

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MATO GROSSO DO SUL
UNIDADE UNIVERSITÁRIA DE DOURADOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
ENSINO EM SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL

Monique Rotili

**O APOIO MATRICIAL COMO ESTRATÉGIA ORGANIZACIONAL DO
TRABALHO EM SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

Dourados/MS

2016

Monique Rotili

**O APOIO MATRICIAL COMO ESTRATÉGIA ORGANIZACIONAL DO
TRABALHO EM SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

Produto final do curso Mestrado Profissional apresentado ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* Ensino em Saúde da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, Unidade Universitária de Dourados como exigência final para obtenção do título de Mestre em Ensino em Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Cássia Barbosa Reis.

Dourados-MS

2016

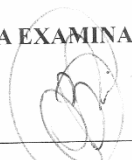
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
EM ENSINO EM SAÚDE,
MESTRADO PROFISSIONAL

**O APOIO MATRICIAL COMO ESTRATÉGIA ORGANIZACIONAL DO
TRABALHO EM SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

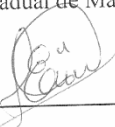
Produto Final do Curso de Mestrado Profissional apresentado ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ensino em Saúde, da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, como requisito final para a obtenção do Título de Mestre em Ensino em Saúde.

Aprovado em: 12/02/2016

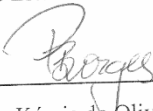
BANCA EXAMINADORA:



Prof. Dra. Cássia Barbosa Reis (orientadora)
Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS)



Prof. Dra. Érika Kanetta Ferri (examinadora)
Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS)



Prof. Dra. Pollyanna Kássia de Oliveira Borges (examinadora externa)
Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG)

RESUMO

O Apoio Matricial apresenta-se como um dispositivo dinamizador no processo de trabalho em saúde assegurando uma retaguarda especializada a equipes de profissionais de saúde da Atenção Básica. O Apoio Matricial é uma ferramenta do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) que intencionalmente oferece um suporte assistencial e técnico-pedagógico, ampliando as possibilidades de construção de vínculo entre esses profissionais. O presente estudo objetivou verificar o entendimento das equipes de profissionais da Estratégia de Saúde da Família sobre o trabalho em equipe e do Apoio Matricial como uma ferramenta organizacional no processo de trabalho em saúde, para propiciar maior integração e compartilhamento de conhecimento entre os profissionais da equipe, propondo estratégias de intervenções educativas sobre o Apoio Matricial aos trabalhadores em saúde. A metodologia utilizada na pesquisa foi de abordagem qualitativa, fundamentada na Teoria das Representações Sociais (TRS), proposta por Moscovici. Para a coleta de dados utilizou-se a técnica do Grupo Focal. A técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) foi recorrida para a análise dos dados. Em seguida foram desenvolvidas práticas educativas sobre o Apoio Matricial para os profissionais da Equipe de Saúde da Família. Tendo em vista os dados coletados, nota-se ausência de discussão entre a equipe de saúde sobre casos clínicos e troca de conhecimento para solucionar problemas referentes ao paciente. Constatou-se ainda que a equipe da ESF não possui conhecimento algum sobre o Apoio Matricial, uma vez que esta ferramenta poderá contribuir para uma interação entre os profissionais da Equipe de Saúde da Família e o apoiador, assim ampliando a ideia do trabalho em equipe. Com inserção do Apoio Matricial na rotina de trabalho espera-se transformar o trabalho fragmentado em um atendimento unificado e integral, um dispositivo que vai pouco a pouco revertendo o modelo medicalizador, assistencialista e curativista. A proposta do Apoio Matricial insiste em possibilitar a troca de saberes e práticas entre os trabalhadores, instituindo uma lógica de trabalho interdisciplinar.

Palavras-chave: Apoio Matricial; equipe de referência; organização do trabalho em saúde.

ABSTRACT

The Support Matrix is presented as a dynamic device in health work process ensuring a specialized back to health professional teams Primary Care. The Support Matrix is a tool of the Center for Support for Family Health (NASF) who intentionally offers an assistance and technical and pedagogical support, extending the link-building opportunities among these professionals. This study aimed to verify the understanding of Family Health Strategy professional teams on teamwork and Matrix Support as an organizational tool in health work process, to provide greater integration and knowledge sharing among team members, proposing strategies educational interventions on the Evaluative support to health workers. The methodology used in the study was qualitative approach, based on the Social Representation Theory (SRT) proposed by Moscovici. For data collection was used the technique of focus groups. The collective subject discourse technique (DSC) was appealed to the data analysis. Then educational practices have been developed on the Matrix Support for professionals in the Family Health Team. In view of the data collected, there is no discussion between the health team about clinical cases and exchange of knowledge to solve problems for the patient. It was further observed that the ESF team does not have any knowledge about the Matrix Support, since this tool can contribute to an interaction between professionals in the Health Team Family and supporter, expanding the idea of teamwork. With insertion of the Matrix Support in routine work is expected to transform the fragmented work in a unified and comprehensive care, a device that is gradually reversing the medicalization model, welfare and curative. The purpose of the Matrix Support insists enable the exchange of knowledge and practices among employees by instituting an interdisciplinary working logic.

Key words: Matrix Support; Reference staff; organization of health work.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	7
2. REVISÃO DE LITERATURA	8
2.1 Um novo arranjo organizacional do trabalho em saúde: o Apoio Matricial e a Equipe de Referência	8
2.2 A organização do processo de trabalho em saúde	9
2.3 A atuação do NASF no apoio a equipe de Saúde da Família	11
2.4 Pesquisas sobre o Apoio Matricial	13
3. OBJETIVOS	14
3.1 Objetivo Geral	14
3.2 Objetivos Específicos	14
4. MÉTODO	14
4.1 Tipo de Estudo	14
4.2 Local da Pesquisa	15
4.3 Participantes da Pesquisa	16
4.4 Coleta e análise dos dados	16
4.5 Aspectos éticos da pesquisa	18
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	18
CONCLUSÃO	23
REFERÊNCIAS	25
ANEXO A	31
ANEXO B	32

1. INTRODUÇÃO

O Apoio Matricial (AM) objetiva assegurar uma retaguarda especializada a equipe de profissionais, apresentando-se de maneira personalizada e interativa. Um especialista com determinado núcleo, apoiará outros especialistas com outro núcleo de formação, ampliando a resolubilidade na atenção primária a saúde (CUNHA; CAMPOS, 2011). O AM apresenta um arranjo organizacional para o processo de trabalho das equipes de saúde, estimulando o aumento do vínculo entre os profissionais e constituindo espaços de interlocução entre os trabalhadores (SANTOS; LACAZ, 2012).

De acordo com os autores Campos e Domitti (2007), o apoiador matricial apresenta-se como um especialista que tem um núcleo de conhecimento e um perfil diferente dos profissionais da Equipe de Referência (ER), vindo a cooperar no processo de trabalho construindo e ativando espaços para comunicação e para o compartilhamento de conhecimento. O apoiador matricial deve acompanhar as atividades da ER, auxiliando na formação de novas estratégias de ação, qualificando o processo de produção do cuidado (SAMPAIO et al, 2013).

A ER constitui-se daqueles que tem a responsabilidade pelo acompanhamento de um caso individual, familiar ou comunitário, considerando-se a mesma essencial para a condução de problemas de saúde que são encontrados. A ER pode ser representada neste caso, pela equipe de Saúde da Família que tem a responsabilidade por uma clientela dentro de um território de abrangência (CAMPOS; DOMITTI, 2007; BRASIL, 2010).

A ER e AM apresentam uma proposta de reorganização do trabalho em saúde, na perspectiva de estimular a corresponsabilidade pela saúde, tendo como elementos norteadores a gestão do trabalho e a transdisciplinariedade (LACAZ et al, 2013).

No entanto, a operacionalização do AM depende de um conjunto de condições como o número e qualificação dos profissionais disponíveis e contato construído na combinação de encontros periódicos entre a ER e o Apoiador matricial (BRASIL, 2008).

Além disso, o AM é uma ferramenta que apresenta dimensões de suporte assistencial e técnico-pedagógico. Através da dimensão assistencial, o profissional promove uma ação clínica direta com o usuário. A ação técnico-pedagógica, por sua vez, produz um apoio educativo voltado para a equipe. Essas duas dimensões não se separam, elas podem e devem estar integradas no cotidiano das ações em saúde (BRASIL, 2009a, 2010).

Diante de tais considerações, sugerimos um novo arranjo para o serviço de Atenção Primária a saúde com base nos conceitos de ER e do AM, assim, estimulando rotineiramente um maior compromisso dos profissionais de saúde com os usuários e promovendo uma atenção

integral. As reuniões e os projetos elaborados conjuntamente seriam dispositivos matriciais permitindo uma maior comunicação entre os profissionais da equipe.

O planejamento de projetos terapêuticos entre a ER e o apoiador deve existir com o propósito de minimizar os problemas encontrados no território de abrangência, portanto a ausência da programação de reuniões para a discussão de casos clínicos na ESF poderá interferir no trabalho de prevenção dos usuários. Contudo, a inserção do AM no cotidiano da ESF, materializa o aperfeiçoamento de projetos já existentes e estimula o planejamento de novos projetos na rotina da Unidade Básica de Saúde (UBS).

O mestrado profissional Ensino em Saúde permitiu uma pesquisa com uma articulação entre o ensino e a prática, com um domínio de metodologia pertinente e aplicação orientada para o campo de atuação profissional. O interesse em realizar a pesquisa voltada para a prática profissional foi evidenciado após o encerramento de um curso de capacitação para profissionais do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), e no decorrer deste curso pode-se perceber que o AM institui um processo capaz de facilitar a abertura para o diálogo, favorecendo a integração entre a equipe de profissionais, assumindo compromisso com a saúde dos usuários, além de apresentar-se como uma ferramenta central na proposta do NASF.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Um novo arranjo organizacional do trabalho em saúde: o Apoio Matricial e a Equipe de Referência

A proposta do AM e da ER permite uma reorganização no processo de trabalho em saúde, além de facilitar a humanização da gestão e da atenção, criando um vínculo específico entre um grupo de profissionais e usuários, propiciando a troca de saberes, corresponsabilização, acesso e resolubilidade entre os integrantes da equipe (BRASIL, 2007b; JORGE et al, 2012). O termo apoio se refere a uma relação horizontal entre os profissionais, baseada no diálogo e não mais na autoridade de determinadas classes profissionais sobre as demais (CAMPOS; DOMITTI 2007).

A ER e a de apoiadores, trabalham de forma conjunta na proposta do AM, compartilhando experiências e saberes para a tomada de decisões (IGLESIAS; AVELLAR, 2014). Entretanto, a ER é definida por um conjunto de profissionais que se responsabiliza pelos mesmos usuários, assim, como a equipe de Saúde da Família que é referência para uma

determinada população (BRASIL, 2007b). O apoiador matricial, por sua vez, é um especialista que vem somar com o seu conhecimento específico e sua experiência, compartilhado os projetos de intervenção com a ER contribuindo para a intervenção de um determinado problema de saúde (IGLESIAS; AVELLAR, 2014).

AM e ER contribuem para a transformação do processo de trabalho na lógica do compartilhamento de saberes (CAMPOS; DOMITTI 2007), apresentando potencialidades no que diz respeito ao cuidado integral e compartilhado (SILVA, 2011).

Em concordância com Campos e Domitti (2007), a estrutura organizacional dos serviços de saúde não estimula a troca de opinião entre as distintas profissões resultando na fragmentação do atendimento e dificuldade no trabalho multiprofissional impedindo as relações transdisciplinares. Portanto, o AM permite a reorganização do trabalho em saúde facilitando a troca de opinião por meio de projetos terapêuticos. Os atendimentos e os problemas encontrados deixam de ser segmentados e passam a ser compartilhados com os saberes entre os profissionais das equipes, proporcionando uma melhor resolução e melhor atendimento (BRASIL, 2007b).

Por essas razões, o matriciamento precisa ser fortalecido na atenção básica, com vistas a servir como ferramenta para a criação de uma rede integrada, na perspectiva do cuidado e que permita a interconexão entre os diferentes níveis de atenção (JORGE et al, 2012). Contudo, o AM mostra-se como uma metodologia de trabalho potente na estruturação da rede de saúde transformando as relações entre os profissionais (IGLESIAS; AVELLAR, 2014). O trabalho em equipe ajuda os profissionais a se sentirem mais seguros e preparados para resolver os desafios encontrados no dia a dia, pois desta forma podem compartilhar saberes e responsabilidades, fortalecendo a equipe para lidar melhor com as situações expostas (DELFINI; REIS, 2012).

2.2 A organização do processo de trabalho em saúde

O trabalho em saúde é realizado por profissionais com formação na área, preparados para atender o usuário ou grupos com problemas de saúde, atividade que requer saberes e práticas, alcançando objetivos de cura, reabilitação e prevenção, promovendo o bem-estar (SANT'ANNA; HENNINGTON, 2011). O trabalho em saúde na perspectiva do cuidado impõe-se estabelecer diálogos e articular referenciais com capacidade de criar dispositivos para melhor intervir sobre o trabalho para transformá-lo, colocando em uso os saberes constituídos (SCHWARTZ; DURRIVE, 2007).

Com isso, no processo de trabalho das equipes de Saúde da Família acabou tornando-se imprescindível a busca de uma nova forma de organização que valorizasse o espaço da coletividade enquanto espaço de cuidado, implantando-se a Estratégia de Saúde da Família, para superar o modelo tradicional de assistência à saúde que ainda tem priorizado as consultas médicas individuais, com enfoque na cura e na doença (MIELKE; OLCHOWSKY, 2010).

A Estratégia de Saúde da Família constitui um modelo de atenção primária que visa um atendimento integral ao paciente, porém a formação dos profissionais ainda está pautada em uma visão fragmentada, reduzindo a ação multidisciplinar. O atendimento médico ainda permanece caracterizado pelo ato prescritivo e desarticulado da proposta do trabalho em equipe (MORETTI, 2009).

Contudo, esse modelo de assistência ainda apresenta-se influenciado pelas características do trabalho coletivo do modo capitalista de produção, adotando-se princípios de organização baseados no taylorismo-fordismo, sendo fortemente observada a fragmentação, a hierarquização e a alienação. As equipes de profissionais de saúde desenvolvem parte do trabalho que tem como produto final a assistência de saúde a indivíduos ou grupos. Entretanto, são desenvolvidas atividades diferenciadas, envolvendo uma equipe multidisciplinar, porém, neste caso a interdisciplinaridade em saúde é mais uma figura retórica do que uma prática concreta (PIRES, 2000; PIRES; GELBCKE; MATOS, 2004).

Torna-se um desafio no processo de trabalho a incorporação ao ato terapêutico da valorização do outro, a preocupação com a integralidade e o respeito à visão de mundo de cada um significa compactuar com estratégias de promoção, prevenção, cura e reabilitação dos usuários, sendo responsabilização de todos os profissionais que trabalham na atenção e no cuidado em saúde (SANTOS; ASSIS, 2006).

Porém, quando falamos em processo de trabalho, devemos pensar nos objetivos do trabalho, nos sujeitos que atuam, no objeto da ação e nos meios disponíveis e utilizados na execução da ação a qual pode produzir como resultado a modificação do estado ou condição de outro sujeito. Por isso há necessidade do estabelecimento de uma comunicação eficaz entre quem presta e quem recebe o serviço. Os profissionais e as equipes de saúde são os protagonistas imediatos de todos os processos de trabalho em saúde, portanto, é fundamental que os profissionais aí inseridos desenvolvam habilidades para a aplicação de instrumentos que possibilitem a reflexão crítica e a transformação do seu processo de trabalho (FARIA et al, 2009).

De acordo com Gil (2006), a Estratégia de Saúde da Família não está conseguindo atender adequadamente as novas configurações do trabalho em saúde no que diz respeito à

integralidade, a formação de vínculos, a abordagem familiar e ao trabalho em equipe, demonstrando a fragilidade do nosso processo de construção social da saúde. Porém, Campos (2010), apresenta algumas estratégias organizacionais que poderiam contribuir para um novo processo de organização do trabalho em saúde e superar a necessidade de eventual comunicação entre as distintas profissões, destacando-se a ER e o AM que possuem um caráter interdisciplinar. Com o AM os profissionais realizariam eventuais encontros horizontais para que juntos operassem sobre os casos de uma forma somatória de procedimentos garantindo a qualidade do atendimento ao todo.

Partindo deste pressuposto, a prática interdisciplinar possibilitaria novas formas de organização do trabalho em saúde envolvendo vários conhecimentos e experiências que são reconhecidas e valorizadas, permitindo melhores relações de trabalho entre os profissionais (MATOS; PIRES; CAMPOS, 2009; SEVERO; SEMINOTTI, 2010).

Segundo Santos (2008), para superar a lógica tradicional que orienta os processos de trabalho em saúde impõe-se essa necessidade de mudar o processo de organização dos serviços em saúde, assim como o planejamento e as formas de gestão. Portanto, essa transformação implicará na substituição dos modelos assistenciais hierarquizados e fragmentados, pela escuta, acolhimento e diálogo, principalmente entre os profissionais da equipe, para que possam dialogar e deliberar os processos de trabalho realizados no cotidiano dos serviços, produzindo assim uma gestão voltada para o cuidado (CAMURI; DIMENSTEIN, 2010).

Portanto, os serviços de saúde precisam exigir a participação de profissionais mais ativos, criativos e transformadores da realidade requerendo práticas educativas e de formação capazes de contribuir para provocar mudanças no campo da saúde (SCHWARTZ; DURRIVE, 2007).

2.3 A atuação do NASF no apoio a equipe de Saúde da Família

A ESF, como modelo de Atenção Básica apresenta-se como uma estratégia prioritária para reorganização do acesso da população aos serviços de saúde básicos, sendo esta responsável por um conjunto de ações de saúde, de caráter individual e coletivo, voltados para promoção, prevenção e proteção da saúde, diagnóstico precoce, tratamento, limitação da incapacidade, reabilitação e manutenção da saúde (BRASIL, 2004, 2007a).

O modelo preconiza uma equipe de saúde da família de caráter multiprofissional que trabalha com definição de território de abrangência, cadastramento, acolhimento, a visita domiciliar, a integralidade, o acompanhamento da população e adscrição de clientela,

constituindo-se a porta de entrada ao sistema local e o primeiro nível de atenção a saúde. Portanto, a equipe precisa conhecer as famílias que seu território abrange, identificando os problemas de saúde e desenvolvendo ações educativas e intersetoriais (SCOREL et al, 2007; COSTA; CARBONE 2009; BRASIL, 2001). A equipe deve ser constituída por um médico generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde (BRASIL, 2006, 2009a, 2011).

A atenção básica em saúde é o componente primário de redes de serviço de saúde, atendendo por meio de uma equipe, trazendo como característica a figura dos Agentes Comunitários de Saúde e a definição de um território de cada equipe (FARIA et al, 2009). O primeiro requisito da Atenção Básica é que a Unidade de Saúde da Família seja acessível aos usuários adstritos. Entretanto, a acessibilidade na ESF é facilitada pela atuação do agente comunitário, revelando-se um mediador entre a comunidade e o serviço de saúde, por isso deve residir na área de atuação da equipe vivenciando o cotidiano das famílias (SCOREL et al, 2007; FORTES; SPINETTI, 2004).

A Saúde da Família requer que os profissionais envolvidos estabeleçam interação entre si e com os usuários, constituindo um trabalho em equipe com uma relação recíproca de comunicação e interação entre todos os agentes envolvidos. Assim, pressupõe a possibilidade da prática de um profissional se reconstruir na prática do outro, ambos sendo transformados para a intervenção na realidade em que estão inseridos (ARAÚJO; ROCHA, 2007).

Apesar de apresentar potencialidades como estratégia para mudança no modelo assistencial, acredita-se que é preciso conscientizar os profissionais e os cursos superiores da área da saúde que a Estratégia de Saúde da Família traz como centro de atenção, o trabalho em equipe e a assistência humanizada para o seu atendimento a população (ROSA; LABATE, 2005).

Para superar os desafios da ESF e aumentar a sua resolubilidade e a capacidade de compartilhar a coordenação do cuidado, o Ministério da Saúde, em 2008, criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), objetivando ampliar a dimensão e as ações da Atenção Básica (BRASIL, 2009a, 2011; NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010). Os NASF consistem em equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento que trabalham em parceria com os profissionais das Equipes de Saúde da Família, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das equipes, atuando diretamente no apoio às equipes e na unidade na qual o NASF será cadastrado (BRASIL, 2008).

No entanto, essa realidade necessita de um olhar multiprofissional para garantir a continuidade e a integralidade da atenção. Apresentam-se dentre as responsabilidades atribuídas

aos profissionais do NASF, a definição de uma agenda de trabalho, privilegiando atividades pedagógicas e assistenciais e ações diretas e conjuntas com a ESF no território de abrangência (BRASIL, 2011).

A organização e o desenvolvimento do processo de trabalho do NASF dependem de algumas ferramentas utilizadas como atributo característico de suas atividades, como é o caso do AM, do Projeto Terapêutico Singular (PTS), do Projeto de Saúde no Território (PST) e da Clínica Ampliada (BRASIL, 2009a; MARTINES; CHAVES, 2007).

Partindo deste pressuposto, notam-se amplas possibilidades de participação qualificada do AM para a reorganização do trabalho em saúde na Atenção Primária, seja na prevenção de doenças ou na promoção da saúde, utilizando-se de ferramentas de atuação, apoiando e buscando parcerias para a intervenção em problemas de saúde.

2.4 Pesquisas sobre o Apoio Matricial

A atenção integral, como a pretendida pelo SUS, só poderá ser alcançada através da troca de saberes e práticas entre os profissionais, instituindo uma lógica de trabalho interdisciplinar, interligando uma rede de serviços de saúde (BEZERRA; DIMENSTEIN, 2008; DIMENSTEIN; GALVÃO; SEVERO, 2009). Segundo Campos e Domitti (2007), algumas cidades vêm reorganizando seu sistema de Atenção Básica com base no AM, apresentando como uma estratégia para melhorar a resolução dos problemas encontrados na rede, propiciando um espaço de trocas de experiências e de saberes com outros profissionais, interligando diferentes dispositivos e excluindo a lógica dos encaminhamentos, sendo uma construção coletiva que favorece a co-responsabilização e a avaliação contínua no tratamento do usuário (BEZERRA; DIMENSTEIN, 2008).

Segundo Santos e Lacaz (2012), as principais ações de AM são as reuniões temáticas, a troca de conhecimentos e o compartilhamento de experiências com o intuito de propiciar um maior vínculo entre os profissionais, a reorganização do trabalho em saúde e a corresponsabilização dos casos clínicos de pacientes. Portanto, uma característica marcante da experiência do AM é a de apresentar possibilidades de transcender a abordagem tradicional de ações assistencialistas para uma abordagem que vise ações coletivas de promoção, prevenção e vigilância em saúde.

Segundo Scorel et al (2007), ao entrevistar profissionais das equipes de saúde da família, um dos atributos da Atenção Primária que se apresentou menos desenvolvido nas experiências estudadas, permanecendo como grande desafio da ESF foi a melhora da

comunicação entre profissionais da Atenção Básica. Como corrobora Freire e Pichelli (2013), o AM, como dispositivo de mudança, ainda não está bem compreendido pelos profissionais da Atenção Primária a Saúde, assim, percebe-se a necessidade de maiores esclarecimentos com relação a essa ferramenta organizacional no dia a dia dos serviços, de forma que apoiadores e Equipe de Referência consigam buscar a integralidade no atendimento. Contudo, é necessária a implantação de medidas que consolidem o AM como uma estratégia de suporte ao cuidado em saúde (MACHADO; CAMATTA, 2013).

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Verificar o entendimento das equipes de profissionais da ESF sobre o trabalho em equipe e do Apoio Matricial como uma ferramenta organizacional no processo de trabalho em saúde, para propiciar maior integração e compartilhamento de conhecimento entre os profissionais.

3.2 Objetivos Específicos

Analisar o ambiente organizacional da Estratégia de Saúde da Família (ESF) em relação à comunicação e a troca de opinião entre os profissionais da equipe;

Propor estratégias de intervenções educativas sobre o Apoio Matricial;

Desenvolver reuniões periódicas com a equipe de profissionais da ESF, proporcionando interação entre a equipe.

4. MÉTODO

4.1 Tipo de Estudo

O estudo foi dividido em duas etapas, sendo que a primeira etapa da pesquisa foi a aplicação do grupo focal para analisar o ambiente organizacional da ESF, e a segunda etapa foi a elaboração e implementação de encontros periódicos com os profissionais da ESF proporcionando interação entre os membros da equipe, também foram realizadas intervenções educativas sobre o AM e suas ferramentas na rotina do trabalho na Atenção Primária a Saúde. Com o resultado das intervenções educativas foi elaborado um relato da prática com discussão.

O primeiro passo do estudo foi analisar o ambiente organizacional das três Estratégias de Saúde da Família do município de Angélica-MS, no que diz respeito à comunicação e a troca de opinião entre a equipe de profissionais de saúde. A troca de opinião e comunicação entre a equipe é capaz de transformar a fragmentação das ações e dos pensamentos em um trabalho integralizado, com possíveis discussões de casos clínicos de pacientes com o intuito de aumentar a resolubilidade da Atenção Primária a saúde (FERIOTTI, 2009). O segundo passo foi o desenvolvimento de três oficinas com intervenções educativas sobre o apoio matricial que proporcionaram uma interação entre a equipe de profissionais. A pesquisa realizada foi direcionada por uma abordagem qualitativa.

Segundo Minayo (2010), a pesquisa qualitativa se ocupa, nas Ciências Sociais, com um nível de realidade que não pode ou não deveria ser quantificado. A pesquisa qualitativa trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes, fenômenos humanos entendido como parte da realidade social, pois o ser humano se distingue por agir, pensar, interpretar e compartilhar com seus semelhantes à realidade vivida.

A pesquisa foi fundamentada na Teoria das Representações Sociais (TRS), usada para identificar os saberes sociais de grupos abertos e heterogêneos, produzidos no cotidiano e transformados durante a interação do indivíduo com a sociedade (GAZZINELLI et al, 2005).

As Representações Sociais são expressas pelo homem através de palavras e gestos, sobre o que eles pensam ou percebem em relação a uma determinada situação. São construídas por grupos sociais de diferentes etnias, culturas e condições socioeconômicas (FRANCO, 2004). É um método de operacionalizar o pensamento social em sua dinâmica e sua diversidade, partindo do pressuposto de que existe uma forma de conhecer e de se comunicar, porém guiada por objetivos diferentes (REIS; BELLINI, 2011).

Conforme Jodelet (2001), a representação social é sempre representação de algum objeto e de algum sujeito, tem com seu objeto uma relação de simbolização e de interpretação, será apresentada como uma forma de saber e de conhecimento, qualificando esse saber prático e agindo sobre o mundo e o outro.

4.2 Local da Pesquisa

A pesquisa foi realizada no município de Angélica, Mato Grosso do Sul. No município de Angélica, conforme o Censo de 2012, a população é de 9.462 habitantes. O município possui 12 Bairros e 1 Distrito denominado Ipezal com a distância de 36 km da sede.

Foram incluídas na pesquisa as três Estratégias de Saúde da Família do município de Angélica-MS. A ESF Central, composta por um médico, uma enfermeira, um auxiliar de enfermagem, odontólogo, auxiliar de saúde bucal e atualmente três Agentes Comunitários de saúde. A ESF Nações composta por um médico, uma enfermeira, um auxiliar de enfermagem e quatro Agentes Comunitários de Saúde. A ESF Vila Esperança composta por um médico, uma enfermeira, um auxiliar de enfermagem, odontólogo, auxiliar de saúde bucal e três Agentes Comunitários de Saúde.

4.3 Participantes da Pesquisa

Por se tratar de uma pesquisa sobre o ambiente de trabalho da Estratégia de Saúde da Família em relação à comunicação e troca de opinião entre os profissionais da equipe, foram escolhidos como participantes do presente estudo todos os profissionais da equipe da ESF envolvida na Atenção Primária, com exceção de dois médicos, totalizando vinte e dois profissionais.

A equipe de profissionais da Estratégia de Saúde da Família é composta por um médico generalista, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem, agentes comunitários de saúde, cirurgiões-dentistas e um auxiliar ou técnico em saúde bucal (BRASIL, 2012). A Estratégia de Saúde da Família é um modelo de atenção primária que trabalha no âmbito da prevenção, promoção e recuperação da saúde, apresentando comprometimento com a integralidade da assistência, um dos princípios básicos do SUS. Assim, apresenta-se como uma equipe envolvida na atenção primária e na assistência integral a saúde (BRASIL, 2007a).

4.4 Coleta e análise dos dados

A coleta de dados foi realizada com a aplicação da técnica de grupo focal, com o objetivo de caracterizar o conteúdo da representação estudada. Para o desenvolvimento da técnica foram divididos três grupos, cada grupo foi composto pela equipe de profissionais da ESF em questão, a fim de analisar o ambiente organizacional da ESF em relação à comunicação e a troca de opinião, direcionado para uma conclusão acerca da existência e da compreensão do AM para a organização no processo de trabalho em saúde. As perguntas norteadoras do grupo focal foram: Comente sobre a existência de discussão (troca de opinião) em relação a temas profissionais com os colegas, se são realizadas reuniões na rotina da ESF e quais os assuntos que são discutidos durante as reuniões. Qual a concepção do trabalho em equipe. Teria conhecimento sobre o AM e sua importância para a organização do trabalho em saúde.

O trabalho com o Grupo Focal, ao estimular a exposição de várias idéias, permite compreender processos de construção da realidade por determinados grupos sociais, entender práticas cotidianas, comportamentos e atitudes, ajudando na obtenção de perspectivas diferentes sobre uma mesma questão (GATTI, 2005).

O grupo focal deve ser composto por um moderador e um observador. O moderador é a pessoa que procura promover a interação social entre os participantes, sendo um papel desempenhado pelo próprio pesquisador. A função do observador é avaliar a condução da técnica, porém, em todo o caso o moderador poderá desempenhar os dois papéis simultaneamente (BAUER; GASKELL, 2005). A escolha dos demais participantes deve ser realizada de acordo com os objetivos do estudo, sendo necessário que haja no mínimo uma característica homogênea entre os sujeitos (GOMES; TELLES; ROBALLO, 2009).

A técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) foi escolhida para a análise do material discursivo derivado dos grupos focais, uma vez que se revela um instrumento de ordenamento eficaz da comunicação que está na base de todas as representações sociais, na medida em que, resultam de processos de interação articuladores da construção social da realidade (SALES; SOUZA; JOHN, 2007).

O DSC adveio do conjunto de respostas cedidas pelos profissionais de saúde das ESF, buscando as representações sociais dos profissionais participantes, declarando através do seu pensamento uma exposição a partir do seu envolvimento pessoal no trabalho.

Conforme Sales; Souza; John (2007), o DSC consiste em uma modalidade de análise de discursos obtidos em depoimentos verbais. Um dos objetivos da técnica é reduzir a variabilidade naturalmente presente nos discursos, visando validar o conhecimento que o autor do discurso representa em sua fala.

O DSC é uma técnica de construção do pensamento coletivo que visa revelar como as pessoas pensam, atribuem sentidos e manifestam posicionamentos sobre determinado assunto. Trata-se de um compartilhamento de idéias dentro de um grupo social. Entende-se por discurso todo posicionamento argumentado. O DSC é um espelho coletivo. É como se as pessoas se olhassem e, a partir daí, tomassem consciência de como são (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005).

Na segunda fase da pesquisa, foram elaboradas e implementadas três oficinas com toda a equipe da ESF Vila Esperança, instituindo a lógica do AM no processo de organização do trabalho em saúde. As oficinas foram desenvolvidas somente na ESF Vila Esperança, tal escolha é justificada pelo fato da equipe estar completa, com a presença de todos os profissionais envolvidos na Atenção Primária a Saúde. Também se justifica a aplicação das oficinas educativas somente em uma ESF devido ao curto tempo da pesquisa. Durante as

oficinas foram debatidos assuntos sobre AM e suas ferramentas que de acordo com Campos e Domitti (2007), o AM permite um novo arranjo na organização dos serviços em saúde, complementando a ER e oferecendo uma retaguarda assistencial e de suporte técnico-pedagógico. O apoiador e a ER participam na elaboração de projetos terapêuticos, estimulando a troca de saberes e a comunicação (BRASIL, 2014). O AM com a ação técnico-pedagógico busca oferecer a ESF um processo de educação permanente, para que o trabalho em equipe consiga garantir uma comunicação, troca de experiências e uma maior resolubilidade frente aos problemas de saúde encontrados no território de atuação (SAMPAIO et al, 2013).

4.5 Aspectos éticos da pesquisa

O estudo foi submetido ao comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul-UFMS, aprovado com o CAAE 38972914.0.0000.0021, em dezembro de 2014.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram deste estudo 22 profissionais da Estratégia de Saúde da Família.

Os dados foram obtidos por meio da técnica do grupo focal no mês de abril a junho de 2015 nas três ESF do município. Após o convite realizado previamente os trabalhadores consentiram em participar da pesquisa, e a reunião para realizar o grupo focal foi marcada contando com a participação de uma das pesquisadoras que coordenou a atividade e de uma observadora.

A TRS contribui de forma significativa para a compreensão do fenômeno estudado, já que o seu objetivo consiste em explicar os fenômenos do homem partindo de uma perspectiva coletiva, tornando-se familiar algo que antes não era familiar. As Representações Sociais não seria uma resposta individual, mas a maneira como grupos sociais constroem diferentes significados dos estímulos do meio social, ou seja, são construídas nos processos de interação e comunicação social (REIS; BELLINI, 2011).

Para a apresentação dos resultados do estudo, cada resposta a cada questão norteadora do grupo focal foi analisada, selecionando-se as Expressões-chave (ECH) que representam as partes mais significativas da resposta emitida por cada profissional da equipe. As Expressões-chave são partes, trechos ou mesmo as transcrições literais do discurso, onde o pesquisador deverá dar uma atenção especial, pois revelam a essência do depoimento (LEFÈVRE et al, 2002).

Em seguida, foram destacadas as Idéias Centrais (IC) que enuncia o sentido semelhante nas respostas e construíram-se o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Foram encontrados três DSC nas discussões dos grupos focais, descritas a seguir.

DSC 1: Os profissionais reconhecem a importância da troca de opinião no trabalho e na equipe, porém não há um estímulo para esta prática.

A troca de opinião pode ajudar a fazer o trabalho diário com mais qualidade aprimorando conhecimentos, experiências e transparência. Através da discussão em grupo é que as dúvidas em relação ao trabalho são sanadas, assim se tem um olhar de cada profissional para cada situação e ainda um pode ajudar o outro. Realizamos reuniões quando há necessidade de nos reunirmos e discutimos sobre assuntos da ESF, discussão sobre a saúde, como deve se tratar a população, como deve ser o atendimento da população, sobre doenças, sobre viroses e sobre planejamento de horários. Nunca foi rotina e nunca discutimos casos. São realizadas reuniões para que sejam tratados assuntos relacionados com o trabalho diário, dificuldades, planejamento para visitas domiciliares, hiperdia, pesagens, motivação da equipe, quando há necessidade de discorrer sobre assuntos corriqueiros e alguns recados. As reuniões são realizadas sempre que há necessidade.

A técnica do DSC permite reunir depoimentos e conhecer as representações sociais em relação a um determinado tema, ou seja, permite conhecer o que pensa e como age uma dada coletividade (LEFÈVRE et al, 2002). Assim, o DSC 1 revela representações nas quais o trabalho em equipe, é percebido pelos profissionais de saúde como um espaço coletivo para troca de opinião, conhecimento e experiências, a equipe conseguiria criar um esforço coletivo para resolver um determinado problema. O trabalho em equipe ainda possibilitaria a agilidade para cumprir os objetivos e contribuição para melhorar o desempenho de todos. Cada indivíduo pensa de forma diferente e isso é essencial para o estabelecimento de soluções para os problemas.

Desta forma, por mais que os profissionais entendam a dinâmica do trabalho em equipe, no DSC 1 podemos perceber que entre eles não há troca, ou seja, o processo de trabalho não esta proporcionando a interação. Os assuntos que são discutidos no ambiente de trabalho tratam-se apenas de assuntos corriqueiros no que diz respeito a horários e formas de atendimento aos usuários. Nota-se a ausência de discussão entre a equipe de saúde sobre casos clínicos e troca de conhecimento para solucionar problemas referentes ao paciente.

O trabalho em saúde na perspectiva do cuidado impõe-se estabelecer diálogos e articular referenciais com capacidade de criar dispositivos de melhor intervir sobre o trabalho para transformá-lo, colocando em uso os saberes constituídos (SCHWARTZ e DURRIVE, 2007). Os profissionais e as equipes de saúde são os protagonistas imediatos de todos os processos de

trabalho em saúde, portanto, é fundamental que os profissionais aí inseridos desenvolvam habilidades para a aplicação de instrumentos que possibilitem a reflexão crítica e a transformação do seu processo de trabalho (FARIA et al, 2009).

Os profissionais conseguem entender que o trabalho multiprofissional acontece quando vários atuam para o bem comum, porém, ainda não está acontecendo à integração e compartilhamento do conhecimento entre a equipe para solucionar os problemas de saúde encontrados no seu território de abrangência.

O trabalho em equipe proporciona um rompimento da dinâmica do serviço centrado na figura do médico, além de possibilitar um trabalho mais integral e resolutivo. Além do que, o trabalho em saúde, com uma atuação multiprofissional nos processos de decisão e planejamento das ações, incentiva a construção de um espaço conjunto e integrado com diversas áreas do saber e ainda estimulando uma horizontalidade nas relações (LEITE; VELOSO, 2008).

Pode-se observar com o resultado do DSC 1, que as equipes de profissionais se reúnem com o objetivo de discutir assuntos relacionados ao dia a dia, planejamento de ações da Unidade de Saúde, visitas domiciliares e transmissão de recados. As equipes não têm na rotina de reuniões a discussão de casos clínicos em relação ao paciente.

A intenção da pergunta sobre as reuniões na rotina da ESF e quais os assuntos discutidos durante as reuniões, foi para saber se existia diálogo entre a equipe em relação à abordagem de casos clínicos. Quando a equipe de profissionais se reúne ela pretende compartilhar conhecimento, e a partir de então um problema que talvez um profissional não esteja conseguindo resolver em relação ao seu paciente, poderá ser solucionado através da união entre a equipe. Assim, como o Projeto Terapêutico Singular que é construído por meio de ações conjuntas desenvolvida por uma equipe multidisciplinar, visando à produção do cuidado (BOCCARDO, 2011). Proporciona a busca pela criação de um espaço comum, de troca entre os diferentes saberes envolvidos na atenção primária a saúde, aumentando a capacidade de resolução (LINASSI et al, 2011).

DSC 2: Os profissionais reconhecem a importância do trabalho em equipe para um atendimento integral dos pacientes que buscam os serviços de saúde.

<p>O trabalho em equipe é essencial, pois proporciona a troca de opinião, multidisciplinaridade, paciência, conhecimento, destreza e habilidades, trabalho em conjunto e sem diferenças, para oferecer uma atenção integral à saúde dos indivíduos que buscam o serviço. Trabalhar em equipe é sempre estar em reunião, ser solidário com o colega de trabalho, resolvendo os problemas juntos e em busca de um objetivo em comum.</p>
--

No que se refere ao trabalho em equipe, constata-se que as Representações Sociais dos profissionais de saúde demonstram o entendimento que eles trazem em relação a esta dinâmica

de trabalho. Verificou-se que os profissionais o representaram de diferentes formas, tais como “troca de opinião e conhecimentos”, “multidisciplinaridade”, “paciência”, “resolver problemas juntos” e ainda há aqueles que representaram o trabalho em equipe como um trabalho “em conjunto e sem diferenças”.

No trabalho, em casa e na rua na conversa com o outro, encontra-se várias informações que são processadas na memória e com isso novas Representações Sociais vão sendo produzidas, repassadas e transformadas em verdadeiras teorias do “senso comum” (MAZZOTTI, 2008). As Representações Sociais são usadas para interpretar os acontecimentos da realidade cotidiana, sujeitos que partilham uma mesma condição ou experiência social.

Observamos, nesse discurso que os profissionais reconhecem a importância de se trabalhar de forma multidisciplinar. A esse respeito, Pedrosa e Teles (2001), defendem que as equipes multiprofissionais devem atuar de forma interdisciplinar, articulando suas práticas e saberes, e propondo intervenções conjuntas as situações identificadas. As práticas interdisciplinares e transdisciplinares permitem uma diversidade de opiniões, para melhor intervir na realidade, pois serão várias opiniões de vários profissionais e cada um com sua forma de agir, pensar, analisar e intervir no problema (FERIOTTI, 2009).

Nas representações sobre o trabalho em equipe, foi evidenciada a questão do trabalho em conjunto e sem diferenças. Deste modo, a equipe multidisciplinar propõe diminuir as desigualdades entre os profissionais, proporcionando uma maior interação entre a equipe, resultando um trabalho em conjunto. Para colocar em prática um trabalho multidisciplinar é preciso comunicação entre os profissionais, reuniões periódicas e articulação dos saberes.

Observamos no DSC 2, que as equipes percebem a relevância do trabalho em conjunto, onde há troca de opinião e as dúvidas são esclarecidas quando um ajuda o outro. Segundo Linassi et al (2011), no trabalho com a proposta do AM e PTS acredita-se que é possível ampliar a capacidade de resolução e promover mudanças na forma de trabalho da equipe. O AM apresenta uma organização mais flexível, integrada e interativa do trabalho, desfazendo o modelo tradicional de organização do trabalho no campo da saúde, que segundo Martins (2004), se mantém superespecializado, fragmentado e repetitivo.

Apesar das equipes de saúde reconhecerem a relevância do trabalho em conjunto, este não está incluindo a discussão de casos que devem reunir profissionais com diferentes experiências, saberes e habilidades a fim de possibilitar a ampliação do olhar individual sobre um paciente. Assim, o PTS com o AM resulta em um conjunto de propostas de condutas terapêuticas, que são resultados de uma discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, para intervir no problema (BRASIL, 2010).

Com base no discurso percebemos que os profissionais de saúde sabem como fazer o trabalho em equipe, a necessidade do trabalho multiprofissional é reconhecida por todos, mas não estão colocando em prática. Desta forma, como o processo de trabalho não está permitindo esta prática, o AM tem a capacidade de proporcionar uma mudança no processo de trabalho, propondo reuniões periódicas com a equipe de profissionais, para proporcionar uma maior integração entre a equipe e diminuir a desigualdade das diferentes áreas de atuação.

DSC 3: A equipe não tem conhecimento sobre o apoio matricial.

O apoio matricial seria um apoio organizado e hierarquizado dado pelos gestores do município, para que melhore incondicionalmente o trabalho na Atenção Primária. Com este apoio seriam criados protocolos para melhor organização do trabalho e todas as Unidades Básicas de saúde do município trabalhariam com igualdade para atender a demanda espontânea de usuários.
--

A análise do estudo das representações sociais em relação ao DSC 3 indica que os profissionais estão se eximindo de suas responsabilidades como equipes de saúde, ao falar que o atendimento da Unidade Básica de Saúde irá melhorar somente com o apoio dado pelos gestores do município. Os profissionais acreditam que precisam do apoio dos gestores para criar protocolos para organização do trabalho, sendo que são atribuições da equipe realizar reuniões para discutir o planejamento e avaliação das ações realizadas pela ESF. Através do planejamento elaborado em conjunto com a equipe, os profissionais poderiam decidir a melhor forma de atendimento da Unidade de saúde e melhorar o potencial das suas ações.

Portanto, os profissionais dentro de uma equipe apresentam responsabilidades para transformar a prática fragmentada de trabalho, buscando uma maior interação entre eles com mutua troca de conhecimento (BRASIL, 2012).

É perceptível no DSC 3 que as equipes de profissionais tem uma idéia equivocada do que seria o AM. Nas Representações Sociais das equipes a idéia que eles apresentam sobre o AM é que este seria um apoio dado pelos gestores do município, uma vez que o apoio em questão não teria esta intenção.

Além disso, na rotina de trabalho das ESF não se tem o hábito de fazer reuniões em equipe para a discussão de casos clínicos, e não existe o AM do NASF. Conseqüentemente, os profissionais não apresentaram conhecimento de matriciamento, fato este percebido durante o grupo focal. Se o AM estivesse implantado na rotina das ESF, os profissionais saberiam qual é o objetivo das reuniões com matriciamento. As principais ações de AM são as reuniões temáticas, a troca de conhecimentos e experiências que veem a propiciar um maior vínculo entre os profissionais, a reorganização do trabalho em saúde e a corresponsabilização dos casos.

Uma característica marcante da experiência do AM é a de apresentar possibilidades de transcender a abordagem tradicional de ações assistencialistas para uma que vise ações coletivas de promoção, prevenção e de vigilância (SANTOS; LACAZ, 2012).

A ER recebe o AM de especialistas para troca de informação e elaboração coletiva de projetos terapêuticos, com discussões prospectivas de casos, buscando eleger prioridades, esboçando planos de ação, compartilhando objetivos, definindo estratégias, procedimentos e responsabilidades (SANTOS; LACAZ, 2012).

O AM está inserido dentro da Política Nacional de Humanização – PNH, o Humaniza SUS, propondo novos padrões de relacionamento entre os profissionais de saúde e os usuários do serviço. A ER e o AM, juntos, permitem um modelo de atendimento voltado para as necessidades de cada usuário (BRASIL, 2004).

O AM é uma metodologia de trabalho que vem crescendo no Brasil na maioria dos serviços da rede de Atenção Primária à Saúde, devido principalmente, à criação e à implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), cuja metodologia é proposta em caderno de orientações específico para o trabalho nesses serviços (BRASIL, 2009b).

Para Martins (2004), o processo de trabalho em saúde está pautado, basicamente em atividades assistenciais, mostrando-se um trabalho articulado, porém fragmentado. As ações a serem executadas ocorrem apenas no nível instrumental e em busca de um resultado imediato, apresentando-se uma ausência em relação à comunicação e conseqüentemente ausência do espaço de discussão.

O AM como estratégia organizacional tornou-se um instrumento contribuinte para a comunicação e para o trabalho em equipe, criando-se um espaço para a discussão de casos clínicos ou problemas de saúde selecionados pela equipe de referência, procurando elaborar projetos terapêuticos e de intervenção, gerando possibilidade de discussão de aporte teórico para as necessidades dos sujeitos envolvidos, visando à qualificação da atenção e das relações (CUNHA; CAMPOS, 2011).

CONCLUSÃO

Através das falas dos profissionais da equipe da ESF que participaram do grupo focal, pode-se perceber que estes profissionais apresentam uma ideia equivocada do AM para a organização do trabalho em saúde. No momento do grupo focal, os profissionais relacionaram o AM com o apoio dado pelos gestores de saúde, porém o AM de que está se falando na pesquisa é um apoio do qual espera-se poder sensibilizar os profissionais da ESF para que juntos possam

alcançar um atendimento em rede com responsabilidade e mais compartilhado, incluindo a construção de projetos terapêuticos a partir do problema e da necessidade de cada caso. Ainda no grupo focal os profissionais demonstraram através de suas representações que sabem a importância do trabalho em equipe, mas que não conseguem pôr em prática a discussão de casos clínicos e a troca de opinião e compartilhamento de experiências entre os profissionais da equipe.

Desta maneira, o grupo focal mostrou-se uma técnica eficaz para a coleta de dados, com o propósito de obter informações de caráter qualitativo, revelando as percepções dos profissionais de saúde da equipe acerca da organização do ambiente de trabalho da ESF, da mesma forma que a análise por meio do DSC permitiu a compreensão das implicações de tais representações na organização do trabalho em equipe.

No segundo momento da pesquisa com o desenvolvimento das oficinas educativas, percebe-se através de depoimentos dos profissionais da equipe da ESF que participaram das oficinas educativas, que os encontros contribuíram para a ampliação do conhecimento dos sujeitos sobre um ambiente de trabalho favorável a troca de conhecimentos e a comunicação entre a equipe, visando uma organização mais flexível e integrada, desfazendo o modelo superespecializado e fragmentado.

No entanto, precisa-se facilitar o contato entre os profissionais de saúde, para que todos juntos, consigam intensificar o atendimento aos usuários da Unidade Básica de Saúde, buscando a integralidade no atendimento e a satisfação do usuário. Desta forma, o AM proporcionaria um dispositivo essencial para intervir na organização do serviço de Atenção Básica, almejando mudanças na rotina de trabalho da Equipe dos profissionais de Saúde.

A atuação do NASF em conjunto com as Equipes de Saúde da Família é capaz de promover uma integração entre esses profissionais para a constituição de ações conjuntas, proporcionando melhores resultados, tais como a produção de vínculo e horizontalidade do cuidado, criando um novo arranjo no cotidiano do trabalho da equipe.

O diálogo entre diferentes categorias de profissionais de saúde, tem se tornado uma exigência constante colaborando para uma melhora na resolubilidade, ampliação do acesso por meio de intervenções individuais e coletivas e integralidade das ações conjuntas entre os profissionais.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, M. B. de S.; ROCHA, P. de M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciência e Saúde coletiva**, v. 12, n. 2, p. 455-464, 2007.
- BAUER, M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. 4ª ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2005.
- BEZERRA, E.; DIMENSTEIN, M. Os CAPS e o Trabalho em Rede: Tecendo o Apoio Matricial na Atenção Básica. **Psicologia ciência e profissão**, v. 28, n. 3, p. 632-645, 2008.
- BOCCARDO, A. C. S et al. O Projeto Terapêutico Singular como estratégia de organização do cuidado nos serviços de saúde mental. **Revista Terapia Ocupacional**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 85-92, jan./abr. 2011.
- BRASIL. **Guia prático do programa de saúde da família**. Brasília, DF, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS: equipe de referência e apoio matricial**. Brasília, DF, 2004.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: MS, v. 4, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF, 4. ed. 2007a. 68p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. Brasília: MS, 2. ed. 2007b.
- BRASIL. Portaria GM nº 154, de 24 de Janeiro de 2008. **Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF**. *Diário Oficial da União*, Brasília, Seção 43. 04 de Março de 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde na escola**. Brasília, DF, 2009a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes do NASF: Núcleo de apoio à saúde da família**. Brasília, DF, 2009b. 160 p.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Brasília, DF, 2010. 152 p.
- BRASIL. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, n.204, p.55, 24 out. 2011. Seção 1, pt1.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Brasília, DF, 2014.

CAMPOS, G. W. de S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.2, fev. p.399-4-7, 2007.

CAMPOS, G. W. S. Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia. **Ciência e saúde coletiva**, v.15, n.5, Ago.2010.

CAMURI, D.; DIMENSTEIN, M. Processos de Trabalho em Saúde: práticas de cuidado em saúde mental na estratégia saúde da família. **Saúde Soc.** São Paulo, v.19, n.4, p.803 813, 2010.

COSTA, E. M. A.; CARBONE, M. H. **Saúde da família: uma abordagem multidisciplinar**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2009, p.280.

CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. de S. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. **Rev. Saúde e sociedade**, São Paulo, v.20, n.4, out./dez. 2011.

DELFINI, P. S. de S.; REIS, A. O. A. Articulação entre serviços públicos de saúde nos cuidados voltados à saúde mental infantojuvenil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 357-366, 2012.

DIMENSTEIN, M.; GALVÃO, V. M.; SEVERO, A. K. de S. O Apoio Matricial na perspectiva de coordenadoras de Equipes de Saúde da Família. **Pesquisas e práticas psicossociais**, São João Del Rei, v. 4, n.1, dez. 2009.

ESCOREL, L. et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Rev. Panam. Salud Publica**, v. 21, n.2, p. 164-176, 2007.

FARIA, H. P. et al. **Processo de trabalho em saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009, p.68.

FERIOTTI, M. L. Equipe multiprofissional, transdisciplinariedade e saúde: desafios do nosso tempo. **Vínculo**, São Paulo, v. 6, n. 2, dez. 2009.

FORTES, P. A. C.; SPINETTI, S. O agente comunitário de saúde e a privacidade das informações dos usuários. **Cad. Saúde Pública**, v.20, n.5, p.1328-1333, 2004.

FRANCO, M. L. P. B. Representações Sociais, ideologia e desenvolvimento da consciência. **Caderno de Pesquisa**, v. 34, n. 121, p. 169-86, já./abr. 2004.

FREIRE, F. M. de S.; PICHELLI, A. A. W. S. O Psicólogo Apoiador Matricial: Percepções e Práticas na Atenção Básica. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 33, n. 1, p. 162-173, 2013.

GATTI, B. A. Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas. Brasília (DF): Líber Livro; 2005.

GAZZINELLI, M. F. et al. Educação em Saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 200-6, jan./fev. 2005.

GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n.6, p.1171-1181, jun. 2006.

GOMES, V. L. de O.; TELLES, K. da S.; ROBALLO, E. de C. Grupo focal e discurso do sujeito coletivo: produção de conhecimento em saúde de adolescentes. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 13, n. 4, p. 856-62, out./dez. 2009.

IGLESIAS, A.; AVELLAR, L. Z. Apoio Matricial: um estudo bibliográfico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 9, p.3791-3798, 2014.

JODELET, D. (Org.). **Representações sociais**. Rio de Janeiro: Eduerj, 2001. p. 17-44.

JORGE, M. S. B. et al. Ferramenta matricial na produção do cuidado integral na estratégia saúde da família. **Acta Paul Enferm**, v. 25, n. 2, p. 26-32, 2012.

LACAZ, F. A. de C. et al. Estratégia saúde da família e saúde do trabalhador: um diálogo possível? **Interface Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.17, n.44, jan./mar. 2013.

LEFÈVRE, A. M. C. et al. Assistência Pública à Saúde no Brasil: estudo de seis ancoragens. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.11, n.2, ago./dez. 2002.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. **O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (Desdobramentos)**. 2. ed. Caxias do Sul: Educs, 2005. 260 p.

LEITE, R. F. B.; VELOSO, T. M. C. Trabalho em equipe: Representações Sociais de profissionais do PSF. **Psicologia, ciência e profissão**, v. 28, n. 2, p. 374-89. 2008.

LINASSI, J. et al. Projeto Terapêutico Singular: vivenciando uma experiência de implementação. **Revista contexto e saúde**, Ijuí, v. 10, n. 20, p. 425-34, jan./jun. 2011.

MACHADO, D. K. de S.; CAMATTA, M. W. Apoio matricial como ferramenta de articulação entre a saúde mental e a atenção primária à saúde. **Cad. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 224-32, 2013.

MATOS, E.; PIRES, D. E. P.; CAMPOS, G. W. S. Relações de trabalho em equipes interdisciplinares: contribuições para a constituição de novas formas de organização do trabalho em saúde. **Rev. Bras. de Enfermagem**, Brasília, v.62, n.6, p.863-9, nov./dez. 2009.

MARTINS, M. I. C. A Transição Tecnológica na Saúde: Desafios para a gestão do Trabalho. **Trabalho, Educação e Saúde**, v.2, n.2, p.287-310, 2004.

MARTINES, W. R.; CHAVES, E. C. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do Agente Comunitário de Saúde no Programa Saúde da Família. **Revista Esc. Enferm. USP**, v.41, n.3, p.426-433, 2007.

MAZZOTTI, A. J. A. Representações sociais: aspectos teóricos e aplicações a educação. **Revista múltiplas leituras**, v. 1, n. 1, p. 18-43, jan./jun. 2008.

MIELKE, F. B.; OLSCHOWSKY, A. Saúde mental na Estratégia Saúde da Família: avaliação de apoio matricial. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, v. 63, n. 6, nov./dez., p. 900-907, 2010.

MINAYO, M. C. de S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010. 108p.

MORETTI, P. R. O. Complexidade em Saúde da Família e formação do futuro profissional de saúde. **Interface, comunicação, saúde e educação**, v. 13, n. 30, p. 153-66, jul./set. 2009.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2004.

MOURA, A. F.; LIMA, M. G. A reinvenção da roda: roda de conversa: um instrumento metodológico possível. **Revista Temas em Educação**, João Pessoa, v. 23, n. 1, p. 98-108, jan/jun. 2014.

NASCIMENTO, D. D. G.; OLIVEIRA, M. A. C. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos núcleos de apoio a saúde da família. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 92-6, 2010.

PEDROSA, J. I. S; TELES, J. B. M. Consenso e diferenças em equipes do Programa de Saúde da Família. *Revista Saúde Pública*, v. 35, p. 303-11. 2001.

PIRES, D. Reestruturação produtiva e conseqüências para o trabalho em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 53, n. 2, p. 251-263, 2000.

PIRES, D.; GELBCKE, F. L.; MATOS, E. Organização do trabalho em enfermagem: implicações no fazer e viver dos trabalhadores de nível médio. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v.2, n.2, set. 2004.

REIS, S. L. de A.; BELLINI, M. Representações sociais: teoria, procedimentos metodológicos e educação ambiental. *Maringá*, v. 33, n. 2, p. 149-159, 2011.

ROSA, W. de A. G.; LABATE, R. C. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista Latino-Am Enfermagem**, v. 13, n. 6, p. 1027-1034, Nov./dez. 2005.

SALES, F. de; SOUZA, F. da C.; JOHN, V. M. O emprego da abordagem DSC (Discurso do Sujeito Coletivo) na pesquisa em educação. **Linhas**, Florianópolis, v.8, n.1, jan./jun. p.124-145, 2007.

SAMPAIO, J. et al. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: Refletindo sobre as Acepções Emergentes da Prática. **Revista Brasileira de Ciência da Saúde**, v. 17, n. 1, p. 47-54, 2013.

SANT'ANNA, S. R.; HENNINGTON, E. A. Micropolítica do trabalho vivo em ato, ergologia e educação popular: proposição de um dispositivo de formação de trabalhadores da saúde. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, supl.1, p. 223-244, 2011.

SANTOS, A. M.; ASSIS, M. M. A. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n.1, jan./mar. 2006.

SANTOS-FILHO, S. B. Articulando planejamento e contratos de gestão na organização de serviços substitutivos de saúde mental: experiência do SUS em Belo Horizonte. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 78-80, p. 172-181, jan./dez. 2008.

SANTOS, A. P. L. dos; LACAZ, F. A. de C. Apoio matricial em saúde do trabalhador: tecendo redes na atenção básica do SUS, o caso de Amparo/ SP. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.5. p. 1143-1150, 2012.

SCHWARTZ, Y.; DURRIVE, L. **Trabalho e ergologia**: conversas sobre a atividade humana. Niterói: EDUFF, 2007.

SEVERO, S. B.; SEMINOTTI, N. Integralidade e transdisciplinaridade em equipes multiprofissionais na saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, supl.1, p.1685-1698, 2010.

SILVA, D. S. Apoio matricial em saúde mental: uma análise sob ótica dos profissionais de saúde da atenção primária. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, n. 6, dez, p.20-27, 2011.

ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

O presente termo refere-se a um convite a participação do (a) Sr. (a) _____, a participar como sujeito de pesquisa intitulado: **“O Apoio Matricial como Estratégia Organizacional do Trabalho em Saúde na Atenção Primária”**. A pesquisa tem como objetivo demonstrar a importância do Apoio Matricial como uma ferramenta organizacional no processo de trabalho em saúde, para propiciar maior integração e compartilhamento de conhecimento entre os profissionais da equipe. Assim, propor estratégias de intervenções educativas sobre o apoio matricial aos trabalhadores em saúde. A pesquisa será realizada pela pesquisadora **Monique Rotili**. No estudo, sua identidade será mantida em absoluto sigilo. Não haverá nenhuma forma de pagamento pela participação do estudo e caso recusar-se a participar, sua vontade será respeitada.

Ao término da pesquisa será realizada uma devolutiva dos resultados para os sujeitos envolvidos na mesma.

Assim se o (a) Senhor (a) aceitar o convite para participar da pesquisa, por favor, preencha os espaços abaixo:

Eu, _____, RG _____, fui devidamente esclarecida do projeto de Pesquisa acima citado e aceito o convite para participação.

Angélica-MS, _____ de _____ de 2015.

Assinatura do pesquisador responsável: _____

Telefone e/ou endereço do pesquisador para contato, caso surjam dúvidas: Cel. (067) 9699-9054.

End. Avenida Antônio Alves de Souza, 1166 – Angélica-MS.

Email: moniquerotili@hotmail.com

ANEXO B – AUTORIZAÇÃO DO SECRETÁRIO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO



**ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE ANGÉLICA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Eu, **Antônio Carlos Gorgatto**, **Secretário Municipal de Saúde da cidade de Angélica-MS**, venho por meio desta, autorizar a execução do trabalho de conclusão de curso de Mestrado Profissional Ensino em Saúde da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul – UEMS, para obtenção do título de Mestre em Ensino em Saúde, cujo Tema: **“O Apoio Matricial como Estratégia Organizacional do Trabalho em Saúde na Atenção Primária”**, executado pela mestrandia **Monique Rotili**, tendo como **Orientadora Prof^a. Dr^a. Cássia Barbosa Reis**.

Angélica, ____ de _____ de 2014.

Antônio Carlos Gorgatto
Secretário Municipal de Saúde