

**Carmen Tereza Gonçalves Trautwein**

**APOIO MATRICIAL: SUBSÍDIOS TEÓRICOS ÀS AÇÕES DO NÚCLEO  
DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF) EM REVISÃO INTEGRATIVA**

Monografia de Conclusão de Curso apresentada ao Curso de Especialização em Saúde Pública com Ênfase na Estratégia Saúde da Família, do Centro Universitário São Camilo, orientada pela Prof<sup>a</sup> Ms. Fernanda Sebastiana Pitanga, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde Pública com Ênfase na Estratégia Saúde da Família.

**São Paulo  
2010**

**Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Pe. Inocente Radrizzani**

Trautwein, Carmen Tereza Gonçalves.

Apoio Matricial: Subsídios teóricos às ações do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) em revisão integrativa / Carmen Tereza Gonçalves Trautwein. -- São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2010.

42p.

Orientação de Fernanda Sebastiana Pitanga

Monografia do Curso de Especialização em Saúde Pública com Ênfase na Estratégia Saúde da Família (Pós-Graduação), Centro Universitário São Camilo, 2010.

1. Núcleo familiar 2. Promoção da saúde 3. Programa saúde da família  
I. Pitanga, Fernanda Sebastiana II. Centro Universitário São Camilo III.  
Título.

**Carmen Tereza Gonçalves Trautwein**

**APOIO MATRICIAL: SUBSÍDIOS TEÓRICOS ÀS AÇÕES DO NÚCLEO  
DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF) EM REVISÃO INTEGRATIVA**

São Paulo, julho de 2010

---

Professora Orientadora: Prof<sup>a</sup> Ms. Fernanda Sebastiana Pitanga

---

Professor (a) Examinador (a):

*Dedico esta pesquisa “particularmente para aqueles que ofertam seu trabalho vivo para vivificar o sentido da vida no outro”.*

Emerson Merhy

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço à minha orientadora, Professora Ms. Fernanda Sebastiana Pitanga pela validação do tema, por sua confiança inabalável em minha capacidade de conclusão deste estudo e pelo acompanhamento amoroso de sua evolução.

À Professora Lúcia Campinas, coordenadora do Curso de Especialização, que reacendeu em mim a chama do encanto em ministrar aulas, com seu exemplo e competência.

Aos colegas do Curso de Especialização em Saúde Pública, turma 10A, que acompanharam minhas reflexões e questionamentos durante todo o curso.

Aos profissionais integrantes das equipes do NASF e de saúde mental da Prefeitura Municipal de São Paulo, que se lançaram na aventura de construção de um novo processo de trabalho, ensinando-me que a mudança dá mais sentido à vida.

Aos profissionais do RH - Desenvolvimento da Coordenadoria de Saúde Sudeste – Prefeitura Municipal de São Paulo, pela indicação da bolsa de estudos, o que possibilitou a concretização deste trabalho de pesquisa.

À Vera Conte, pelo empenho e apoio colaborando para a realização de mais esta jornada.

Aos meus familiares, pela compreensão e permissão da divisão do meu amor por eles, com o meu trabalho e meus estudos.

*O valor de uso da vida humana varia conforme o tempo, o espaço e a classe social das pessoas. O valor de uso de um bem ou de um serviço é, em si mesmo, um produto social e histórico [...]. A subjetividade e a cultura das instituições são também influenciadas pelo protagonismo dos grupos; ou seja, são passíveis de mudança por meio da ação humana.*

Gastão Wagner de Sousa Campos

## RESUMO

TRAUTWEIN, C. T. G. Apoio Matricial: Subsídios teóricos às ações do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) em revisão integrativa. 2010. 42p. Monografia (Curso Especialização em Saúde Pública – Ênfase em ESF) Centro Universitário São Camilo, São Paulo, 2010.

Este trabalho parte da concepção de saúde expressa nas Cartas de Promoção de Saúde que subsidiam o Programa Saúde da Família (PSF), atualmente denominado Estratégia Saúde da Família (ESF). Críticas à ESF evidenciaram a necessidade da existência de especialistas que apoiassem a estratégia, levando o Ministério da Saúde a criar os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), onde o Apoio Especializado Matricial seria seu instrumento de ação. Trata-se de um estudo bibliográfico integrativo que tem por objetivo discorrer sobre o Apoio Especializado Matricial (AEM) ou Matriciamento, dando subsídios teóricos aos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) ao cotejar os limites e possibilidades de seu uso. Descreve o que significa NASF e os conceitos teóricos do Matriciamento, considerando de forma crítica seus limites e possibilidades. Foram utilizados os seguintes descritores: Apoio Especializado Matricial ou Matriciamento, Núcleo de Apoio à Saúde da Família e Estratégia Saúde da Família que foram consultadas em artigos publicados em bases de dados científicas, restringindo-se a publicações nacionais. Foram localizados nove artigos que corroboraram as formulações teóricas elaboradas por Gastão Wagner de S. Campos e, como conclusão, este estudo mostra a validade da estratégia do Matriciamento como arranjo para aproximar ou inserir áreas de especialidade na Atenção Básica, finalizando-o com as considerações críticas da autora.

**Palavras-chave:** Núcleo familiar; Promoção da saúde; Programa Saúde da Família.

## ABSTRACT

TRAUTWEIN, C. T. G. Matrix Support: Theoretical subsidies to the actions of the Nucleus of Support to the Health of Family (NASF) in integrative revision. 2010. 42p. Monograph (Course Specialization in Public Health - Emphasis in ESF) University Center São Camilo, São Paulo, 2010.

This work has left of the conception of health express in the Letters of Promotion of Health that subsidize the Program Health of Family (PSF), currently called Strategy Health of Family (ESF). Criticism for the ESF had evidenced the necessity of the existence of specialists who supported the strategy, leading the Health department to create the Nucleus of Support to the Health of Family (NASF), where the Specialized Support Matrix would be its instrument of action. One is about a integrative bibliographical study that has for objective to discourse on Specialized Support Matrix (AEM) or of originate, being given theoretical subsidies to the professionals of the Nucleus of Support to the Health of Family (NASF) when delineate the limits and possibilities of its use. It describes what it means NASF and the theoretical concepts of the Matrix Support, considering of critical form its limits and possibilities. They had been used following the describers: Specialized Support Matrix or of originate, Nucleus of Support to the Health of the Family and Strategy Health of the Family that had been consulted in articles published in scientific databases, restricting it national publications. Nine articles had been located that had corroborated the theoretical formularizations elaborated by Gastão Wagner de S. Campos and, as conclusion, this study show the validity of the strategy of the Matrix Support as arrangement to approach or to insert areas of specialty in the Basic Attention, finishing it with the critical considerations of the author.

**Keywords:** Familiar Nucleus; Promotion of the health; Program Health of the Family.



## LISTA DE SIGLAS

- ACS - Agente Comunitário de Saúde
- AEM - Apoio Especializado Matricial
- APS - Atenção Primária em Saúde
- BVS - Biblioteca Virtual em Saúde
- CAPS - Centro de Atenção Psicossocial
- ESF - Estratégia Saúde da Família
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- LILACS- Literatura Latino-Americana do Caribe em Ciências da Saúde
- NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família
- PSF - Programa de Saúde da Família
- PAC - Programa de Agentes Comunitários de Saúde
- PNH - Política Nacional de Humanização
- PTS - Projeto Terapêutico Singular
- SCIELO- Scientific Eletronic Library Online
- SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica
- SUS - Sistema Único de Saúde

# SUMÁRIO

**Resumo**

**Abstract**

**Lista de Siglas**

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>10</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>13</b>
<b>3</b>	<b>MATERIAL E MÉTODO</b> .....	<b>14</b>
<b>4</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>16</b>
4.1	DEFINIÇÃO DE NASF .....	16
4.2	APOIO ESPECIALIZADO MATRICIAL OU MATRICIAMENTO.....	22
<b>5</b>	<b>DISCUSSÃO: LIMITES E POSSIBILIDADES DO APOIO ESPECIALIZADO MATRICIAL NO NASF</b> .....	<b>33</b>
<b>6</b>	<b>CONCLUSÕES</b> .....	<b>37</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>38</b>
	<b>APÊNDICE A – Lista de artigos pesquisados</b> .....	<b>41</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Desde tempos remotos, o homem tem procurado viver buscando alegria e felicidade, sem sentir dores ou incômodos. Com o desenvolvimento da civilização moderna, novos conhecimentos e tecnologias se desenvolveram, novas formas de relacionamento apareceram e novos conceitos de saúde surgiram. Após a Conferência Internacional de Alma-Ata, ocorrida na antiga União Soviética em 1978, passou-se a entender saúde como um direito mais amplo do ser humano, que para ser alcançado necessita de envolvimento de toda a sociedade na promoção de saúde de todos os povos. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar, favoravelmente, o meio ambiente (BRASIL, 2001).

O espírito de Alma-Ata foi transposto à Carta de Compromisso com a Promoção da Saúde, adotada em Ottawa, em 1986 (BRASIL, 2001). Esse documento estabeleceu o desafio da mudança em direção a novas políticas de saúde, que reafirmassem a justiça social, a equidade e a mediação política como processos indispensáveis para alcançá-la.

No Brasil, a VIII Conferência Nacional de Saúde que se realizou em 1986, foi considerada um marco pelo seu caráter de ampla mobilização social. Essa conferência contribuiu para que a Constituição de 1988 (BRASIL, 1988) estabelecesse a Seção II (“Da Saúde”), a qual incorpora o conceito de saúde de forma mais abrangente quanto à oportunidade de acesso aos serviços que visam à promoção, prestação e recuperação da saúde.

A Lei Orgânica da saúde nº. 8080 (BRASIL, 1990) estabeleceu que os municípios passassem a gerenciar e a executar em seu território todas as ações de saúde.

Nesse contexto, surgiu o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), com a finalidade de contribuir para a redução das mortalidades infantil e materna, principalmente nas regiões Norte e Nordeste do Brasil. Esta experiência levou o Ministério da Saúde a destacar a importância do enfoque familiar nos serviços básicos de saúde e a introduzir a noção de cobertura por família, lançando a semente para a criação do Programa de Saúde da Família (PSF) (BRASIL, 2000).

As equipes, constituídas por pelo menos um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde (BRASIL, 2006), desenvolviam ações envolvendo o conhecimento das famílias do território de abrangência, identificação dos problemas de saúde e das situações de risco. Com base nestes dados elaboravam um plano de atividades que incluía ações educativas e intersetoriais relacionadas aos problemas. Assim, o PSF foi criado para trabalhar numa perspectiva de saúde ampliada e integral.

O surgimento de críticas ao Programa, hoje conhecido como Estratégia Saúde da Família (ESF) levou o Ministério a reconhecer que o atendimento à população exige especialista e não somente médico generalista. Para suprir esta carência, o Ministério criou, através da Portaria 154/08, o Núcleo de Apoio às equipes de Saúde da Família – NASF - (BRASIL, 2008), em cuja atuação os profissionais “devem buscar instituir a plena integralidade do cuidado físico e mental aos usuários do SUS, por intermédio da qualificação e complementaridade do trabalho das equipes da Estratégia Saúde da Família” (BRASIL, 2008, Art. 2º §2º).

O referido documento estabeleceu equipes com até cinco especialidades, eleitas pelos gestores de saúde dos municípios, contratados pelos órgãos parceiros do setor público, para dar suporte aos profissionais da ESF através de discussão de caso, elaboração de projetos singulares e execução de grupos. A intervenção do NASF introduziu nos territórios uma nova forma de atuação, caracterizada pela clínica compartilhada ou ampliada, cujo objetivo principal não era o atendimento direto ao usuário, mas, a discussão de caso, chamando-se esta prática de Matriciamento (BRASIL, 2008).

Entretanto, com base no exposto acima, surgiu o seguinte questionamento: o que seria exatamente Apoio Especializado Matricial ou Matriciamento? Quais seus fundamentos teóricos e como poderia ser utilizado na prática cotidiana para apoiar as dificuldades encontradas nas equipes de ESF? Estes questionamentos nos levaram a estruturar esta pesquisa bibliográfica integrativa. Seu objetivo é retomar os principais conceitos sobre Matriciamento, fornecendo subsídio teórico para o planejamento da intervenção das equipes do NASF junto aos profissionais da Estratégia Saúde da Família, cotejando seus limites e possibilidades.

Considerando o curto período de tempo de implantação das equipes do NASF, que é de apenas um ano em todo território nacional, este estudo se faz relevante por se tratar de um novo Programa do Ministério da Saúde, cuja forma de

atuação ainda está em construção. Faz-se significativo, também, pela necessidade de atualização dos conceitos chaves de Matriciamento, considerados como instrumento do “fazer” destes profissionais.

## **2 OBJETIVO**

Discorrer sobre o Apoio Especializado Matricial (AEM) ou Matriciamento, dando subsídios teóricos aos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) ao cotejar os limites e possibilidades de seu uso.

### 3 MATERIAL E MÉTODO

Adotamos neste estudo a pesquisa bibliográfica integrativa por ser uma metodologia adequada aos objetivos propostos e por se constituir em um método de revisão que sintetiza pesquisas, para fornecer uma compreensão mais detalhada de um problema. Esta metodologia tem por objetivo a definição de conceitos, revisão de teorias, análise de evidências e questões metodológicas de um tema determinado. (WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

A pesquisa bibliográfica ao resumir a literatura teórica e empírica, oferece maior compreensão de um fenômeno particular em saúde, segundo Tavares (2008).

Para Mendes, Silveira e Galvão (2008), a revisão integrativa possibilita aos profissionais da saúde o acesso rápido aos resultados relevantes de pesquisas que fundamentam as condutas, proporcionando um saber crítico.

A partir das palavras-chave: Apoio Matricial ou Matriciamento, realizamos pesquisa em leis e documentos oficiais do Ministério da Saúde, bem como, nas bases de dados científicas: Literatura Latino-Americana do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

Buscamos estudos publicados sobre o tema a partir dos anos de 2004, ano em que o Ministério da Saúde oficializou em alguns programas a perspectiva do Apoio Matricial e Equipes de Referência (BRASIL, 2004a). O estudo restringe-se ao idioma português, uma vez que se trata de uma problemática nacional. Adotamos como critério de inclusão a presença de descrição conceitual sobre o tema estudado. Realizamos a busca no período de setembro de 2009 a fevereiro de 2010. A seleção primária dos artigos foi feita pela análise dos resumos, pelas palavras-chave utilizadas para indexação ou pelo título. Após a análise, os artigos de interesse foram selecionados e arquivados.

Para o registro e documentação dos artigos encontrados, os dados foram gravados em um arquivo e, posteriormente, foram impressos.

Selecionamos nove publicações, elaborando um instrumento para sistematizar as informações coletadas nos estudos, na forma de uma listagem (Apêndice A) onde indicamos ano, autor, título dos artigos selecionados e os conceitos utilizados. Procedemos à leitura dos textos na íntegra, grifando os conceitos encontrados, utilizando-os no “*corpus*” da revisão de literatura.

Este estudo descreve o significado da estrutura do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) a partir da Portaria Ministerial que o instituiu, bem como, os conceitos teóricos localizados nos artigos pesquisados pertinentes ao Apoio Especializado Matricial (AEM). Discute, ainda, os limites e possibilidades do uso do Matriciamento pelo NASF, finalizando-o com as conclusões.



## 4 REVISÃO DE LITERATURA

### 4.1 DEFINIÇÃO DE NASF

*“Só produz novos sentidos para viver quem tem vida para ofertar”.*

Emerson Merhy

A Portaria nº.154 de 24 de janeiro de 2008 (republicada em 04 de março de 2008) foi o instrumento oficial de criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF (BRASIL, 2008).

A partir desta data, se instituiu o nascimento real de uma equipe de trabalho com “[...] o objetivo de apoiar as equipes da Estratégia de Saúde da Família na efetivação da rede de serviços, ampliando a abrangência e o escopo destas ações na Atenção Primária em Saúde (APS), bem como em sua resolubilidade” (SÃO PAULO, 2009, p.2).

Vale lembrar que, Atenção Primária em Saúde:

É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o Sistema Nacional de Saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (STARFIELD, 2002, p.31).

Ressaltamos ainda que, esta denominação foi substituída por Atenção Básica e de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a, p.3), esta última caracteriza-se por “[...] um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico e o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde”.

Para se falar do nascimento oficial do NASF, uma vez que se sustenta em documento Ministerial, é necessário que se recapitule o contexto construído, historicamente, nos últimos vinte anos, através das leis, de forma muito breve, para que se possa entender a necessidade do aparecimento de equipes apoiadoras ou matriciadoras.

A política de saúde do Brasil é norteada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) – Sistema porque é formado por várias instituições dos três níveis de governo

(União, Estados e Municípios) e pelo setor privado contratado e conveniado, como se fosse um mesmo corpo. Assim, o serviço privado, quando contratado, deve funcionar como público. Único porque tem a mesma doutrina e filosofia de atuação em todo o território nacional e é organizado de acordo com uma mesma sistemática, de acordo com Gomes (2006).

Segundo Saito (2008) o SUS tem como princípios éticos doutrinários a Universalidade, a Integralidade e a Equidade. Tem ainda, como diretrizes organizativas, a Descentralização, a Regionalização e Hierarquização, além do Controle Social que é realizado pela participação dos cidadãos.

Estes princípios e diretrizes resumem a história de vinte anos de luta por um sistema de saúde democrático que ainda está em construção e se revela em documentos oficiais (BRASIL1988, 1990, 2000, 2001, 2008) que atestam estas conquistas caras a todos os cidadãos brasileiros. O Programa Saúde da Família (PSF), atualmente denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), e que foi precedido pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PAC), demonstra a evolução e a aspiração do governo em ver concretizado, na prática, um plano nacional de saúde. Assim, o antigo PSF nasceu com uma proposta grandiosa: “[...] Criar tecnologia e ou mecanismos de atenção à saúde, em que a família é a protagonista principal, buscando seu “empoderamento” e fortalecimento como rede primária significativa para o desenvolvimento dos sujeitos” (CREPALDI, 2009, p.89).

Com base nesses postulados, a Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo de assistência. As diretrizes deste modelo são operacionalizadas mediante a implantação de equipes multiprofissionais em Unidades Básicas de Saúde. Essas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica determinada (SAITO, 2008).

A inovação dentre os profissionais que constituem as equipes, além de médico, enfermeiro e auxiliares, está na inserção do Agente Comunitário de Saúde (ACS); profissional de nível médio de escolarização, geralmente sem formação específica em saúde, que desenvolve ações de integração entre as equipes de saúde e a população adstrita à unidade. O elo entre a população e o ACS é potencializado pelo fato do agente comunitário de saúde residir na comunidade na qual trabalha (BRASIL, 2009b, p.27).

Mas, desde sua criação em 1994, a Estratégia Saúde da Família, embora com muitos avanços, enfrenta ainda algumas dificuldades. A esse respeito, Tenório (2006, XVII) refere que:

O PSF reafirmou na Atenção Básica o trabalho em equipe, a adstrição de clientela e conseqüentemente a possibilidade de gestão por resultados, em oposição à gestão por procedimentos. No entanto, a clínica médica tradicional tem uma tendência a se responsabilizar somente pela enfermidade e não pelo Sujeito doente, o que significa que existem ainda grandes dificuldades para a efetiva transformação da clínica no SUS.

Neste contexto, procurando avançar ainda mais nas transformações da clínica em saúde pública, o Ministério da Saúde criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF. E, ao criá-lo, considerou os pressupostos de variadas políticas já definidas anteriormente, tais como, de Atenção Básica, de Promoção da Saúde, de Integração da Pessoa com Deficiência, de Alimentação e Nutrição, de Saúde da Criança e do Adolescente, de Atenção Integral à Saúde da Mulher, de Práticas Integrativas e Complementares, de Assistência Farmacêutica, da Pessoa Idosa, de Saúde Mental, de Humanização em Saúde, além da Política Nacional de Assistência Social (BRASIL, 2009a).

As equipes do NASF devem se constituir por profissionais de diferentes áreas de conhecimento e devem atuar em “parceria com os profissionais das Equipes de Saúde da Família – ESF, compartilhando as práticas em saúde nos territórios [...] atuando diretamente no apoio às equipes” (BRASIL, 2008, p.2). Devem buscar instituir a plena integralidade do cuidado físico e mental aos usuários do SUS, por meio da qualificação e complementaridade do trabalho das equipes da ESF.

A responsabilização compartilhada entre as equipes da ESF e as equipes do NASF na comunidade prevê a revisão da prática do encaminhamento, com base nos processos de referência e contra-referência, ampliando-a para um processo de acompanhamento longitudinal de responsabilidade da equipe de Atenção Básica/SF, atuando no fortalecimento de seus atributos e no papel de coordenação de cuidados no SUS (BRASIL, 2009a).

A Portaria 154/08 salienta que, os NASF(s) “[...] não se constituem em porta de entrada do sistema e devem atuar de forma integrada à rede de serviços de saúde, a partir das demandas identificadas no trabalho com as ESF” (BRASIL, 2008, p.5).

Na referida Portaria, o Ministério concebeu dois modelos: o NASF 1 e 2, determinando que, em nenhum município brasileiro ou no Distrito Federal poderão existir os dois modelos concomitantemente (BRASIL, 2008).

**O NASF 1**, introduzido com repasses de vinte mil reais mensais, deve ser composto por, no mínimo, cinco profissionais de ocupações não-coincidentes, dentre as possíveis profissões, e servirá de referência para, no mínimo 8 e no máximo 20 Equipes de Saúde da Família. As equipes podem ser formadas pelos seguintes profissionais: Assistente Social, Farmacêutico, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Ginecologista, Médico Acupunturista, Médico Homeopata, Nutricionista, Pediatra, Psiquiatra, Profissional de Educação Física, Psicólogo e Terapeuta Ocupacional.

**O NASF 2**, introduzido somente nos municípios que tenham densidade populacional abaixo de dez habitantes por quilômetro quadrado, de acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), ano base 2007, terá repasses de seis mil reais mensais. Esta equipe deverá ser composta por no mínimo três profissionais de ocupações não-coincidentes, dentre elas: Assistente Social, Profissional de Educação Física, Farmacêutico, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Nutricionista, Psicólogo e Terapeuta Ocupacional.

A escolha de qual profissional comporá a equipe, tanto no NASF 1 quanto no NASF 2, será determinada pelos gestores locais. Também em ambos os casos, os recursos orçamentários se compõem pelo Bloco Financeiro da Atenção Básica. Os recursos do NASF poderão ser suspensos nos casos em que auditorias do Ministério da Saúde ou de Secretarias Estaduais de Saúde apontar inexistência de UBS cadastrada, ausência de profissionais por período superior a noventa dias, descumprimento da carga horária estabelecida, e/ou inexistência do número mínimo de ESF vinculadas ao NASF (BRASIL, 2008).

Dentre as propostas advindas da adoção dos NASF, aparece na Portaria 154 a questão da intersetorialidade, com as diversas instâncias do poder público: educação, cultura, trabalho, lazer, entre outras. Devido ao caráter complementar à Saúde da Família, em todos os atendimentos deve-se considerar, segundo a Portaria 154, (BRASIL, 2008) a elaboração de Projetos Terapêuticos Singulares, promovendo a responsabilidade compartilhada e realizando atendimentos “multiprofissionais e transdisciplinares”.

De forma resumida, estão citadas abaixo as ações de responsabilidade de todos os profissionais do NASF (BRASIL, 2008):

- Identificar, em conjunto com as ESF e a comunidade, as atividades, as ações e as práticas a serem adotadas em cada uma das áreas cobertas;
- Identificar, em conjunto com as ESF e a comunidade, o público prioritário a cada uma das ações, utilizando o critério de risco;
- Atuar de forma integrada e planejada, nas atividades desenvolvidas pelas ESF e de Internação Domiciliar, quando estas existirem, acompanhando e atendendo os casos, de acordo com os critérios previamente estabelecidos;
- Ampliar o processo de acompanhamento longitudinal, de responsabilidade da Equipe de Atenção Básica e Saúde da Família, atuando no fortalecimento de seus atributos e no papel de coordenação do cuidado no SUS;
- Acolher os usuários e humanizar a atenção;
- Promover a gestão integrada e a participação dos usuários nas decisões, por meio de organização participativa com os Conselhos Gestores locais e/ou Municipais de Saúde;
- Elaborar estratégias de comunicação para divulgação e sensibilização das atividades dos NASF, por meio de cartazes, jornais, informativos, faixas, *folders* e outros veículos de informação;
- Avaliar em conjunto com as ESF e os Conselhos de Saúde, o desenvolvimento e a implementação das ações e a medida de seu impacto sobre a situação de saúde, por meio de indicadores previamente estabelecidos;
- Elaborar e divulgar material educativo e informativo nas áreas de atenção dos NASF e
- Elaborar projetos terapêuticos singulares, por meio de discussões periódicas que permitam a apropriação coletiva pelas ESF e os NASF, visando o acompanhamento dos usuários, realizando ações multiprofissionais e transdisciplinares, desenvolvendo a responsabilidade compartilhada.

A este respeito, Tanaka e Ribeiro (2009, p.2) afirmam que, a saúde precisou incorporar a interdisciplinaridade como campo de conhecimento e a intersetorialidade como campo de prática.

A Portaria 154, considerando políticas anteriormente definidas (citadas no início deste capítulo), descreve para cada política, quais devem ser as ações do

NASF em relação à atenção ao idoso, à mulher, à criança, ao adolescente, etc. É importante destacar ainda que, em relação ao portador de transtornos mentais ou agravos mentais, é citado o seguinte trecho: “[...] Tendo em vista a magnitude epidemiológica dos transtornos mentais, recomenda-se que cada NASF conte com pelo menos 1 (um) profissional da área de saúde mental” (BRASIL, 2008, Art. 4º II § 2º).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), as ações de Saúde Mental na Atenção Básica, fundamentada nos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica, devem obedecer ao modelo de rede de cuidado de base territorial e de atuação transversal com outras políticas específicas e buscar o estabelecimento de vínculos e acolhimento.

Nesta perspectiva, a saúde mental tem contribuído para a mudança de paradigma na saúde coletiva ao polarizar as concepções teóricas do matriciamento incorporadas pelas equipes dos NASF(s).

Devido à proximidade com as famílias e comunidades, as equipes da Atenção Básica se apresentam como recurso estratégico para o enfrentamento de problemas de saúde pública, como os agravos vinculados ao uso abusivo de álcool e drogas e diversas formas de sofrimento psíquico. Segundo o Ministério da Saúde, existe um componente de sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer doença, às vezes agindo como entrave à adesão de práticas preventivas ou de vida mais saudável: “[...] Todo problema de saúde é também – e sempre – de saúde mental. E toda saúde mental é também – e sempre – produção de saúde” (BRASIL, 2005, p.35). Desta forma, será sempre importante e necessária a articulação da saúde mental com a Atenção Básica.

Em municípios pequenos (cerca de 70% dos municípios brasileiros, onde residem 18% da população do país) com menos de vinte mil habitantes, pequenas equipes de saúde mental, lotadas em ambulatórios ou Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) dos municípios vizinhos, por exemplo, dão apoio matricial às equipes de Atenção Básica. Em caso de municípios maiores, onde existam CAPS ou outro equipamento da rede de atenção à saúde mental, a lógica do apoio matricial é a mesma: a equipe do CAPS, juntamente com membros das equipes dos outros equipamentos, apoia as diferentes equipes da ESF.

O apoio matricial é um arranjo organizacional que viabiliza o suporte técnico para as equipes da ESF por meio do compartilhamento dos casos. “[...] Esse

compartilhamento se dá em forma de co-responsabilização, que pode se efetivar através de discussões conjuntas dos casos, intervenções junto às famílias ou em supervisões e capacitações” (BRASIL, 2005, p.36).

Segundo Tófoli e Fortes (2007), o apoio matricial, no Brasil, foi eleito pelo Ministério da Saúde como a estratégia oficial para guiar as ações de saúde mental na Atenção Primária. Embora em 2007 sem uma forma de financiamento definido, um projeto de portaria ministerial tenha acenado com a possibilidade de financiamento para ações matriciais na Atenção Primária em Saúde, exclusivamente para a ESF, com o nome de Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF, no Congresso Nacional de Secretários Municipais de Saúde, (CONASEMS), no entanto, consolidou-se somente em 2008, pela Portaria 154.

Ainda segundo Tófoli e Fortes (2007), a saúde mental tem papel fundamental no apoio matricial na ESF; o que se traduz, não só pelo fato de que os portadores de sofrimento mental podem adoecer fisicamente, mas também, pelo fato de que o adoecimento físico pode levar ao sofrimento psicológico.

Neste contexto, o Ministério conclui:

Em todos os cenários, as equipes matriciais de saúde mental e da Atenção Básica compartilham os casos e constroem, coletivamente, as estratégias para a abordagem de problemas vinculados à violência, ao abuso de álcool e outras drogas, as estratégias para redução de danos, o fomento de ações para a diminuição da segregação pela loucura e combate ao estigma e o desenvolvimento de ações de mobilização dos recursos comunitários para a reabilitação psicossocial (BRASIL, 2005, p.36).

## **4.2 APOIO ESPECIALIZADO MATRICIAL OU MATRICIAMENTO**

*“Apostar na construção de processos de trabalho que produzam cuidados para os usuários e cuidados para os cuidadores é vital neste percurso. Permitem vivificar o trabalho em saúde que aposta na construção da qualidade de vidas”.*

Emerson Merhy.

Gastão W. de Souza Campos foi o autor do conceito de Apoio Especializado Matricial (1999), na perspectiva de pesquisa para reforma das organizações e do trabalho em saúde. Segundo Campos e Domitti (2007), a metodologia de gestão de cuidado criada por Campos, foi adotada em serviços de saúde mental, de atenção

básica e da área hospitalar do SUS de Campinas e, somente algum tempo depois, alguns programas do Ministério da Saúde (Humaniza SUS, Saúde Mental e Atenção Básica, Saúde da Família) incorporaram esta perspectiva.

O conceito de Apoio Matricial idealizado pelo autor está imbricado ao conceito de Equipe de Referência, já que estes “[...] são, ao mesmo tempo, arranjos organizacionais e uma metodologia para gestão do trabalho em saúde”, segundo Campos e Domitti (2007 p.399). Seu objetivo seria o de ampliar as possibilidades de se realizar uma clínica ampliada e integração dialógica entre as distintas especialidades e profissões.

Campos (1999), inicialmente, descreveu o Matriciamento como um arranjo organizacional para o trabalho em saúde, denominando-o de Equipe de Referência com Apoio Especializado Matricial, imaginando que esta ordenação potencializaria alterações na subjetividade e na cultura dominante entre o pessoal de saúde, por meio de uma valorização concreta e operacional das diretrizes de vínculo terapêutico, transdisciplinaridade dos saberes, das práticas e de gestão de organizações, como dispositivo para produção dos grupos.

Utilizou a definição de dispositivo, proposta por Baremlitt (1992, p.151) como sendo “[...] uma montagem ou artifício produtor de inovações que gera acontecimentos, atualiza virtualidades e inventa o novo radical”.

Campos (1999 p.3) reforçou a idéia de que, “[...] costuma-se utilizar dispositivos para intervir na realidade cotidiana dos serviços”. Este autor trabalhou com a idéia de investir em mudanças de estrutura gerencial e assistencial, dos serviços de saúde, criando arranjos que produzissem outra cultura e outras linhas de subjetivação, além daquelas centradas no corporativismo, na alienação do trabalhador e no resultado de seu trabalho. Procurou inventar uma nova ordem organizacional que estimulasse compromissos das equipes com a produção de saúde, permitindo-lhes, ao mesmo tempo, sua própria realização pessoal e profissional.

Em síntese, o autor propôs um novo arranjo que estimulasse, cotidianamente, a produção de novos padrões de relação entre equipes e usuário, ampliasse o compromisso dos profissionais com a produção de saúde e quebrasse obstáculos organizacionais à comunicação (CAMPOS, 1999).

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004a), os padrões de relacionamento, por sua vez, são decorrentes, em grande parte, dos estilos de gestão e da estrutura



de poder existentes nas instituições. Processos de trabalho centrados em procedimentos burocráticos, e que se restringem a prescrever, tendem a fragilizar o envolvimento dos profissionais de saúde com os usuários.

Ao concordar com as proposições de Campos (1999) sobre a necessidade de se investir na mudança da estrutura assistencial e gerencial dos serviços de saúde, o governo brasileiro (BRASIL, 2004a, p.6) adotou suas proposições, afirmando que, “[...] é preciso criar novas formas de organização, novos arranjos organizacionais, capazes de produzir outra cultura, lidando com a singularidade dos sujeitos”. Esses novos arranjos devem ser transversais, no sentido de produzir e estimular padrões de relação que perpassam todos os trabalhadores e usuários, favorecendo a troca de informações e a ampliação do compromisso dos profissionais com a produção de saúde.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004a, p.6), “[...] as Equipes de Referência e o Apoio Matricial são dois arranjos organizacionais que apresentam essas características de transversalidade”.

Quando não se tem a Equipe de Referência, é muito comum que os serviços sejam de responsabilidade de todos os profissionais e, ao mesmo tempo, de nenhum. Com a especialização e a burocratização, cada um se preocupa com a ‘sua’ parte e ninguém se preocupa com a ‘costura’ das diversas intervenções. É como se os profissionais pensassem que o sujeito pode ser fatiado em pedaços, reduzido aos diagnósticos por abordagens profissionais diferentes, e que no fim, depois que cada profissional ‘apertasse um parafuso’, se chegasse num usuário integralmente atendido e com seus problemas resolvidos (BRASIL, 2004a). Percebe-se que, na prática não é isto o que acontece.

Para minorar este esfacelamento do sujeito, Campos (1999, 2007), em sua proposição de Equipes de Referência, anuncia um novo sistema de referência entre profissionais e usuários, cujo funcionamento pode ser descrito da seguinte forma:

Cada unidade de saúde se organiza por meio da composição de equipes, formadas segundo características e objetivos da própria unidade e, de acordo com a realidade local e disponibilidade de recursos. Obedecem a uma composição multiprofissional de caráter transdisciplinar que se responsabilizam pela saúde de certo número de pacientes inscritos, segundo sua capacidade de atendimento e gravidade dos casos (BRASIL, 2004a, p.8, 9).

Dessa forma, em uma Unidade de Saúde da Família que trabalha com a concepção de Equipes de Referência, várias famílias são selecionadas e registradas para ficar sob a responsabilidade de um médico, enfermeira de família, auxiliares e agentes comunitários de saúde. Cada Equipe de Referência torna-se responsável pela ação integral do doente, cuidando de todos os aspectos de sua saúde, elaborando projetos terapêuticos e buscando outros recursos, quando necessário.

Baseando-se em Campos (1999) o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004, p.10) afirma ainda que, “[...] essa equipe passa a ter a responsabilidade principal pela condução do caso”. Para existir, as Equipes de Referência precisam de tempo para se reunir, discutir seus projetos terapêuticos e conversar. O que pede, também, um clima propício, democrático, que permita a livre expressão de idéias, independente da profissão de cada membro da equipe.

O Apoio Matricial (BRASIL, 2004a) é um arranjo na organização dos serviços que complementa as Equipes de Referência. Para se entender esta complementação é preciso lembrar que, as Equipes de Referência são responsáveis pela condução do caso, seja ele individual, familiar ou coletivo, e esta equipe não encaminha os pacientes, mas, quando necessita de ajuda, pede apoio. E esse apoio vem, tanto dos serviços de referência/especialidades, quanto de outros profissionais que lidam com o doente, como é o caso dos profissionais do NASF, apoiadores por excelência.

O apoiador matricial, segundo Campos e Domitti (2007, p.401) é um especialista que tem um núcleo de conhecimentos e um perfil diferente dos profissionais de referência, mas, que pode agregar recursos de saber e mesmo contribuir com intervenções que aumentem a capacidade de resolver problemas de saúde da equipe primariamente responsável pelo caso. “[...] Procura construir e ativar espaços para a comunicação ativa e para o compartilhamento de conhecimento entre profissionais de referência e apoiadores”.

De acordo com Campos e Domitti (2007, p. 399-400), o apoio matricial em saúde é uma metodologia que, “[...] objetiva assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde. O apoio matricial pretende oferecer, tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às equipes de referência”.

Os contatos entre apoiadores e equipes de referências podem ser estabelecidos, primeiramente, mediante a combinação de encontros periódicos e

regulares. Nesses encontros, objetiva-se discutir casos ou problemas de saúde selecionados pela equipe de referência e procura-se elaborar projetos terapêuticos e acordar linhas de intervenção para os profissionais envolvidos (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Busca-se reservar algum tempo para o diálogo sobre temas clínicos, de saúde coletiva ou de gestão do sistema. Em casos imprevistos e urgentes, em que não seria recomendável aguardar a reunião regular, o profissional de referência aciona o apoio matricial, de preferência por meios diretos de comunicação, e não por meio de encaminhamento impresso entregue ao paciente, solicitando intervenção do apoiador. Recomenda-se, nessas circunstâncias, proceder a uma avaliação de risco, para se acordar uma agenda possível frente às necessidades do paciente.

O termo Apoio Matricial é composto por dois conceitos operadores:

**Apoio** – O primeiro termo sugere uma maneira para se operar essa relação horizontal, mediante a construção de várias linhas de transversalidade, ou seja, indica uma metodologia para ordenar a relação entre referência e especialista, não mais com base na autoridade, mas, com base em procedimentos dialógicos, segundo Campos e Domitti (2007). Espera-se que, com o diálogo se evite tanto a fragmentação do próprio saber, quanto à fragmentação do cuidado ao paciente.

O funcionamento dialógico e integrado (CAMPOS; DOMITTI, 2007) pressupõe tornar a equipe (incluindo equipe referência e equipe de apoio) como um espaço coletivo de discussão de casos clínicos, sanitários ou de gestão e participação da vida da organização. Assim, o apoiador matricial é um especialista que tem um núcleo de conhecimento e um perfil distinto daquele dos profissionais de referência, mas pode agregar recursos de saber e mesmo contribuir com intervenções que aumentem a capacidade de resolver problemas de saúde da equipe primariamente responsável pelo caso.

**Matricial** – O segundo termo carrega vários sentidos: por um lado, em sua origem latina, significa o lugar onde se geram e se criam coisas; por outro, foi utilizado, segundo Campos e Domitti (2007), para indicar um conjunto de números que guardam relação entre si, quer sejam trabalhados na vertical, na horizontal ou em linhas transversais. Sugere que os profissionais de referência e especialistas de apoio mantenham relação horizontal e não apenas vertical.

A articulação entre equipe de referência e apoiadores pode desenvolver-se em três planos fundamentais (SÃO PAULO, 2009, p.8):

- Troca de conhecimento e de orientações entre equipe e apoiador, diálogos sobre alterações na avaliação de caso, reorientação de conduta, permanecendo o caso sob cuidado da equipe de referência.
- Em situações que exijam atenção específica do núcleo de saber do apoiador (NASF), este pode programar, para si mesmo, uma série de atendimentos ou de intervenções compatíveis com o escopo da Atenção Primária em Saúde, em co-responsabilidade com a ESF, comprometida com o seguimento do cuidado integral e longitudinal de todos os pacientes, famílias e comunidade de sua área de abrangência;
- Atendimentos e intervenções conjuntas entre os profissionais do NASF e os profissionais da ESF.

O apoio matricial e a Equipe de Referência (SÃO PAULO, 2009) constituem-se metodologias de trabalho, modo para se realizar a gestão da atenção em saúde, mas são, ao mesmo tempo, arranjos organizacionais que buscam diminuir a fragmentação imposta ao processo de trabalho decorrente da especialização.

Portanto, “[...] O apoio matricial promove o encontro entre distintas perspectivas, obrigando os profissionais a comporem Projetos Terapêuticos com outras racionalidades e visões de mundo” (CAMPOS; DOMITTI, 2007, p.405).

Para estes autores (2007, p.405), Projeto Terapêutico se refere a 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”.

Também chamado de Projeto Terapêutico Singular (PTS), (SÃO PAULO, 2009), ou Projeto Terapêutico Individual (PTI), este pode ser elaborado para grupos ou famílias e não apenas para indivíduos, buscando a singularidade (no sentido da diferença) como elemento central de articulação.

A construção do PTS contém quatro momentos, de acordo com a Cartilha da Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde (PNH) (BRASIL, 2004c):

- **Diagnóstico:** que deverá conter uma avaliação orgânica, psicológica e social, que possibilite uma conclusão a respeito dos riscos e da vulnerabilidade do usuário. Deve tentar captar como o sujeito singular se produz diante de forças como, as doenças, os desejos e interesses, como também, o trabalho, a cultura, a família e a rede social.

- **Definição de metas:** uma vez que a equipe fez os diagnósticos, ela faz propostas de curto, médio e longo prazo, que serão negociados com o sujeito doente pelo membro da equipe com quem tiver um melhor vínculo.
- **Divisão de responsabilidades:** é importante definir as tarefas de cada um com clareza.
- **Reavaliação:** momento em que se discutirá a evolução e se farão as devidas correções de rumo.

É neste contexto que se insere a clínica ampliada, justamente por permitir a transformação da atenção individual e coletiva, possibilitando que outros aspectos do sujeito, que não apenas o biológico, possa ser compreendido e trabalhado (BRASIL, 2004b).

A clínica ampliada permite reconhecer tanto os determinantes universais e particulares, quanto olhar o Sujeito de forma Singular, lidando com todo o espectro de sua situação. Porém, isto não significa negar a existência de uma patologia, nem a desigualdade social, étnica ou de gênero, ou mesmo um eventual determinante genético que possa facilitar o adoecimento.

Segundo a Cartilha da PNH/ MS (BRASIL, 2004b), a clínica ampliada é:

- Um compromisso radical com o sujeito doente sendo visto de modo singular;
- Responsabilidade sobre os usuários dos serviços de saúde;
- Intersetorialidade;
- Transdisciplinaridade;
- Compromisso ético profundo.

Para Dimenstein *et al.* (2009, p. 66), a clínica ampliada “[...] tem a função, por excelência, de acompanhar movimentos, metamorfoses subjetivas, paisagens que vão se processando cotidianamente na vida, proporcionando encontros e composições”. Estas autoras identificam a clínica ampliada com uma clínica política que tem a ver com afetos e com a fabricação de modos de existência que se contrapõe na lógica capitalista contra a individualidade, a competitividade e a segregação.

A equipe de referência e o apoio matricial, juntos, permitem um modelo de atendimento voltado para as necessidades dos usuários, o que favorece a

construção de vínculos terapêuticos e a responsabilização (definição de responsabilidades) das equipes (BRASIL, 2004a).

Esse modelo, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004a), ao reunir profissionais de diferentes áreas de conhecimento permite que estes atuem de modo transdisciplinar, sem utilizar recursos de encaminhamentos infundáveis, e sem lançar mão da burocracia da referência - o serviço de origem, onde o usuário deu entrada, e da contra referência - o serviço para o qual o sujeito é referido; o modelo permite, ainda, a expressão dos saberes, desejos e práticas dos profissionais, bem como, um melhor acompanhamento do processo saúde/doença/intervenção de cada sujeito-usuário. As equipes de referência (ESF) e as equipes de Apoio Matricial (NASF) se definem então, “[...] como ferramentas indispensáveis para a humanização da atenção e da gestão em saúde” (BRASIL, 2004a, p.14).

Segundo Tófoli e Fortes (2007), o apoio matricial no Brasil foi eleito pelo Ministério da Saúde como a estratégia oficial para guiar as ações de saúde mental na Atenção Primária.

Barban e Oliveira (2007) ao relatarem a experiência de implantação de equipe matricial de saúde mental na ESF de São José do Rio Preto apontam que, o profissional que for praticar o matriciamento deve estar preparado para lidar com grupos heterogêneos, incentivar a intersectorialidade e, portanto, ser capaz de dividir saberes e poderes, considerando a complexidade dos transtornos mentais, criando, então, ações multidisciplinares de promoção e prevenção dos mesmos.

Tófoli e Fortes (2007, p.35), ao se referirem sobre a composição e lotação dos profissionais, na experiência de implantação de matriciamento em Sobral, no Ceará, afirmam que, “[...] a composição profissional das equipes pode ter uma miríade de combinações, com ou sem médicos especialistas (psiquiatras, pediatras, ginecologistas) e uma gama de profissionais de saúde (enfermeiros, psicólogos, educadores físicos, etc.)”.

Esta metodologia de trabalho requer que o profissional do NASF esteja aberto aos desafios da inter e da transdisciplinaridade, que seja capaz de ampliar seu “*setting*” terapêutico para além do consultório ou paredes da unidade e esteja disposto a construir novas tecnologias em saúde, com foco nas famílias e comunidade. Também é importante a crença de que o “sujeito” tem grande poder de mudar a sua relação com a vida e com a própria doença. “[...] O caminho do usuário

ou do coletivo é somente dele, e é ele que dirá se e quando quer ir, negociando e podendo rejeitar as ofertas da equipe de saúde” (SÃO PAULO, 2009, p.9).

Bezerra e Dimenstein (2008), ao investigarem junto a trabalhadores de saúde mental, inseridos em CAPS de adultos e CAPS de álcool e drogas, sobre a proposta de matriciamento para as equipes de ESF de Natal, Rio Grande do Norte, apontam o apoio matricial como uma forma de ousadia no fortalecimento da saúde mental na Atenção Básica e na expansão da substituição dos hospitais psiquiátricos. Afirmam que, “[...] os profissionais dos CAPS têm participado ativamente da proposta de implantação do matriciamento” (BEZERRA; DIMENSTEIN, 2008, p. 5).

Essas autoras destacam que,

A articulação entre os diversos serviços, nos diferentes níveis de atenção também é apontada como dificuldade. Os CAPS, que deveriam atuar como articuladores e ordenadores da rede, acabam centralizando a demanda e inserindo-se de forma muito tímida nos territórios e na comunidade (BEZERRA; DIMENSTEIN, 2008, p.13).

No entanto, as autoras reafirmam a importância do debate sobre o apoio matricial, além de outras estratégias que possam tecer a rede de atenção que seja capaz de sobrepor saúde e saúde mental como instâncias interligadas e complementares, pois para elas, “[...] o apoio matricial pode ser pensado como uma forma de fazer saúde e de estruturar a rede de saúde pública como um todo” (BEZERRA; DIMENSTEIN, 2008, p.6).

Neste sentido, para as autoras, o Apoio Especializado Matricial é um regulador de fluxo que permite entender e diferenciar os casos que necessitem de atendimento de profissionais de saúde mental e os casos que podem ser acompanhados pela equipe de referência da ESF, ou minimamente que sejam acolhidos por estes.

O acolhimento qualificado é outro componente deste modelo de gestão dos relacionamentos em saúde que, segundo Malta *et al.* (1998) consiste na mudança do processo de trabalho de forma a atender a todos que buscam atendimento em saúde, efetivando o princípio da universalidade. Ao assumir nos serviços uma postura de acolhimento e escuta, se restabelece, segundo os autores, a responsabilização pela saúde dos indivíduos e a consequente constituição de vínculos entre profissionais e população; também se reorganiza o processo de trabalho, de modo que ocorra a intervenção de toda a equipe multiprofissional,

encarregada da escuta e da resolução do problema do usuário. Portanto, o fluxo de entrada deixa de ocorrer unidirecionalmente, por meio do agendamento para o médico de todos os pacientes que chegam. Toda a equipe, nesta forma de acesso, passa a dar assistência direta ao usuário, encaminhando ao médico, apenas as pessoas que dele necessitarem. Assim, toda a equipe “[...] participa da resolução do problema, colocando em prática outros ‘saberes’ existentes, potencializando-se a capacidade de resposta e intervenção” (MALTA *et al.*, 1998, p.128).

Arona (2009) relatou a experiência de implantação do matriciamento nos serviços de saúde de Capivari, alegando a importância deste arranjo para pequenos municípios. Identificou que, os problemas iniciais foram: resistência de alguns profissionais, dificuldades de locomoção das equipes, restrição do espaço físico, escassez de material, reduzido número de especialistas, preocupação com a lista de espera extensa e falta de capacitação da equipe. Iniciou pela proposição de oficinas de Capacitação sobre Matriciamento na Atenção Básica, direcionadas a diferentes setores da saúde. As equipes de especialistas (ou apoiadores) tiveram abordagens diferentes e atuaram na seguinte direção:

**Equipe de saúde mental** – Uma psicóloga e uma fonoaudióloga iniciaram visitas às unidades prioritárias;

**Serviço social** – Os profissionais desse setor iniciaram com o atendimento aos usuários carentes, voltando-se, depois, para a avaliação das condições sociais, com o apoio da rede social do município.

**Farmácia** – Contratou-se mais uma profissional para assumir a responsabilidade técnica nas unidades em que faltava a referência farmacêutica.

**Reabilitação Física e Motora** – Foi possível realizar um trabalho de prevenção de doenças por meio de atividades físicas como, a adoção de exercícios de alongamento e caminhada em praças, salões e quadras, em parceria com a Secretaria de Educação. Agentes Comunitários de Saúde assumiram a referência de grupos de atividade física. Os fisioterapeutas puderam acompanhar os profissionais de referência em visitas domiciliares aos pacientes acamados, orientando ações aos cuidadores e pacientes.

**Vigilância Epidemiológica** – Os apoiadores, atuando junto às equipes de referência, orientaram quanto a imunizações em período de campanhas ou nas vacinas de rotina. Também realizaram visita domiciliar para busca ativa de gestantes



que não estavam em dia com o pré-natal e de crianças que não estavam com a vacinação em dia.

**Vigilância Sanitária e Zoonose** – Os apoiadores atuaram junto aos Agentes Comunitários de Saúde no trabalho de visita às residências para orientação e vistoria de possíveis focos de dengue.

A equipe que implantou o matriciamento em Capivari (ARONA, 2009) acredita ter construído um novo olhar para o trabalho em equipe em algumas UBS(s). Entretanto, mostrou que, para estabelecer uma mudança na cultura, envolvendo o diálogo é necessário criar espaços claros, com capacidade de mediação, estabelecer processos de formação de compromissos e de contratos, além de criar critérios de avaliação.

Figueiredo e Campos (2009) realizaram pesquisa junto aos profissionais da Saúde Mental, no Programa Paideia Saúde da Família, em Campinas (SP), objetivando analisar o funcionamento do Apoio Matricial. Observaram que, houve a incorporação da saúde mental no fazer das equipes de referência e a diversificação dos dispositivos terapêuticos. Concluíram, porém, sobre a necessidade de aprimorar a avaliação de risco e a importância da criação de espaços permanentes de análise sobre o Apoio Matricial, para que se possa realimentar a potencialidade de transformação das práticas hegemônicas em saúde.

Baroni e Fontana (2009), ao entrevistarem coordenadores dos serviços na Atenção Primária, do município de Florianópolis (SC), objetivaram identificar a forma como estava estruturada a atenção à saúde mental do município. Constataram o surgimento de um trabalho mais específico em saúde mental, embora os relatos tenham indicado que as equipes ainda desenvolvem suas ações mais direcionadas para o diagnóstico e reabilitação, do que para a promoção em saúde e prevenção de agravo, decorrentes do sofrimento psíquico. Porém, mesmo que seja recente a implantação das equipes de referência com Apoio Matricial no município, os relatos demonstraram o valor significativo atribuído à atuação das equipes de apoio para as unidades voltadas para a saúde mental. Indicaram, como uma possibilidade futura, a formação dos profissionais como estratégia prioritária.

## **5 DISCUSSÃO: LIMITES E POSSIBILIDADES DO APOIO ESPECIALIZADO MATRICIAL NO NASF**

Embora o Ministério da Saúde não cite o NASF, pois o documento que transcreve a proposta de Matriciamento baseada em Campos (1999) foi editado em 2004, e somente em 2008 o NASF foi oficializado, é importante ressaltar que, estes profissionais se enquadram na função de apoiadores matriciais por excelência. Na realidade, nos pareceu que a proposta do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF foi criada sob medida para dar sustentação prática às ações de matriciamento nas equipes da ESF. Assim, constatamos que, primeiro nasceu a teoria e, em seguida, a equipe NASF, para efetivar a teoria na prática.

Considerando que, o percurso histórico desenvolvido pela prática da Medicina e, conseqüentemente, da saúde pública tem sido de ações individualizadas e corporativas, o NASF, baseado nas proposições teóricas de Campos, (1999) surge com o objetivo de integrar e unir este esfacelamento histórico. Ao considerar o percurso recente de sua criação e implantação, não é possível avaliar a efetividade desta difícil tarefa, mas esta pesquisa procura analisar, com base nos documentos oficiais, conforme foi relatado no item 4.1 – Definição de NASF – como é hercúlea a tarefa destes profissionais, em cuja ação está implícito o dever de considerar os pressupostos de variadas políticas, definidas antes mesmo de sua criação, tais como, as políticas da Atenção Básica, de Promoção da Saúde, de integração da Pessoa com Deficiência, de Alimentação e de Nutrição, de Saúde da Mulher, de Práticas Integrativas e Complementares, de Assistência Farmacêutica, da Pessoa Idosa, de Saúde Mental, de Humanização em Saúde, além da Política Nacional de Assistência social (BRASIL, 2009).

Considerando ainda que, o NASF deve realizar a intersetorialidade com as diversas instâncias do poder público, tais como, Educação, Cultura, Lazer, Justiça, Trabalho, entre outras, e que são somente cinco profissionais de funções não coincidentes, escolhidas pelo gestor, que devem compor a equipe do NASF, dando um acompanhamento longitudinal e corresponsabilizando-se pelos atendimentos compartilhados com os profissionais da ESF, acreditamos que é sobre-humana a tarefa proposta a esta equipe. De fato, são inúmeras as responsabilidades, conforme relatado no item 4.1 deste estudo. Porém, destaca-se que, a criação do NASF

possibilitou a inserção, em um novo mercado de trabalho, para jovens profissionais, especialmente de nível superior não médico, em um momento histórico em que os concursos públicos são cada vez mais raros e a carreira de funcionário público estatutário parece em extinção, em razão dos recentes eventos de terceirização e a admissão por processos seletivos em detrimento de concursos. Mas, revendo a tradição da formação educacional brasileira, que ainda se mantém compartimentalizada, fica claro que estes profissionais não dispõem de muitos recursos e instrumentos para atuar de forma intersetorial e transdisciplinar. Em geral, eles ainda não dispõem de experiência prática em saúde pública, especialmente porque são raros os cursos de pós-graduação em saúde coletiva no Brasil.

É neste contexto que se deflagra a importância do Matriciamento, enquanto estratégia privilegiada para assegurar retaguarda assistencial e suporte técnico-pedagógico às equipes da ESF. Ressalta-se aqui, no entanto, a questão de como o apoiador realizará esta tarefa se não se sentir preparado? O apoiador matricial ou profissional do NASF parece estar sendo colocado no lugar de super herói ou salvador da pátria. Sabe-se que, o desenvolvimento da Medicina e os conhecimentos da era moderna têm se pautado na super especialização, o que foi transferido para a saúde pública. Com a instituição das equipes do NASF, aparece o desejo de que todas as cisões e esfacelamentos sejam superados pelos integrantes da equipe NASF, estes super profissionais.

Por outro lado, não se pode perder de vista a validade de que, novos atores no campo da saúde coletiva oferecem um ganho para os serviços. E neste caso, torna-se possível ocorrer a formação continuada em serviço dos profissionais do NASF, aprendendo, ao mesmo tempo em que ensinam, ou apoiando, ao mesmo tempo em que são apoiados.

Pensando que, a estratégia do Matriciamento pede uma integração maior entre os profissionais, pois este é o fim último a que se propõe o trabalho, como esperar que ginecologista se integre com psicólogo, com nutricionista, com fisioterapeuta, para proporcionar uma ação em conjunto num grupo da comunidade ou numa visita domiciliar já que possuem formações tão díspares? Para que os apoiadores possam transmitir e trabalhar a integração é necessário que passem por um período de autoconhecimento e de integração enquanto equipe. Nos artigos pesquisados não foi detectada esta necessidade, mas, todos os autores ressaltam a importância de se capacitar os profissionais, tanto os apoiadores como os

profissionais das equipes de referência. Entretanto, a integração da equipe de apoiadores vai além de capacitações cognitivas em aspectos teóricos, perpassando por vivências subjetivas que também precisam ser contempladas.

Nesse panorama constatamos que, a proposta na qual o NASF deve realizar Matriciamento como arranjo institucional para apoiar e dar retaguarda aos profissionais da ESF ainda é evasiva e incoerente em seus objetivos. A Portaria que o institui afirma que este deve “atuar diretamente no apoio às equipes”, conforme relatado no item 4.1 deste estudo. Porém, ao retomar como deve ser a atuação no território, esta mesma Portaria indica a execução de grupos, visitas domiciliares e outras ações. Tais ações se referem ao atendimento que, mesmo sendo considerado como compartilhado, não foge ao fato de atender diretamente ao usuário, o que dá margem às cobranças em relação à quantidade de atendimentos, sejam eles referentes a visitas domiciliares, grupos ou consultas compartilhadas. Identifica-se, aqui, uma armadilha que pode impedir o profissional do NASF, já tão sobrecarregado em suas tarefas, de conseguir cumprir as referidas metas de atendimento. Surge nessa situação a hipótese de que o profissional venha a demitir-se ao sentir-se pressionado por tais metas, justamente após receber todo o investimento em sua formação. Este também é o viés da frágil vinculação dos profissionais às instituições que, não oferecendo garantias de emprego, não vinculam o profissional, enquanto eles deveriam trabalhar o vínculo do usuário com o serviço de saúde. A ausência dessa vinculação pode abalar a possibilidade de dar “suporte técnico-pedagógico às equipes de referência”.

Após leitura dos documentos oficiais nos pareceu que o governo trata do desenvolvimento do Matriciamento no NASF unicamente em relação às equipes da ESF, como se a implantação desta estratégia cobrisse todo o território nacional. O que não é verdade. No município de São Paulo, até 2009, a ESF cobria somente 45% das unidades de Atenção Básica. Logo, o Matriciamento também precisou ser previsto em Unidades Básicas de Saúde tradicionais, ou seja, sem equipes da Estratégia Saúde da Família. Identificamos, então, inúmeras resistências, muito bem relatadas nos artigos analisados e apresentadas no item 4.2, por parte dos profissionais que viram no Matriciamento um desdobramento necessário, mas, muito dispendioso de energia, transporte e conhecimento, para o qual não se sentiram motivados, especialmente porque não havia benefícios que apontassem para melhores ganhos. Entretanto, todos os autores atestam melhorias na qualidade do

trabalho junto ao usuário, que se torna co-responsável por sua saúde, protagonizando as ações a serem realizadas pelas equipes das unidades que passam a instituir o trabalho em áreas ditas como especialidades, dentro das UBS(s). Foi o que ocorreu, conforme relatado no item 4.2, especialmente com a saúde mental que, mesmo há muitos anos dentro de UBS, era tratada como um eixo da atenção de especialidade, tendo pouco diálogo com os outros profissionais. A saúde mental, considerando o número de artigos encontrados nesta área, parece ter sido a primeira a aderir à proposta de Apoio Especializado Matricial, possivelmente após a criação dos Centros de Atenção Psicossociais (CAPS). Porém, a prática do Matriciamento não se restringe apenas ao sofrimento mental. Mas, analisando que este apoio foi eleito pelo Ministério da Saúde como a estratégia oficial para guiar as ações de saúde mental na Atenção Primária, conclui-se que, mesmo depois de transcorrido vários anos da reforma psiquiátrica, ainda não havia lugar para a saúde mental nas UBS(s). Neste sentido, o Matriciamento possibilitou o diálogo e a inserção do cuidado humanizado ao paciente. Pode-se chegar a esta conclusão após análise dos artigos selecionados para este estudo, ressaltando, no entanto, que idênticas possibilidades se abriram a áreas como, Nutrição, Fonoaudiologia, Farmácia, bem como, enfrentamento à violência, etc. Porém, apenas Arona (2009), em seu artigo, relata esta possibilidade de trabalho em outras áreas, além da saúde mental, embora não o faça de forma detalhada.

A execução do Matriciamento pelos profissionais do NASF, nas equipes de ESF, exige que esse profissional ressignifique sua prática, opte pela integração de seus conhecimentos num campo coletivo, sem abrir mão da especificidade de seu saber, adquirido em sua formação. Deve conseguir distinguir o momento preciso de utilização de um e de outro, o que dá margem a dúvidas e incompreensões, pois, se em um momento, o conhecimento solicitado é de um profissional generalista, capaz de ver o ser humano como um todo, em outro, é de um especialista que numa ação coletiva ou individual deve lançar mão do conhecimento específico para o qual foi contratado. Possivelmente, isto ocorre devido à ausência do especialista no atendimento, ou pela sua presença em número insignificante, acarretando ainda, maior responsabilidade ao profissional do NASF, que deve fazer prevenção, promoção e assistência, instituindo “[...] a plena integralidade do cuidado físico e mental aos usuários do SUS, por meio da qualificação e complementaridade do trabalho das equipes da ESF” (BRASIL, 2008).

## 6 CONCLUSÕES

Na seleção do material referente ao tema não localizamos artigos relacionando o Matriciamento com o NASF. Na realidade, não encontramos nenhum artigo sobre o Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Mesmo considerando que esta estratégia seja recente, ainda assim, nos surpreendemos com esta importante lacuna na literatura científica, tendo decorrido dois anos de sua instituição.

Os artigos pesquisados, em sua maioria, referem-se ao Matriciamento ligado a questões de saúde mental. Todos corroboram as formulações teóricas de Campos (1999, 2007), pouco acrescentando a respeito de seu significado conceitual, porém, todos validam a estratégia do matriciamento como arranjo para aproximar ou inserir áreas de especialidade, como exemplo a saúde mental, da Atenção Básica. Somente um artigo apresentou aspectos de como fazer o matriciamento na prática, acrescentando profissionais de outras áreas (Assistente Social, Farmacêutico, Fisioterapeuta) iniciaram o apoio matricial (ARONA, 2009).

Consideramos que, nossos objetivos foram atingidos, pois levantamos por meio de nove artigos científicos as bases teóricas que sustentam o conceito de Matriciamento, realizando a discussão por meio dos conhecimentos adquiridos nos artigos referentes à prática cotidiana dos profissionais do NASF ao utilizarem o Matriciamento ou Apoio Matricial.

Permanece, no entanto, a indicação colocada pelos autores dos artigos analisados de que se estabeleçam formas concretas de capacitação dos profissionais, tanto para apoiar como para referenciar suas ações, bem como, avaliar esta estratégia que tem sido aplicada em várias áreas da Atenção Básica.

Finalizamos, com o desejo de que a lacuna existente de pesquisas em relação ao NASF em breve seja superada.

## REFERÊNCIAS

ARONA, Elizaete da Costa. Implantação do matriciamento nos serviços de saúde de Capivari. **Saúde e Soc.**, São Paulo, v. 18, supl. 1, p.26-36, jan./mar. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902009000500005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000500005&lng=en&nrm=iso)>. Acessos em: 15 02 2010 e 13 05 2010.

BARONI, D. P. Milani; FONTANA, L. Maria. Ações em saúde mental na atenção primária no município de Florianópolis, Santa Catarina. **Revista Mental**, Barbacena, v.7, n.12, p.15-37, jun. 2009.

BAREMBLITT, Michel. **Compêndio de Análise institucional e outras correntes: Teoria e prática**. Rio de Janeiro: Rosa dos Ventos, 1992.

BRASIL. Constituição Federal (1988). Da Ordem Social, Da Seguridade Social, Seção II (art. 196 a 200). Brasília, DF: Senado, 1988.

\_\_\_\_\_. Lei n. 8080 (1990). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Diário Oficial [da] União. Brasília (DF), 19 09 1990.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde: A implantação da unidade de Saúde da Família; caderno 1. Brasília, DF: Departamento de Atenção Básica; 2000.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Promoção de saúde: Declaração de Alma-Ata, Carta de Ottawa, Declaração de Santa Fé de Bogotá. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico: Da Política de Humanização. Humaniza SUS: Equipe de referência e Apoio matricial. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2004a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico: Da Política de Humanização. Humaniza SUS: Clínica Ampliada. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2004b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico: Da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: Prontuário transdisciplinar e projeto terapêutico. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2004c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 648 de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Diário Oficial [da] União. Brasília (DF), 28 03 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 154 de 24 de janeiro de 2008. Dispõe sobre a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família NASF. Diário Oficial [da] União. Brasília (DF), 24 01 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Cadernos de Atenção Básica n. 27. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2009a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. O SUS de A a Z. Garantindo saúde nos municípios. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 3. ed., 2009b.

BARBAN, Eduardo G.; OLIVEIRA, Angélica. O modelo de assistência da equipe matricial de saúde mental no Programa Saúde da Família do município de São José do Rio Preto (capacitação e educação permanente aos profissionais de saúde na atenção básica). **Arq. Ciência Saúde**, São José do Rio Preto, 14(1): 52-63, jan./mar., 2007.

BEZERRA, Edilane; DIMENSTEIN, Magda. Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na Atenção Básica. **Psicologia, Ciência e Profissão**, Brasília, v. 28, n. 3, p.632-645, set. 2008.

CAMPOS, G. Wagner de Sousa. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4 n. 2, 1999. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381231999000200013&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381231999000200013&lng=pt&nrm=iso)>. Acessos em: 13 01 2010 e 12 05 2010.

CAMPOS, G. Wagner de Souza; DOMITT, A. Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão de trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.2, p.399-407, fev. 2007.

CREPALDI, M. A. Roda de Conversa. Conselho Regional de Psicologia, **A prática da Psicologia e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília: Conselho Federal de Psicologia: CFP, 2009.

DIMENSTEIN, Magda; BEZERRA, Edilene. Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção básica. **Psicologia Ciência e Profissão**, Brasília, v.28, n.3, set. 2008.

DIMENSTEIN, Magda *et al.* O Apoio Matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.18, n. 1, p.63-74, mar. 2009.

FIGUEIREDO, M. Dorsa; CAMPOS, R. Onocko. Saúde Mental na Atenção Básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, fev. 2009. Disponível em:



<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232009000100018&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232009000100018&lng=pt&nrm=iso)>. Acessos em: 05 01 2010 e 13 05 2010.

GOMES, Vanessa Gimenes. **Apoio Matricial**: Estratégia de interlocução na rede de saúde de Campinas/ SP. Monografia (Curso de Aprimoramento em Saúde Mental) da Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP/SP, Campinas, 2006. Texto Xérox.

MALTA, Deborah Carvalho *et al.* Acolhimento – uma reconfiguração do processo de trabalho em saúde usuário-centrada. In: CAMPOS, César Rodrigues *et al.* **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte**: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã, 1998, p.121-141.

MENDES, Karina D. S. *et al.* Revisão Integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto e contexto em Enfermagem**, Florianópolis (SC), v.17, n.4, p.758-764, out./dez. 2008.

SAITO, Raquel Xavier de Souza. Políticas de Saúde: Princípios, Diretrizes e Estratégias para a estruturação de um Sistema Único de Saúde. In: OHARA, E.C.C.; SAITO, R. X. de S. (orgs.). **Saúde da Família; Considerações Teóricas e Aplicabilidade**. São Paulo: Martinari, 2008.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação da Atenção Básica. Diretrizes e parâmetros norteadores das ações dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. São Paulo, 2009. Texto Xérox.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TANAKA, O. Yoshimi; RIBEIRO, E. Laurindsen. Ações de Saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro v.14 n. 2, abr. 2009.

Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232009000200016&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232009000200016&lng=pt&nrm=iso)>. Acessos em: 18 01 2010 e 12 05 2010.

TAVARES, G. R. Resiliência, capacidade de superar adversidades. **Interseção**, Belo Horizonte (MG), v.1 n.2, p.6-14, abr. 2008.

TENÓRIO, Gustavo Cunha. **A construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica**. 200 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Estadual de Campinas, Campinas. 2004.

TÓFOLI, Luís Fernando; FORTES, Sandra. Apoio Matricial de Saúde Mental na Atenção Primária no município de Sobral, CE: O relato de uma experiência. **Sanare**, Sobral, v.6, n.2, p.34-42, jul./dez. 2005/2007.

WHITTEMORE, R.; KNAFL K. Uma revisão integrativa: uma metodologia atualizada. **Journal of Advanced Nursing**, Oregon, v. 52, n. 5, p.546-553, dez. 2005.

## **APÊNDICE**

### **APÊNDICE A – LISTA DE ARTIGOS PESQUISADOS**

LISTA DE ARTIGOS PESQUISADOS				
ANO	AUTOR	TITULO	VEICULO DE PUBLICAÇÃO	CONCEITOS PESQUISADOS
1999	Gastão W S Campos	Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde	Ciência e Saúde coletiva	Conceito de Matriciamento, Equipe de Referência, Vínculo.
2007	Gastão W S Campos Ana C Domitti	Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde	Caderno de Saúde Pública	Conceito de Matriciamento, Clínica Ampliada, Projeto Terapêutico Singular, Vínculo.
2007	Eduardo G. Barban, Angélica A. Oliveira	O modelo de assistência da equipe matricial de S. mental no PSF de São José do Rio Preto	Arq. Ciência Saúde	Perfil do profissional matriciador.
2007	Luis F. Tófoli, Sandra Fortes	Apoio Matricial de S. mental na Atenção Primária no município de Sobral, CE. Relato de uma experiência	Sanare	Composição da equipe de matriciamento, ligação do matriciamento com saúde mental.
2008	Edilane Bezerra, Magda Dimenstein	Os CAPS e o trabalho em rede; tecendo o apoio matricial na A. Básica	Psicologia Ciência e Profissão	Matriciamento e Saúde mental, Avaliação Apoio Matricial.
2009	Mariana Dorsa Figueiredo, Rosana onocko Campos	Saúde mental na A. Básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado?	Ciência & Saúde Coletiva	Avaliação do Apoio Matricial
2009	Elizaete da Costa Arona	Implantação do matriciamento nos serviços de saúde de Capivari	Saúde e Sociedade	Ação dos matriciadores nas equipes de Matriciamento.
2009	Daiana P. M. Baroni, Lívia M. Fontana	Ações em saúde mental na A Primária no município de Florianópolis, Santa Catarina	Revista Mental	Avaliação do Apoio Matricial: valor significativo do matriciamento e formação dos profissionais é prioridade.
2009	Magda Dimenstein, Ana Kalliny Severo, Monique Brito, Ana I. Pimenta, Vanessa Medeiros, Edilane Bezerra	O apoio matricial em unidades de saúde da família: experimentando inovações em saúde mental	Saúde e Sociedade São Paulo	Conceito de Apoio Matricial, clínica Ampliada, Avaliação.