utilizada neste trabalho tendo como referência as definições efetuadas pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Portaria 2528/2006), a saber: “Considera-se idoso frágil ou em situação de fragilidade aquele que: vive em ILPI (Instituição de Longa Permanência para Idosos), encontra-se acamado, esteve hospitalizado recentemente por qualquer razão, apresente doenças sabiamente causadoras de incapacidade funcional – acidente vascular encefálico, síndromes

demências e outras doenças neurodegenerativas, etilismo, neoplasia terminal, amputações de membros - encontra-se com pelo menos uma incapacidade funcional básica, ou viva situações de violência doméstica. Por critério etário, a literatura estabelece que também é frágil o idoso com 75 anos ou mais de idade. Outros critérios poderão ser acrescidos ou modificados de acordo com as realidades locais”.

³ A consultoria efetuada pela Unicamp trouxe aporte teórico-metodológico para implantação do matriciamento, realizou acompanhamento e orientação do trabalho realizado pelos matriciadores no apoio institucional. Proporcionou, também, a implantação de novas tecnologias de saúde, por meio do compartilhamento de experiências que estavam em andamento em outros municípios, contribuiu para organização dos espaços coletivos que foram fundamentais para a organização e funcionamento do matriciamento. Colaborou ainda na implantação do modelo de cogestão na SEMUS, por meio de discussões, estudos e oficinas de formação.

⁴ Starfield (2002) trabalha com a nomenclatura APS. Neste trabalho optamos por usar o termo ABS, por ser a nomenclatura corrente no Brasil e na rede de saúde de Vitória/ES

⁵ Co-gestão diz respeito a um modo de administrar o sistema de saúde incluindo o pensar e o fazer coletivo, entendendo que a gestão não é tarefa exclusiva de especialistas. Segundo a cartilha da PNH (BRASIL, 2006b, p. 9) é uma “[...] uma diretriz ético política que visa democratizar as relações no campo da saúde”. A gestão participativa diz respeito à inclusão de usuários, profissionais e gestores no processo de gestão do SUS visando democratizar os processos de gestão. Tal participação está prevista na Lei n. 8142/1990, instituindo as Conferências de saúde como espaço de participação social. Além das conferências de saúde temos os conselhos municipais, estaduais e o conselho nacional de saúde. A gestão compartilhada implica compartilhar funções gerenciais entre todos os trabalhadores, dialogando e contribuindo nas tomadas de decisões. Para tal, alguns arranjos e dispositivos de compartilhamento da gestão devem ser criados, tais como os colegiados gestores, os contratos de gestão, as rodas de conversa, etc; (BRASIL, 2009). A este respeito, recomendamos também Campos (1998), que entende a proposta de gestão compartilhada como uma forma de compartilhar funções de gestão entre todos os trabalhadores, o que significa compartilhar ideias, dialogar e contribuir nas tomadas de decisão.

⁶ O sistema de regulação SISREG foi implantado no município em 2008, por meio de parceria com o Ministério da Saúde em todas as unidades básicas de saúde, objetivando estabelecer critérios de priorização dos agendamentos especializados (VITÓRIA, 2009b).

⁷ A Grande Vitória é composta pelos seguintes municípios: Vitória, Serra, Fundão, Vila Velha, Cariacica, Guarapari e Viana.

⁸ O Ministério da Saúde (BRASIL, 2004, p. 39) conceitua colegiado gestor como: “[...] um modelo de gestão participativa centrado no trabalho em equipe e na construção coletiva (planeja quem executa), os colegiados gestores garantem o compartilhamento do poder, a co-análise, a co-decisão e a co-avaliação. [...] O colegiado gestor de uma unidade de saúde é composto por todos os membros da equipe ou por representantes. Tem por finalidade elaborar o projeto de ação da instituição, atuar no processo de trabalho da unidade, responsabilizar os envolvidos, acolher os usuários, criar e avaliar os indicadores, sugerir e elaborar propostas”.

⁹ A Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa é um instrumento proposto pelo Ministério da Saúde que auxilia na identificação das pessoas idosas frágeis ou em risco de fragilização. Para os profissionais de saúde, possibilita o planejamento, organização das ações e um melhor acompanhamento do estado de saúde dessa população. Para as pessoas idosas é um instrumento de cidadania, onde terá em mãos informações relevantes para o melhor acompanhamento do estado de saúde dessa população (BRASIL, 2007, p. 10)

¹⁰ Inicialmente, o município contava com três equipes de Apoio Matricial em Saúde Mental, que atuavam em duas das cinco regiões do município. Posteriormente, a proposta do Apoio Matricial foi reformulada e o Apoio Matricial em Saúde Mental se efetivaria a partir dos três CAPS, os quais incorporaram as antigas equipes matriciais, possibilitando que o Apoio Matricial se estendesse para toda a rede municipal. O AM na saúde mental foi modificado e teve sua proposta inicial reformulada, os apoiadores matriciais passaram a realizar também atendimento assistencial aos usuários do CAPS, além de realizar o AM em toda rede de saúde do município

¹¹ As UPs designam unidades de produção que se organizam em torno de um objeto de trabalho que é comum, são coletivos multiprofissionais. A proposta de criação de UPs é delineada por Gastão Wagner Campos (2008), objetivando a criação de arranjos de organização do trabalho em saúde participativos e co-geridos pelos trabalhadores, em substituição aos organogramas verticalizados, fixos e formulados de modo desconectado ao processo de trabalho. As UPs devem ser mutantes, reformuladas de acordo com a análise feita pelos próprios trabalhadores acerca de seu trabalho. A organização de UPs nos serviços de saúde de Vitória foi uma das proposições feitas pela consultoria prestada pela UNICAMP, à qual nos referimos neste artigo. No que se refere ao município de Vitória, a UP do idoso efetuava reuniões ampliadas mensais, objetivando discutir a política de saúde do idoso e articular os diferentes espaços de gestão da saúde municipal.

¹² A respeito de cuidados paliativos há uma variada produção acadêmica. Recomendamos o trabalho de BURLÁ e PY (2014)