

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

Matrix Support as an Organizational Strategy for Health Work in Primary Care

Cássia Barbosa Reis¹

Monique Rotili²

Resumo: O Apoio Matricial (AM) 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 à 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 artigo tem como objetivo descrever um estudo realizado no ano de 2015 com as equipes de profissionais da Estratégia de Saúde da Família, onde verificou-se o entendimento desses profissionais sobre o trabalho em equipe e Apoio Matricial. A metodologia utilizada na pesquisa foi de abordagem qualitativa, fundamentada na Teoria das Representações Sociais (TRS). 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. 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. O Apoio Matricial objetiva proporcionar a transformação do trabalho fragmentado em um atendimento unificado e integral, um dispositivo que vai pouco a pouco revertendo o modelo medicalizador, assistencialista e curativista.

Palavras-chave: Matriciamento, Equipe de referência, Organização do trabalho em saúde.

¹ Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, email: cassiareis@hotmail.com.

² Fisioterapeuta do Nasf no município de Angélica-MS, endereço: Avenida Antonio Alves de Souza, 1166, Angélica-MS, cep: 79785-000, email: moniquerotili@hotmail.com.

Abstract: The Matrix Support is a dynamic device in health work process ensuring a specialized rear to health professional teams in Primary Care. The Matrix Support is a tool of the Center for Family Health Support (NASF) that intentionally offers an assistance and technical and pedagogical support, extending the link-building opportunities among these professionals. This article aimed to describe a study realized in 2015 with the Family Health Strategy professional team, where was observed the understanding about team work and Matrix Support of these professionals. The methodology used in the study was qualitative approach, based on the Social Representation Theory (TRS). The technique of Focus Group was used for data collection. The collective subject discourse technique (DSC) was used to the data analysis. In view of the data collected, it was found no discussion between the health team about clinical cases and exchange of knowledge to solve problems referring to 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 the professionals in the Family Health and the supporter, expanding the idea of teamwork. Matrix Support aim to transform the fragmented work in a unified and integral care, a device that is gradually reversing the doctor-focused, assistentialist and curative model.

Key words: Matriciamento, Reference staff, organization of health work.

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; 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).

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, 2007a; 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, 2007a). 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; 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, 2007a).

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 et al., 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 se fala 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 et al., 2009; SEVERO; SEMINOTTI, 2010).

Segundo Santos-Filho (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, 2007b).

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). A equipe deve ser constituída por um médico generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde (BRASIL, 2006, 2009b, 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, 2009b, 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, 2009b; 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 et al., 2009). Segundo Campos; 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; 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 Escorel 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 corroboram Freire; 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 Objetivo

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.

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;

4 Método

A pesquisa foi realizada no município de Angélica, Mato Grosso do Sul. 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. 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.

Analisou-se o ambiente organizacional das três Estratégias de Saúde da Família do referido município, no que diz respeito à comunicação e a troca de opinião entre a equipe de profissionais de saúde. Segundo Feriotti (2009), 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 à resolubilidade da Atenção Primária a saúde.

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. 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. Fundamentada na Teoria das Representações Sociais (TRS), o estudo identifica 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.

A coleta de dados foi realizada com a aplicação da técnica de grupo focal, com o objetivo de caracterizar o conteúdo da representação estudada. 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 et al., 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 et al., 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 et al. (2007), o DSC consiste em uma modalidade de análise de discursos obtidos em depoimentos verbais, construindo o pensamento coletivo sobre determinado assunto. 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. Trata-se de um compartilhamento de idéias dentro de um grupo social (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005).

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

Os dados foram obtidos por meio da técnica do grupo focal no mês de abril a junho de 2015 nas três ESF do município. 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 Ideias 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.

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; 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).

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.

DSC 2: Os profissionais reconhecem a importância do trabalho em equipe para um

atendimento integral dos pacientes que buscam os serviços de saúde.

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.

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, encontram-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.

Observa-se, nesse discurso que os profissionais reconhecem a importância de se trabalhar de forma multidisciplinar. A esse respeito, Pedrosa; 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, porém 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.

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 mútua troca de conhecimento (BRASIL, 2012).

É perceptível no DSC 3 que as equipes de profissionais apresentam 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.

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).

6 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 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 Bibliográficas

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. 512p.

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.

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. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. Brasília: MS, 2ªed. 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF, 4. ed. 2007b. 68p.

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. **Diretrizes do NASF: Núcleo de apoio à saúde da família**. Brasília, DF, 2009a. 160p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde na escola**. Brasília, DF, 2009b.

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.

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, p.399-4-7, fev. 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 Social 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. 280p.

CUNHA, G.T.; CAMPOS, G.W.S. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. **Revista. 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. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 357-366, 2012.

DIMENSTEIN, M.; GALVÃO, V.M.; SEVERO, A.K.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, S.; GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M.; SENNA, M.C.M. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Revista de Saude Publica**, v. 21, n.2, p. 164-176, 2007.

FARIA, H.P.; WERNECK, M.A.F.; SANTOS, M.A.; TEIXEIRA, P.F. **Processo de trabalho em saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009. 68p.

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. **Caderno 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, jan./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. 77p.

GAZZINELLI, M.F.; GAZZINELLI, A.; REIS, D.C.; PENNA, C.M.M. Educação em Saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. **Caderno 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. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n.6, p.1171-1181, jun. 2006.

GOMES, V.L. de O. et al. Grupo focal e discurso do sujeito coletivo: produção de conhecimento em saúde de adolescentes. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 13, n. 4, p. 856-62, out./dez. 2009.

IGLESIAS, A.; AVELLAR, L.Z. Apoio Matricial: um estudo bibliográfico. **Ciência e 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.; PINTO, D.M.; VASCONCELOS, M.G.F.; ANTONIO GERMANE ALVES PINTO, A.G.A.; SOUZA, R.S.; CAMINHA, E.C.C.R. Ferramenta matricial na produção do cuidado integral na estratégia saúde da família. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, n. 2, p. 26-32, 2012.

LACAZ, F.A.C.; TRAPE, A.; SOARES, C.B.; SANTOS, A.P.L. Estratégia saúde da família e saúde do trabalhador: um diálogo possível? **Interface Comunicação, Saúde, Educação** [online], Botucatu, v.17, n.44, jan./mar. 2013.

LEFEVRE, A.M.C.; LEFEVRE, F.; CARDOSO, M.R.L.; MAZZA, M.M.P.R. Assistência Pública à Saúde no Brasil: estudo de seis ancoragens. **Saúde e Sociedade** [online], 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.

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

- MATOS, E.; PIRES, D.E.P.; SOUSA, G.W. Relações de trabalho em equipes interdisciplinares: contribuições para a constituição de novas formas de organização do trabalho em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.62, n.6, p.863-9, nov./dez. 2009.
- MARTINES, W.R.; CHAVES, E.C. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do Agente Comunitário de Saúde no Programa Saúde da Família. **Revista Escola de Enfermagem 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.; OLCHOWSKY, A. Saúde mental na Estratégia Saúde da Família: avaliação de apoio matricial. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 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. 404p.
- 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. **Trabalho, educação e 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, **Acta Scientiarum. Human and Social Sciences**, 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-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 6, p. 1027-1034, nov. /dez. 2005.

SALES, F. SOUZA, F.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. **Trabalho, educação e 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. **Ciência saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n.1, p. 53-61, 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. **Ciência 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 e 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, p.20-27, dez, 2011.