

O Apoio matricial em saúde mental pode contribuir para o desenvolvimento dos atributos da Atenção Primária à Saúde?

Mariana Resener de Morais¹
Rossana Almeida²
Vera Lúcia Pasini³

Resumo: Este trabalho buscou conhecer as experiências de apoio matricial em duas Unidades de Saúde de um Serviço de Saúde Comunitária do município de Porto Alegre/RS, relacionando-as aos atributos de acesso, integralidade, longitudinalidade e coordenação do cuidado, que orientam o trabalho das equipes de Atenção Primária à Saúde (APS). Trata-se de um estudo qualitativo que foi realizado em 2013, por meio de dois grupos de discussões com profissionais de duas equipes de saúde da família deste serviço. A realização do estudo teve como objetivo realizar produção teórica que contribua para a discussão dos elementos necessários para a produção de um atendimento mais integral e resolutivo neste âmbito de atenção à saúde. Utilizou-se como referencial teórico documentos do Ministério da Saúde e autores que enfocam o apoio matricial como um arranjo organizacional que proporcionam cuidado integral a saúde e práticas menos fragmentadas entre as especialidades. Da pesquisa derivaram dois artigos: um com enfoque nas concepções de matriciamento; e este, que explora a relação do apoio matricial com os atributos da APS como uma estratégia que contribui para a efetivação de seus atributos no cotidiano do cuidado, qualificando e aumentando a resolutividade dos serviços e a reorganização do modelo de atenção à saúde.

Palavras-chave: Apoio Matricial, Saúde Mental, Atributos da Atenção Primária em Saúde.

The Matrix support in mental health can contribute to the development of the attributes of Primary Health Care?

Abstract: This study sought to understand the experiences of matrix support in two health units in a Community Health Service of Porto Alegre / RS , relating them to the attributes of access, integrality, longitudinality and coordination of care that guide the work of Primary Health Care (PHC) teams. This is a qualitative study that was conducted in 2013 by two groups discussion with two family health teams of this service. The proposed study aims to perform theoretical production that contributes to the discussion of the necessary elements to produce a more comprehensive and effective care in this area of health care. As the theoretical framework was used documents of the Ministry of Health and writers who focus on the matrix support as an organizational arrangement that provides comprehensive health care and less fragmented practice

¹ Psicóloga Residente do Grupo Hospitalar Conceição na ênfase de Saúde da Família e Comunidade.

² Assistente Social Residente do Grupo Hospitalar Conceição na ênfase de Saúde da Família e Comunidade.

³ Psicóloga, Doutora em Psicologia, Coordenadora do SSC/GHC, docente da Escola GHC, orientadora da pesquisa que origina este artigo e sua co-autora.

between specialties. The study derived two articles: one focusing on conceptions of matrix support, and this, which explores the relationship of matrix support with the attributes of PHC as a strategy that contributes to the development of the attributes in daily care, qualifying and increasing the resolution of service and the reorganization of the health care model.

Key-words: Matrix Support, Mental Health, Attributes of Primary Health Care.

Introdução

O Sistema Único de Saúde, instituído na Lei 8080 em 1990, foi constituído a partir de lutas e movimentos sociais do povo brasileiro que conquistaram a Saúde como “direito de todos e dever do Estado”. Tem como preceitos a integralidade, universalidade, equidade, descentralização e opera na perspectiva do desenvolvimento de novas tecnologias no cuidado. Fruto da Reforma Sanitária, aponta para uma concepção de saúde que não se restringe a ausência de doença, ampliando-se na qualidade de vida das pessoas. Tem compromisso em prevenir, cuidar, proteger, recuperar – promover saúde (BRASIL, 2004). Neste sentido, prevê uma clínica outra, ampliada, na medida em que muda seu foco da doença para o sujeito, dando ênfase não a um processo curativo, mas de produção de saúde.

Nesse cenário, a Atenção Primária a Saúde se constitui em um nível de atenção fundamental para esta nova forma de pensar a saúde. Instaladas no território onde as pessoas vivem, trabalham e se relacionam, as equipes detém um papel importante na garantia do acesso à saúde de forma universal, integral e gratuita. A APS pretende desenvolver a assistência a saúde de forma ágil, resolutiva, acolhedora, humanizada. Desenvolve suas ações tendo em vista os princípios de universalidade, acesso, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização, equidade e da participação social (BRASIL, 2012).

Para corresponder as atribuições esperadas da APS, desenvolvendo assistência a saúde de forma qualificada e eficiente, faz-se necessário recorrer a dispositivos que potencializem a atenção integral à saúde. Com o apoio matricial, pretende-se inovar as práticas na saúde, ampliando o cuidado, como parte da integralidade nos atendimentos, o que contribui para tornar essas práticas mais humanizadas e resolutivas na APS.

Metodologia

O presente estudo é resultado do Trabalho de Conclusão de Residência Integrada em Saúde do GHC - RIS/GHC, com ênfase em Saúde e Família e Comunidade, intitulado “Apoio Matricial: tecendo o cuidado compartilhado”, co-construído por duas residentes, respectivamente do Serviço Social e Psicologia e por sua orientadora. A pesquisa foi realizada em 2013 no Município de Porto Alegre – RS, no Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição - GHC, em duas unidades de saúde ampliadas que estão desenvolvendo experiências de matriciamento. Vinculado ao Ministério da Saúde, o GHC é formado por quatro hospitais; cinco equipamentos de atenção à Saúde Mental, 12 unidades de APS e um núcleo operativo cultural, vinculados a Gerência de Saúde Comunitária e um Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde- Escola GHC. O objetivo geral do estudo foi conhecer experiências de apoio matricial, especialmente as relacionadas à saúde mental, desenvolvidas em unidades de saúde da atenção primária, a fim de investigar possibilidades de ampliação do cuidado em saúde produzidas a partir destas ações. Orientou-se no questionamento sobre: de que maneira o apoio matricial pode ser um suporte para o cuidado das pessoas e para mudanças na organização dos processos de trabalho em equipes da atenção primária.

Inicialmente solicitou-se à gestão das unidades que informassem a respeito do desenvolvimento de experiências em matriciamento em seu serviço e do interesse em participar do estudo. Pretendia-se realizar o estudo em três unidades de saúde, porém apenas duas unidades aceitaram participar da pesquisa. Como metodologia utilizou-se grupos de discussão (Bohnsack, 1999, apud Weller, 2006). Considera-se que grupos de discussão adquirem propriedade de método quando os processos interativos, discursivos e coletivos que estão por detrás das opiniões, das representações e dos significados elaborados pelos sujeitos são “metodologicamente reconhecidos e analisados à luz de um modelo teórico” (p. 245) ou seja, quando são interpretados com base em categorias metateóricas relacionadas a uma determinada tradição teórica e histórica (Bohnsack, 1999, apud Weller, 2006). Esta metodologia, em nosso entendimento, proporciona a experiência do vivido, aproximando o pesquisador do objeto de estudo, no caso desta pesquisa, no aprofundamento da discussão sobre as experiências de matriciamento, vividas por trabalhadores de um serviço de APS.

Foram realizados um grupo de discussão com cada equipe, em sua unidade de saúde correspondente, com duração de uma hora aproximadamente, do qual

participaram um profissional por núcleo de conhecimento, contemplando: medicina, Enfermagem (graduados e técnicos), odontologia (graduados e técnicos em saúde bucal), psicologia, serviço social e agentes comunitários de saúde, sendo que em um dos grupos os profissionais dos núcleos de nutrição, farmácia e psiquiatria participaram da discussão.

Estabeleceu-se como categorias de análise o conceito de saúde em sua perspectiva ampliada, matriciamento e apoio matricial, atenção primária em saúde e saúde mental (na perspectiva brasileira da atenção psicossocial). Para a etapa da análise, utilizou-se a Análise de Conteúdo, proposta por Bardin (1977) definida como um conjunto de procedimentos sistemáticos e objetivos o qual pretende descrever o conteúdo das mensagens, buscando indicadores que possibilitem estabelecer inferências com base no referencial teórico a respeito do material coletado.

Desta pesquisa, desenvolveram-se dois artigos que se complementam em conteúdo, sendo um destes a respeito das concepções sobre apoio matricial nas equipes, intitulado “Matriciamento na Atenção Primária: como os trabalhadores entendem esta prática?”, e este, desenvolvido com o objetivo de relacionar o apoio matricial e os atributos da APS: acesso, integralidade, longitudinalidade e coordenação do cuidado. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do GHC sob o nº CAAE 11504613.1.0000.5530.

Discussão

A Estratégia Saúde da Família (ESF) se constitui nacionalmente para reorientação do modelo assistencial de saúde na atenção básica. É composta por equipes multiprofissionais que são responsáveis por desenvolver ações de promoção, prevenção e reabilitação de saúde para populações adscritas em uma unidade territorial. Através do vínculo com a população do território, se possibilita o compromisso e responsabilidade sanitária entre equipe-usuários-comunidade. A Saúde da Família busca ampliar a resolutividade de suas ações e é vista como a principal estratégia de modificação e reorganização do modelo de atenção à saúde (BRASIL, 2012).

Para intervir sobre a saúde alcançando o ideário do SUS, preocupada com o sujeito e sua saúde, a clínica se transforma. Campos (1998) sugere que não há troca de uma clínica cujo objeto de trabalho são as doenças e sintomas para outra, que enfatiza o

sujeito concreto, mas sim uma ampliação da clínica. Considera a enfermidade, incluindo o sujeito e seu contexto no objeto de saber. Esta clínica se responsabiliza não só pela doença, mas pela pessoa que adoecer/adoeceu.

Considerando o cenário nacional, onde se fazem presentes desigualdades socioeconômicas agudas, o acesso a saúde, como direito do cidadão, encontra lacunas a serem superadas. Dentre estas, destacam-se a fragmentação do cuidado, do processo de trabalho e entre os profissionais; fragmentação da rede assistencial dificultando a complementaridade entre a rede básica e o sistema de referência; dificuldade das equipes em lidar com a dimensão subjetiva nas práticas de atenção, burocratização e verticalização da assistência, pouco investimento na qualificação dos trabalhadores, entre outros (BRASIL, 2004).

Nesse sentido entende-se que o apoio matricial vem a ser um dispositivo de cuidado que contribui para a mudança deste modelo de atenção em saúde, mas que enfrenta uma série de desafios para ser efetivado nas equipes de atenção primária. A seguir, realiza-se uma apresentação dos conceitos de matriciamento, discutindo posteriormente como ele pode contribuir na efetivação dos atributos da APS (integralidade, longitudinalidade, acesso e coordenação do cuidado) de acordo com as produções realizadas pelas equipes nos grupos de discussão.

Apoio Matricial

De acordo com a portaria que institui o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (portaria 154, de 24 de janeiro de 2008) o NASF deve ser composto por núcleos profissionais de diferentes áreas do conhecimento que ofereçam apoio matricial a equipes de APS. Devem atuar de forma compartilhada com as equipes, sendo co-responsáveis pelo desenvolvimento de ações em saúde no território adscrito. A composição interdisciplinar se justifica no objetivo de realizar práticas interdisciplinares, que ampliem o cuidado integral e a resolutividade na APS (BRASIL, 2008; BRASIL, 2009).

O apoio matricial foi formulado por Campos (1999), como uma ferramenta de agenciamento para uma clínica ampliada, buscando aumentar o grau de resolução das ações em saúde. Prevê reformulações nos organogramas dos serviços, sendo que áreas especializadas (antes verticais) passam a oferecer apoio técnico às equipes

interdisciplinares da atenção básica. Neste âmbito de atenção a relação terapêutica se constitui na linha reguladora do processo de trabalho, sendo que o apoio matricial contribui com suporte teórico-técnico para potencializar a tarefa da ESF em realizar acompanhamento longitudinal do processo saúde-doença da população de seu território (FIGUEIREDO; ONOCKO CAMPOS, 2009).

O apoio matricial pretende oferecer suporte assistencial e técnico-pedagógico por profissionais especialistas às equipes interdisciplinares que possuam responsabilidade sanitária por uma clientela adscrita. Busca-se aumentar o vínculo entre a população e equipe interdisciplinar e o poder da equipe sobre seus casos, a fim de potencializar a qualidade e efetividade de suas ações (Campos, Domitti, 2007). Os profissionais que prestam apoio são de áreas do conhecimento distintas das presentes nas equipes de APS, podendo ser psicólogo(a), assistente social, farmacêutico(a), educador(ra) físico(a).

De acordo com a PNAB, a AB busca atingir duas metas fundamentais de um sistema nacional de saúde: melhorar a saúde da população e proporcionar a equidade na distribuição de recursos. Dentro do Sistema Único de Saúde, existem grandes expectativas quanto ao papel da AB, e assim, entende-se que ela deve ser apoiada, valorizada, reforçada, para que desempenhe esta função.

Nessa perspectiva, o apoio matricial funciona como um dispositivo de apoio que contribui para intervenções mais resolutivas das equipes, especialmente referentes a saúde mental, qualificando o cuidado na atenção primária através do trabalho compartilhado. Dessa maneira, situações sociais e individuais podem ser consideradas e distinguidas das demandas em saúde, podendo assim ser acolhidas através dos recursos do território, evitando a “psiquiatrilização” e “medicalização” do sofrimento (FIGUEIREDO; ONOCKO-CAMPOS, 2009).

Com esta compreensão, entende-se que o apoio matricial funciona como um suporte ao trabalho das equipes de saúde da família e que se configura em um dispositivo contribui no alcance dos atributos da APS, referentes ao acesso, integralidade, longitudinalidade e coordenação do cuidado.

A seguir, busca-se relacionar as produções dos grupos de discussão com profissionais da APS a respeito da ferramenta do matriciamento com os quatro atributos

essenciais da APS: a porta de entrada (acesso), integralidade, longitudinalidade e coordenação do cuidado.

Estratégia de Saúde da Família e suas diretrizes

Acesso

A diretriz acesso ou primeiro contato, significa que espera-se de um serviço de APS que se constitua como a principal “porta de entrada” para o sistema de saúde. Para isso, a população e equipe precisam reconhecer o serviço como o primeiro recurso a ser utilizado para cada novo evento de saúde ou novo episódio de um mesmo evento de saúde. Para tanto, é necessário que tenha como características ser disponível, de fácil acesso, caso contrário, a busca pelo recurso de saúde será adiada, com a possibilidade de afetar negativamente o diagnóstico e o tratamento (STARFIELD, 2002).

A resolutividade das intervenções das equipes de APS, o acolhimento, a capacidade em definir os recursos necessários para solução dos problemas e um cuidado centrado na pessoa, família e comunidade (e não na patologia) são determinantes importantes na utilização deste recurso pela população do território atendido. Amplia-se o acesso na medida que propõe-se que as unidades de saúde sejam próximas ao local de moradia das pessoas, contribuindo ainda para a formação do vínculo com a população atendida e a responsabilidade pelo seu cuidado em saúde (BRASIL, 2007).

Assim, a essência da diretriz “acesso” traz a unidade de saúde como porta de entrada preferencial das pessoas ao serviço de saúde. Ambas as equipes em suas discussões ressaltam o matriciamento como um dispositivo que auxilia na ampliação do acesso:

“Aí tu tem núcleos de referências, do matriciador que ele olhe para as equipes no território, num território maior. Acho que o termo matriz, no meu entendimento tem a ver com essa coisa de mapa, tem uma amplitude maior que uma equipe só que atende” (Equipe B).

Entende-se que o fato de estar no território onde as pessoas vivem proporciona que as equipes possam se colocar como porta de entrada e que possam estabelecer esse cuidado longitudinal (atributo que será discutido adiante). A equipe B refere que o olhar do profissional de outra área possibilita que se identifiquem demandas antes não percebidas pela equipe, e aqui se referem especialmente as demandas em saúde mental:

“Muitas vezes eles não enxergam os problemas de saúde mental na unidade deles, e isso não é possível, e eles não enxergam porque eles não olham, porque eles não tem esse apoio”.

Entendem, dessa forma, que uma das funções do apoiador matricial se configura em possibilitar a equipe ampliar o seu olhar, proporcionando que o recurso da APS seja buscado pelo usuário, aumentando o acesso, também quando este tem uma demanda em saúde mental.

Em estudos realizados pelo Ministério da Saúde, 56% das equipes de saúde da família entendem que realizam alguma ação em saúde mental. Por estes serviços se localizarem próximo aos locais onde as famílias vivem, considera-se um dispositivo estratégico para atuar sob as demandas em saúde mental. Estima-se também que 9% da população apresentam algum transtorno mental leve e que 6 a 8% apresentam algum transtorno decorrente de uso de álcool e outras drogas, nos quais as equipes de saúde da família podem intervir (FIGUEIREDO; ONOCKO-CAMPOS, 2009).

De maneira geral, os profissionais da APS costumam referir dificuldade em acompanhar as pessoas que tenham algum sofrimento psíquico ou transtorno mental. Os encontros matriciais auxiliam a equipe a identificar tais dificuldades e discutir a respeito delas, seja nos encontros matriciais ou em outras atividades de educação permanente. Os profissionais da APS podem desenvolver intervenções efetivas, tanto na escuta do usuário, em acolhimento atento e desenvolvimento de um plano de cuidado (CHIAVERINI, 2012).

De acordo com Starfield (1994) as equipes especialistas em APS lidam melhor com problemas de saúde em seus estágios iniciais, através da abordagem “ver, esperar e acompanhar”, contrapondo com a forma de trabalho dos especialistas em doenças, que, acostumados em atender problemas de saúde em fases adiantadas, solicitam excessivos exames complementares e realização de mais procedimentos (BRASIL, 2007).

A equipe B entende que o matriciamento potencializa e é potencializado quando se desenvolve ações em vigilância de saúde, como se propõe na organização do território adscrito em áreas de vigilância. No contexto das unidades de saúde comunitária do GHC, todas formadas por mais de 3 equipes de ESF, com território adscrito correspondente, a organização das ações em saúde em áreas de vigilância promove a divisão da equipe em pequenas equipes responsáveis por determinadas áreas

do território adscrito. Favorece a responsabilização, o conhecimento das demandas específicas de cada área, suas vulnerabilidades, o vínculo entre os usuários e profissionais.

“Eu acho que se nós conseguíssemos ter implementado as horas de vigilância, nós outros poderíamos direcionar mais o olhar com os matriciadores, entendeu? Nós não seríamos de nenhuma área, seríamos, por exemplo, das cinco áreas. Dividiríamos em os vigilantes e nós faríamos matriciamento nessas áreas, não seríamos fixas nessas áreas”.

Nas falas citadas, observa-se a identificação da AB, sua proximidade geográfica, seu vínculo com território, como fundamental à garantia do acesso do usuário em suas diversas demandas em saúde. Reconhece-se, assim, a importância em que as unidades de saúde tenham o suporte técnico-pedagógico previsto no apoio matricial para ampliar o olhar ao sujeito em sua integralidade para garantir o acesso. Este suporte, como dito anteriormente, auxilia na capacidade das equipes em identificar situações de saúde antes não percebidas. Aqui, aponta-se especialmente o atributo da integralidade, como um fator que se co-relaciona a diretriz do acesso.

Integralidade

De acordo com Merhy (2005) quanto maior for a composição das caixas de ferramentas (entendidas como o conjunto de saberes que se dispõem para a produção dos atos de saúde) utilizada individualmente ou em equipes, maior será a possibilidade de compreender o problema de saúde, podendo enfrentá-lo de forma mais adequada, para o cuidado do usuário e para a composição dos processos em equipe.

É dentro deste preceito de integralidade que encontra-se o conceito ampliado de saúde, no qual necessidades bio-psico-sociais, culturais e subjetivas são consideradas; a promoção, prevenção e tratamento são realizados no âmbito da prática clínica e comunitária; e onde é utilizada a abordagem centrada no indivíduo, família e contexto. Depende da capacidade das equipes em identificar as necessidades percebidas ou não pelos sujeitos, da atuação fundamentada na abordagem do ciclo vital e familiar e também do olhar ampliado dos diversos campos de saberes. Nesse sentido, faz-se fundamental a atuação interdisciplinar das equipes de saúde, uma vez que em seu cotidiano de trabalho se apresentam demandas complexas de usuários e de seus

territórios, situações que exigem uma intervenção coordenada dos profissionais de diversas disciplinas (BRASIL, 2007).

Este olhar aparece em uma das falas produzidas na discussão da equipe B:

“Que para de ver a pessoa com dor de cabeça, dor nas costas, perna quebrada, não sei o que, mas é uma pessoa que está ali assim. Bom, hoje ele está com isso, aí a gente vai conversar com fulano, mas aí a gente não perde o todo do paciente” (Equipe B).

O atributo da APS referente ao cuidado integral significa a capacidade das equipes de saúde em lidar com as diversas necessidades de saúde dos indivíduos ou das comunidades (BRASIL, 2012). Assim como na fala de um dos grupos realizados, a integralidade é o atributo que diz respeito a cuidar do sujeito, seja onde for sua dor ou qual for sua demanda, mas sem perder o seu todo.

Do mesmo modo a equipe A traz o matriciamento como um dispositivo que contribui para o cuidado integral, quando se esgotam os seus recursos frente a complexidade das situações atendidas:

“Quando é que a gente busca? Quando daqui a pouco muitas coisas já se esgotaram, a gente uma opinião cada uma assim, pegar aquele caso né, aí é o conhecimento que nós não temos, o conhecimento especializado. Não que a gente não seja especialista em APS, mas eu digo uma outra especialidade que talvez não conte na APS, então o matriciamento é algo que vem pra somar”.

De acordo com Starfield (1994) através do preceito da integralidade, defende-se que as equipes de APS são capazes de resolver 85% das situações de saúde por meio de um conjunto de ações e serviços de promoção, prevenção e reabilitação da saúde (BRASIL, 2007). As equipes reconhecem sua possibilidade de ter um grau de resolutividade significativo, no qual não se faça necessária a demanda de retaguarda de profissional especialista a todo o momento. Pode-se recorrer a estes quando a situação é considerada de maior gravidade, e aí o matriciamento se faz necessário:

“Eu acho, acho que não necessita ter uma pessoa específica na área da psiquiatria, ficar todos os dias aqui, a maioria dos casos provavelmente serão de leves a moderados, e alguns graves, acho que por isso tem o matriciamento” (Equipe A).

A equipe B também entende que o apoio matricial contribui na resolutividade da APS, como observa-se nesta fala:

“Os médicos de família eles chegam para resolver, muito bem capacitados, talvez 80%, 90% dos problemas (...) tu tem uma situação problema e ele está trazendo o problema, e daí vê possíveis intervenções e daí isso pode ser interdisciplinar, interprofissional. Seja como for, mas ele [o profissional do

matriciamento] tem uma atuação de resolução mesmo, que aumentava a capacidade de resolução”.

Ainda na equipe B surge junto a responsabilização pelas demandas em saúde mental no cuidado integral, um sentimento de sobrecarga “*bom tudo é atenção básica (...) fica muito pesado*”. Ambas as equipes sentem-se sobrecarregadas frente ao seu compromisso em resolver a maioria das demandas em saúde, considerando também as demandas em saúde mental, sobretudo frente sua complexidade. Nesse contexto, o apoio matricial surge como uma forma de articular os cuidados em saúde mental na APS (DIMENSTEIN et al., 2009).

De acordo com Amarante e Lancetti (2006, p 615) “o habitat privilegiado para o tratamento de pessoas em sofrimento mental é “o bairro, as famílias e as comunidades e, logicamente, as unidades de saúde encravadas nos territórios onde as pessoas existem”. Nesse sentido, a Política Nacional de Saúde Mental (2004) prevê como um de seus objetivos incorporar ações de saúde mental na atenção básica, assinalando para a tendência a reversão do modelo hospitalar para ampliar o cuidado extra-hospitalar de base comunitária. Na APS, a possibilidade de estabelecer um cuidado integral, um vínculo e a proximidade, favorecem um cuidado mais atento e que acompanhe a saúde das pessoas ao longo do seu ciclo vital.

“A disponibilidade do afeto, da compreensão, né. De entender o contexto do que a gente tá falando. De qual o medicamento que eu uso pra fulano, então é diferente” (Equipe A).

Além disso, considera-se que todo o problema de saúde, por ter um componente de sofrimento psíquico atrelado, sempre também é mental. Faz-se necessário, assim, pensar na saúde mental na APS. Porém constata-se que as equipes enfrentam condições adversas para dar conta desta tarefa, que de fato é bastante complexa (BRASIL, 2003), como é apontado nas equipes. Estudos indicam alguns fatores que prejudicam significativamente o desenvolvimento do cuidado à saúde mental pela AB, como por exemplo a sobrecarga dos profissionais, superlotação dos serviços, baixa cobertura de ESF e de serviços para saúde mental; carência de recursos, alta rotatividade de profissionais, rigidez em agendas e cobrança de produtividade, pouco espaço para reflexão sobre o trabalho e processos de trabalho em equipe (BONFIM et al., 2013).

Contudo, as equipes que participaram do estudo percebem que conhecer sua população favorece no desenvolvimento de formas de lidar com o usuário: “*Mas, ao*

mesmo tempo já conhece todo mundo, já sabe como lidar, já sabe o jeito que é aquela pessoa” (Equipe B).

Em uma das narrativas, o grupo B cita como exemplo a situação de trabalho das equipes de ESF vinculadas à prefeitura municipal, identificando os cuidados em saúde mental também como um trabalho da ESF:

“Eu acho que as unidades da prefeitura de ESF davam conta, sim, de um jeito muito interessante das situações de saúde mental e muitas vezes sem encaminhamento, porque, bom, o encaminhar e até via o matriciamento chegava a conclusão que precisava ir para o CAPS, só que daí a pessoa não tinha como ir para o CAPS, não tinha grana para ir, não tinha condição física de quem acompanhasse para ir, tinha pânico de entrar no ônibus, ou ficava na atenção básica e se fazia um trabalho interessante”.

Ao mesmo tempo, consideram que a escassez de recursos no âmbito da saúde contribui no desenvolvimento da proposta de matriciamento, como uma forma de aumentar o acesso da população às categorias não disponíveis na equipe de ESF (nutrição, fisioterapia, psicologia, serviço social).

“Aí entra a questão econômica, a questão que provavelmente a maioria de todos os municípios nem tem como bancar todas as categorias, toda essa equipes” (Equipe B).

Surge, ainda, nos dois grupos de discussão uma aproximação do trabalho do apoio matricial com a possibilidade de produzir práticas de prevenção e promoção à saúde. A equipe A percebe o matriciamento como uma ferramenta importante não só para os casos de urgência ou de esgotamento de possibilidades, mas também dá ênfase as ações de prevenção: *“pra mim matriciamento e prevenção não tem muita diferença (...)e foi como eu falei no início, vem aqui e pergunta justamente “como vamos manter a pessoa aqui?”* – evitando o agravamento do evento em saúde e não se fazendo necessário a articulação com demais níveis. A equipe B traz a inserção do núcleo da Nutrição no apoio matricial à equipe como um “marco” (*sic*), *“Pela qualidade da atenção, um olhar para outras coisas além das doenças e dores, mas olhar para as questões muito mais da prevenção, acho que a nutrição traz isso”*. Identificam que o olhar de um outro núcleo não disponível na equipe mínima de APS amplia o cuidado e contribui para o trabalho em prevenção e promoção.

Sendo um rearranjo organizacional, o apoio matricial objetiva “deslocar o poder das profissões e corporações de especialistas, reforçando o poder de gestão da equipe

interdisciplinar” (CAMPOS, DOMITTI; 2007, p400). Coincide com o entendimento de um dos grupos, ao dizer que:

“Eu acho que o matriciamento, que eu entendo, está ligado numa proposta de organização de serviço, num processo de trabalho dentro do serviço. E não é nem em si uma ferramenta, é mais uma proposta de organização” (Equipe B)

Consoante ao discutido na equipe B, na lógica do matriciamento a equipe de profissionais são responsáveis por um mesmo objeto, problema de saúde, objetivando realizar um conjunto de ações terapêuticas com um objetivo comum, operando com diversos modos de intervenção. É concedido o máximo de poder à equipe interdisciplinar (CAMPOS; DOMITTI, 2007), responsável por responder integralmente, longitudinalmente, proporcionando o acesso, aos usuários de seu território atendido.

Realizar ações de promoção de saúde é conferir visibilidade aos fatores que colocam a população em risco, e que, na medida em que dá atenção as suas necessidades, possibilita reduzir vulnerabilidades, desenvolvendo maior equidade e participação no controle social e na gestão de políticas públicas (BRASIL, 2007). Conforme discutido, o apoio matricial auxilia no desenvolvimento do trabalho interdisciplinar, atentando a integralidade do sujeito, aumentando o acesso ao serviço de saúde, e desenvolvendo mais ações em promoção e prevenção em saúde. Também, entende-se que, ao potencializar estas diretrizes do cuidado, contribui no preceito da longitudinalidade e coordenação do cuidado, como será proposto a seguir.

Longitudinalidade

Estar próxima de onde as pessoas moram, vivem e se relacionam, possibilita que a equipe conheça o seu contexto e entenda como este interfere no seu processo saúde-doença. Outra diretriz fundamental da APS refere-se ao estabelecimento do vínculo com a população atendida. Este vínculo promove a responsabilização pela demanda, o acolhimento, o desenvolvimento do cuidado longitudinal daquela população.

A longitudinalidade, ou vínculo e responsabilização, tem como essência o estabelecimento de uma relação pessoal ao longo do tempo entre o sujeito atendido, independente da presença de um problema de saúde. As equipes de saúde da família tem a oportunidade de acompanhar as histórias de vida da sua população atendida em seus

diversos momentos de ciclo de vida dos seus indivíduos, família e comunidade. A equipe conhece os sujeitos atendidos e estes conhecem a equipe de saúde. Dessa maneira se constitui o vínculo e a responsabilização, contidos na proposta da Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012).

Um dos objetivos do apoio matricial é possibilitar o aumento da construção de vínculo entre profissionais e usuários e responsabilização pelo cuidado longitudinal. Assim, a equipe de referencia tem responsabilidade de condução de um caso individual, familiar ou comunitário (CAMPOS; DOMITTI, 2009). Nesse sentido, diversas falas nos grupos colocam o matriciamento como um apoio que contribui para a diretriz da longitudinalidade. Este atributo, que diz respeito ao acompanhamento das condições de saúde e trajetória da pessoa no sistema de saúde ao longo do tempo, é ressaltado na fala:

“Tu não ta lidando lá fora com uma pessoa que tem obesidade mórbida, tu ta lidando com pessoas que tem problemas mas eles vem aqui e estão sendo tratados, acompanhados por uma equipe ne, sem estar encaminhando pra um especialista” (Equipe A).

Apona-se pela equipe, que o apoio matricial contribui na efetivação da longitudinalidade nas ações de saúde da unidade. Destacando-se a importância do vínculo com a população do território, e como a proximidade (territorial mas também afetiva) interfere na garantia do acesso e do cuidado dessas pessoas, como pode ser percebido na fala a seguir:

“Que fazer matriciamento não é só atendimento, que fazer matriciamento não é só os encaminhamentos que eu acho que essa linha, é a chave mestra de todo o matriciamento. E a gente poder lidar com os encaminhamentos de outra forma, porque como é que as coisas aconteciam? Tu encaminhava e encaminhava e a pessoa ia, dificilmente vinha de volta, aquele documento de referência tem um espaço para escrever, eu, pelo menos, muito pouco recebo aquilo com alguma coisa escrita. Porque daí entra uma desresponsabilização com o usuário, se foi para o CAPS foi, no caso da saúde mental. Foi para o CAPS e o CAPS que se entenda com ele, não se pensava numa ótica de alta, de vir de volta. Eu acho que o matriciamento tem um tanto nessa postura de que vai para o CAPS, volta para ti, vai não sei para onde, mas bom, a história dele é aqui conosco. A dor de barriga vai continuar sendo aqui, a unha encravada vai continuar sendo aqui” (Equipe B).

“Eu acho que é o recurso que a equipe tem, nós também, por exemplo também que tem quase a mesma circularidade que eu, então é isso eu acho que um recurso e eu encaro diferente de passar o paciente pra uma outro pessoa, diferente de o paciente não tem condições de ficar aqui por necessidade de lógicas e tem que ir pra uma outra área de recurso, então assim ele continua aqui e a gente precisa de um aparelhamento a mais de umas coisas que nos

ajudam a manter ou não manter uma necessidade ele vai pra outro lugar mas continua sendo daqui, a gente vê isso como uma necessidade, um matriciamento é isso” (Equipe A).

“A unha encravada, a dor de barriga vai continuar sendo aqui”, “ele continua aqui”. Sim, o cuidado longitudinal prevê uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo, e para que isso ocorra necessita assim de unidades de saúde com equipes estáveis. A rotatividade dos profissionais de saúde prejudicam a formação do vínculo, sendo um fator impeditivo do alcance da longitudinalidade (BRASIL, 2007).

Para que esse cuidado seja ofertado de forma longitudinal, faz-se também importante que a inserção dos profissionais seja de forma horizontal, contratados como uma equipe fixa, e não em regime de plantão. Assim como nas duas falas trazidas pelo grupo B, em uma equipe fixa (como são as equipes das USs participantes do estudo), é possível que a mesma se mantenha como responsável pela condução dos casos que estejam cadastrados em seu serviço, mesmo quando for necessário recorrer a um apoio especializado (CAMPOS, DOMITTI, 2007).

“Só que com o tempo as coisas vão se acomodando um pouco mais, a tendência é as coisas sempre se encaminhar, a serem resolvidas, mas dependendo daquilo que se trabalha. E nós aqui, especificamente do US Y (cita o nome da unidade de saúde) temos um outro estresse que é esse trabalho, que quem está aqui a mais de 10 anos, eu estou a 20 anos, o que a gente vê não são coisas novas, a gente vê as coisas se repetindo” (Equipe B)

“[O apoio matricial] que vem com questões e situações que ela [equipe] não tem suficientemente recursos pra lidar, então né nas formações de seus integrantes (...) Tu tá lidando com pessoas que tem problemas mas eles vem aqui e estão sendo tratados, acompanhados por uma equipe né, sem estar encaminhando pra um especialista” (Equipe A).

A responsabilização e construção de vínculo são realizadas através da adscrição da clientela pela qual se tem responsabilidade sanitária. É necessário que haja registro e cadastro da população atendida, permitindo avaliação de risco e vulnerabilidade, para que se possa identificar também situações que demandem a elaboração de um projeto terapêutico singular, ou mesmo para avaliar a caracterização diagnóstica os procedimentos de cuidado a serem tomados (CAMPOS, DOMITTI, 2007).

“O matriciamento é como se criasse o gestor do cuidado, vai ter um serviço que vai ser responsável pelo cuidado, e outras pessoas vão interagir com isso. Mas o cuidado é daquele profissional, mas não encaminha para outro. Ele é o encarregado, mas outra pessoa auxilia em outras questões” (Equipe B).

De acordo com Campos e Domitti (2007), para que aconteça a gestão dos casos de forma interdisciplinar, é necessário que se facilite a comunicação, mas também que se ordene as responsabilidades de forma clara entre a equipe, em um sistema sincrônico e diacrônico de responsabilidades conforme sugerido em cada PTS. Deve haver um profissional que se responsabilize pelo seguimento longitudinal que busque integrar as intervenções terapêuticas aos demais serviços e setores acionados.

De acordo com estudos, do ponto de vista econômico, a longitudinalidade também está associada a diversas vantagens: menor utilização de serviços de saúde, maior cuidado preventivo, com atendimentos em fases mais precoces dos problemas em saúde e mais adequados, menor frequência de doenças preveníveis, maior satisfação dos usuários com o atendimento e custo financeiro total mais baixo na saúde (BRASIL, 2007).

Para alcançar um cuidado adequado as diversas necessidades das famílias e comunidades, é fundamental uma equipe multidisciplinar com um olhar ampliado sob a saúde. Entretanto, não é o suficiente: o quarto componente, a saber, a coordenação do cuidado, é essencial para o sucesso dos demais (BRASIL, 2007).

Coordenação do cuidado

“A pessoa não é de ninguém, não é de todo mundo. Acho que com essa ferramenta tu tem um responsável pelo cuidado daquela pessoa, que vai se responsabilizar por este cuidado, que contribui nisso. Que faça um link de todas as outras avaliações” (Equipe B).

Sem coordenar as ações e respostas, a longitudinalidade perde seu potencial, a integralidade e o acesso se transformam em uma ação administrativa. Para que seja possível desenvolver o cuidado de forma coordenada, são necessários: que estejam disponíveis a informação do usuário (pessoa, história, seus problemas, ações realizadas, recursos disponíveis), com fácil obtenção das mesmas por registro, reconhecimento de informações prévias, por mecanismos de referência e contra-referência e demais registros importantes do acompanhamento do usuário e família (BRASIL, 2007).

De acordo com a Equipe A *“Então é isso eu acho que um recurso e eu encaro diferente de passar o paciente pra uma outro pessoa”*.

Para Campos e Domitti (2007) o matriciamento tem como proposta realizar uma mudança na lógica de excessivos encaminhamentos, transferência de responsabilização com a demanda, hierarquização e fragmentação. É diferente de passar o paciente a outro profissional, pois o que deseja é compartilhar o cuidado, potencializando a coordenação do mesmo pela equipe de APS.

Percebe-se que os desafios para a coordenação do cuidado são presentes em diferentes contextos: na unidade de saúde, quando os diversos profissionais dispõem de informações distintas do paciente; entre os demais serviços de saúde, no caso de referência e contra-referência; e entre os demais setores, como educação, assistência social, transporte, entre outros. Melhorar a coordenação do cuidado é um desafio fundamental para que a APS corresponda as expectativas para o seu papel no sistema de saúde, “como base estrutural do sistema de saúde” (BRASIL, 2007). O apoio matricial pretende uma mudança na relação entre especialista e profissional que demanda seu apoio, marcada por relações de hierarquia e autoridade. Busca uma relação horizontal, onde a comunicação é presencial, por telefone, por email, personalizada (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

A dificuldade em acessar os demais níveis de atenção foi pontuada em ambas as equipes durante os grupos de discussão: “*Acho que depende da rede, né. Porque tem vezes que tu não consegue né, fazer com que a rede funcione*” (Equipe A).

De acordo com os grupos, percebe-se que, em situações em que o usuário necessita de um cuidado em outro nível de atenção, e que a unidade não dispõe de recursos para atender a demanda com a qualidade necessária, que não consegue acessar e articular este cuidado integrado à rede, compromete-se o cuidado integral e a coordenação do cuidado.

De acordo com a lei 8080 (1990), são vários os determinantes e condicionantes da saúde, como a alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, lazer, acesso a bens e serviços, entre outros. Através dos grupos de discussão as equipes relatam dificuldade em realizar articulações, tanto no setor da saúde, no cuidado especializado e hospitalar, tanto com outros, como educação, habitação, moradia, saneamento, entre outros. Dessa maneira, o cuidado integral é comprometido.

Conforme afirma Franco e Magalhães (2004), o acesso a estes dois níveis de atenção (secundário e terciário) costuma ser um ponto importante de estrangulamento dos serviços de saúde, acumulando grande demanda por esses recursos assistenciais. Ainda, estes representam os maiores gastos ao orçamento do setor saúde. No entanto aponta para a importância destes se organizarem de forma integrada para garantir o cuidado integral ao usuário, sendo necessárias mudanças na forma de produzir o cuidado.

Em contraponto a esta lógica, o apoio matricial se constitui em uma metodologia complementar às fundamentadas em sistemas hierarquizados de referência e contra-referência, protocolar e de centros de regulação entre os níveis de atenção à saúde. Através do apoio matricial, objetiva-se oferecer suporte assistencial e técnico pedagógico às equipes de referência, construindo de forma compartilhada diretrizes clínicas e sanitárias entre equipe de profissionais de referência e profissionais especialistas que oferecem o apoio (CAMPOS e DOMITTI, 2007).

O apoio matricial se constitui ao mesmo tempo em arranjos organizacionais e uma metodologia de gestão do trabalho em equipe, o qual favorece as possibilidades em desenvolver uma clínica ampliada e integração de forma dialógica entre os diferentes núcleos de saber. Considera-se que nenhum especialista, de forma isolada, pode realizar o cuidado integral do sujeito, e nesse sentido, a composição do apoio matricial busca criar possibilidades de operar com uma ampliação do trabalho clínico e sanitário. Propõe reordenar o trabalho em saúde, pressupondo a transformação do modo como se organizam e funcionam os serviços e sistemas de saúde (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

“Para mim a ideia era essa, que tivesse um espaço onde tivesse mais categorias para discutir. Por exemplo, quando eu tenho que trazer um caso aí eu levo para o fulano [cita o nome do médico], aí eu discuto com, enfim. Aí fazemos o encaminhamento. E aí tem que falar com a fulana [cita o nome da assistente social], depois tem que ir lá na ciclana (cita o nome da psicóloga), aí eu vou lá para fulana [novamente cita o nome da assistente social]. Aí eu falo o que discutimos, e pergunto o que ele acha, aí eu vou lá na ciclana [cita o nome da psicóloga novamente]. Mas porque não juntar todo mundo numa sala pra não ter que ficar um levando?.”

Como se observar na fala da equipe B, a mesma se questiona a respeito da efetividade da organização do trabalho através de discussões em núcleos separados. A fragmentação do cuidado provoca um reducionismo na intervenção (CAMPOS, 1998). Contudo, a mesma equipe percebe que o espaço delimitado para as práticas

interdisciplinares, de discussões de casos, por exemplo, não são valorizados como parte do trabalho.

“Eu penso que além de uma ordem externa, de que não tenha um espaço mais alongado. Porque às vezes uma hora não basta, a gente vai discutir uma coisa e está no meio da discussão quando vê acabou. É uma coisa de que se a gente estabelece esse espaço, nem todo mundo vai dar valorização necessária. É tipo assim: aqui não preciso vir tenho outra coisa para fazer, eu vou fazer a outra coisa. É como se isso não fosse uma agenda marcada” (Equipe B).

“Não impede, mas inviabilizam outras formas de abordagem, como dentro da sala, nós médicos temos direito de atender 15 minutos uma pessoa, aí vem uma pessoa com problemas sérios e daí o que a gente faz? A gente atende vários ao mesmo tempo, deixa gente esperando, e é claro preenche e aí é claro qualquer coisa a mais é ruim, aonde vai até essa coisa a mais?” (Equipe A).

“Eu acho que a gente tem aqui um modo de trabalhar que dificulta isso, a gente te uma cobrança, e não é o lado de fora, é da gente mesmo com a gente, de como “dar conta de tudo”. Então, como a gente têm uma demanda grande não nos permitindo parar, muitas vezes, para discutir. Porque eu acho que tem uma fantasia de que a gente parar para discutir ou compartilhar é não estar fazendo” (Equipe B).

Entende-se que este espaço não é considerado como produção de cuidado, tanto pelos profissionais das equipes, ao não se comprometer com o mesmo, como pelos gestores, ao delimitar agendas e durações não suficientes para estes encontros.

Quando as ações em saúde baseiam-se em uma lógica de cuidado fragmentada, como consequência proliferam-se abordagens terapêuticas demasiadamente curativas, que pretendem o combate a sintomas, conferindo pouca atenção a promoção de saúde e prevenção (CAMPOS, 1998 apud. BRASIL, 2007). Porém, a promoção e prevenção, especialmente na Atenção Primária em Saúde, onde este estudo se dedica, são preceitos fundamentais. De acordo com pesquisas, a integralidade do cuidado está relacionada a maior desenvolvimento de ações de prevenção, maior adesão dos usuários ao tratamento recomendado, e maior satisfação das pessoas (BRASIL, 2007).

“Diferente de o paciente não tem condições de ficar aqui por necessidade de lógicas e tem que ir pra uma outra área de recurso, então assim ele continua aqui e a gente precisa de um aparelhamento a mais de umas coisas que nos ajudam a manter ou não manter uma necessidade ele vai pra outro lugar mas continua sendo daqui, a gente vê isso como uma necessidade, um matriciamento é isso” (Equipe A).

O apoio matricial tem como uma de suas funções personalizar os serviços de referência e contra-referência, estimulando e facilitando o contato direto entre profissional e especialista de apoio. Os centros de regulação à distância seriam responsáveis por acompanhar e avaliar as decisões e de tomá-las somente em situações

de urgência, quando não houvesse tempo para a articulação entre equipe de referência e apoio matricial. Dessa forma, ordena-se os níveis hierárquicos do sistema e facilita-se a comunicação e integração entre eles (CAMPOS, DOMITTI, 2007). Ao trabalhar de forma dialógica, possibilita maior coordenação do cuidado prevendo o cuidado em outros níveis de atenção e pactuação de responsabilidades, pensando-o também junto aos outros setores que possam vir a ser necessários.

“Dar suporte para a atenção básica. E acho que isso que dá essa colcha de retalhos que eu acho muito interessante porque eu acho que dessa junção de “N” coisas pode ser mais rico” (Equipe B).

Os obstáculos para que se desenvolva o apoio matricial e para alcançar a coordenação do cuidado se fazem semelhantes. A própria forma como as organizações se estruturam, se contrapõe ao modo interdisciplinar e dialógico. Para que ele ocorra, esses obstáculos precisam ser conhecidos e analisados, para que possam também ser enfraquecidos e removidos e que seja possível o trabalho em equipe interdisciplinar, que se desenvolvam sistemas de co-gestão. O apoio matricial é ao mesmo tempo um arranjo organizacional, mas também uma forma de gestão da atenção em saúde que visa diminuir a fragmentação decorrente da crescente especialização nas diversas áreas de conhecimento (CAMPOS, DOMITTI, 2007).

Conforme Campos (2002) ao se responsabilizar somente pela enfermidade, se desresponsabiliza da integralidade do sujeito, da pessoa do enfermo, supervalorizando o lado biológico sem considerar as dimensões subjetiva e social das pessoas. Diminui assim a capacidade operacional em relação aos casos atendidos e dificulta o desenvolvimento de projetos terapêuticos integrados.

Considerações finais

Há evidências de que a quantidade de serviços oferecidos pelo Sistema Único de Saúde ainda é insuficiente e que sua implantação é parcial. Ainda assim, ressalta-se que os recursos podem ser reordenados em um modelo de gestão e atenção de forma mais adequada e racional. Entre outras estratégias, o apoio matricial se configura em um dispositivo relevante nessa reordenação, na medida em que contribui racionalizando o acesso ao uso de recursos especializados e desenvolvendo um cuidado mais integrado na rede de atenção à saúde (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Percebe-se que o desenvolvimento de experiências em apoio matricial configuram em um importante suporte às equipes de APS para o alcance de suas diretrizes. Atua de forma compartilhada e co-responsável com as equipes interdisciplinares, potencializando o desenvolvimento do cuidado integral aos usuários, ampliando o acesso ao serviço; contribuindo no desenvolvimento do vínculo e responsabilização pelas demandas do território e auxiliando na integração das ações em saúde, coordenando o cuidado.

Observa-se também como uma das prioridades no cenário atual em saúde a articulação do cuidado em saúde mental à APS, sendo o apoio matricial uma estratégia proposta pelo Ministério da Saúde para facilitar os fluxos na rede de forma integrada (DIMENSTEIN, et al, 2009). Entende-se como uma estratégia vantajosa na garantia da resolutividade da APS, e como uma proposta que auxilia na incorporação de ações em saúde mental neste nível de atenção.

REFERENCIAS

AMARANTE, P.; LANCETTI, A. **Saúde mental e saúde coletiva**. In: Campos, G. W. S et al. Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. p. 615-634.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo** . Lisboa: Edições 70, 1977.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**: Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília Diário Oficial da República Federativa do Brasil; 1990.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde . Departamento de Atenção Básica / Coordenação Geral de Saúde Mental / Coordenação de Gestão da Atenção Básica . **Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes.pdf>. Acesso em 17 nov 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf. Acesso em 15 out 2013.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 154, de 24 de janeiro de 2008**. Dispõe sobre a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Disponível em: <http://www.sbp.com.br/pdfs/portaria_154.pdf>. Acesso em: 8 nov 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica e Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília: MS, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica**. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

BONFIM, I. G.; et al. **Apoio matricial em saúde mental na atenção primária à saúde: uma análise da produção científica e documental**. Interface (Botucatu). 2013, vol.17, n.45, pp. 287-300.

CAMPOS; G. W. S. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. m Saúde Paidéia. São Paulo, Editora Hucitec, 2002.

CAMPOS, G. W. S. ; DOMITTI, A. C. **Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde**. Cad. Saúde Pública, Fev 2007, vol.23,no.2, p.399-407.

CHIAVERINI, D. H., et al. **Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

DIMENSTEIN, M, et al. **O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental**. Saúde Soc. vol. 18, n° 1, p. 63-74, 2009.

FIGUEIREDO, M.d e ONOCKO-CAMPOS, R. **Saúde Mental na atenção básica a saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado**. Ciência e saúde Coletiva, Rio de janeiro, v.14, n1, p 129-138, 2009.

MERHY, E. **Ato de cuidar: alma dos serviços de saúde**. In: Saúde: a cartografia do trabalho vivo. 2 ed. Hucitec: São Paulo, 2005. P115-133.

WELLER, Wivian. **Grupos de discussão na pesquisa com adolescentes e jovens: aportes teórico-metodológicos e análise de uma experiência com o método**. Educação e Pesquisa, São Paulo, v.32, n.2, p. 241-260, maio/ago. 2006.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias**. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.