



APOIO MATRICIAL NA VISÃO DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

MATRIX SUPPORT IN THE OPINION OF PROFESSIONALS OF THE FAMILY HEALTH STRATEGY

APOYO MATRICIAL EM LA VISIÓN DE LOS PROFESIONALES DE LA ESTRATEGIA SALUD DE LA FAMILIA

Anne Jaquelyne Roque Barrêto¹, Andréa Cristina da Silva Lündgren Valério², Lenilde Duarte de Sá³, Janaína von Söhsten Trigueiro⁴, Solange Fátima Geraldo da Costa⁵, Matheus Figueiredo Nogueira⁶

RESUMO

Objetivo: investigar a visão de profissionais da saúde acerca do trabalho do apoiador matricial na gestão do cuidado em saúde na Estratégia Saúde da Família. **Método:** estudo exploratório, de natureza qualitativa, realizado em cinco Unidades Integradas de Saúde da Família da João Pessoa/PB/Brasil. Foram utilizadas as técnicas de entrevista para coleta de dados e, para análise, a de Análise temática. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da FACENE/FAMENE, protocolo n.º 135/2010. **Resultados:** na visão dos profissionais da saúde, o trabalho do apoiador caracteriza-se por atividades gerenciais, suporte técnico-pedagógico e ampliação da clínica, direcionadas para a organização do serviço, potencializando as ações da Unidade de Saúde da Família. **Conclusão:** considerando a importância do trabalho dos apoiadores matriciais, faz-se necessário o desenvolvimento de ações para a sua qualificação por parte da gestão municipal, de modo a fortalecer seu trabalho, favorecendo uma postura dialógica com e para os trabalhadores de saúde e usuários do sistema. **Descritores:** Atenção Primária à Saúde; Programa Saúde da Família; Recursos Humanos em Saúde.

ABSTRACT

Objective: to investigate the opinion of health professionals about the work of the matrix supportive in the management of the health care in the Family Health Strategy. **Method:** it is an exploratory study, with qualitative nature, conducted in five Integrated Units of Family Health of the city of João Pessoa/PB/Brazil. We used the techniques of interview for data collection and, for analysis, the thematic Analysis. The research project was approved by the Ethics Research Committee from FACENE/FAMENE, protocol n.º 135/2010. **Results:** in the opinion of health professionals, the work of the matrix supportive is characterized by managerial activities, technical and pedagogical support and expansion of the clinic, addressed to the organization of the service, optimizing the actions of the Family Health Unity. **Conclusion:** considering the importance of the work of matrix supporters, it is necessary the development of actions for qualifying them on the part of municipal management, in order to strengthen their work, favoring a dialogic approach with and to the health workers and users of the system. **Descriptors:** Primary Health Care, Family Health Program; Human Resources in Health.

RESUMEN

Objetivo: investigar la visión de los profesionales de la salud acerca del trabajo del apoyador matricial en la gestión del cuidado en salud en la Estrategia Salud de la Familia. **Método:** estudio exploratorio, de naturaleza cualitativa, realizada en cinco Unidades Integradas de Salud de la Familia de João Pessoa/PB/Brasil. Fueron utilizadas las técnicas de entrevista para recogida de datos y, para análisis, el método de Análisis temático. El proyecto de investigación fue aprobado por el Comité de Ética de la FACENE/FAMENE, protocolo n.º 135/2010. **Resultados:** en la visión de los profesionales de la salud, el trabajo del apoyador se caracteriza por actividades gerenciales, soporte técnico-pedagógico y ampliación de la clínica, dirigidas para la organización del servicio, potenciando las acciones de la Unidad de Salud de la Familia. **Conclusión:** considerando la importancia del trabajo de los apoyadores matriciales, se hace necesario el desarrollo de acciones para su calificación por parte de la gestión municipal, de modo a fortalecer su trabajo, adoptando una postura dialógica con y para los trabajadores de salud y usuarios del sistema. **Descriptor:** Atención Primaria a la Salud; Programa Salud de la Familia; Recursos Humanos en Salud.

¹Enfermeira, Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba/UFPB. Professora da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança/Facene. João Pessoa (PB), Brasil. E-mail: annejaque@gmail.com; ²Enfermeira. João Pessoa (PB), Brasil. E-mail: dea.lundgren@hotmail.com; ³Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Professora de Departamento de Enfermagem, Saúde Pública e Psiquiatria do Centro de Ciências da Saúde da UFPB/DESP/CCS. João Pessoa (PB), Brasil. E-mail: lenilde_sa@yahoo.com; ⁴Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Professora do Curso de Enfermagem do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande/UFCG – Campus Cuité. Cuité (PB), Brasil. E-mail: janavs_23@hotmail.com; ⁵Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Professora do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgico e Administração da UFPB/DESP/CCS. João Pessoa (PB), Brasil. E-mail: solangefgc@gmail.com; ⁶Enfermeiro, Mestre em Enfermagem, Professor do Curso de Bacharelado em Enfermagem da UFCG – Campus Cuité. Cuité (PB), Brasil. E-mail: matheusnogueira.ufcg@gmail.com

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária em Saúde (APS) como uma estratégia que visa reorganizar o sistema de saúde e responder as necessidades da população, exige a compreensão da saúde como direito social e a atuação dos determinantes sociais, presentes nas diversas realidades territoriais, para promovê-la.¹ Salienta-se que a APS é considerada como o primeiro nível assistencial e, primordialmente, deve ser resolutiva, possibilitando a acessibilidade e garantindo a continuidade do cuidado.²

No Brasil, com a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), a concepção de APS foi desenvolvida por meio do Programa Saúde da Família (PSF), inicialmente, em territórios de maior vulnerabilidade social e de difícil acesso aos serviços de saúde e, posteriormente, ampliada como estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde e como modelo de APS no Brasil.³

Em 2006, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), reafirmou a Saúde da Família (SF) como estratégia prioritária e modelo substitutivo para organização da atenção básica, colocando-a como porta de entrada preferencial para a rede de serviços do SUS. Uma das finalidades da Estratégia Saúde da Família (ESF) é gerenciar e direcionar a assistência à população residente na sua área adscrita, com o intuito de efetivar a integralidade do cuidado na rede assistencial do SUS.^{3,4}

A ESF destaca-se enquanto dispositivo inovador e reestruturador das ações e serviços de saúde, ao transpor a visão fragmentada acerca do ser humano, considerando-o em sua singularidade/subjetividade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural. No processo de cuidar, busca a promoção da saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer o modo saudável de viver do indivíduo, família e comunidade.⁴

Todavia, existe diversidade dos modelos assistenciais em face às disparidades interregionais e intrarregionais, bem como as desigualdades da sociedade brasileira.³ É inegável a ampliação quantitativa da ESF nos municípios brasileiros, proporcionando acesso à população que até pouco tempo atrás era excluída pelo sistema público de saúde. Essa estratégia se faz presente em 5.284 dos municípios, garantindo uma cobertura populacional de 53,1%.⁵

Mesmo assim, um estudo realizado em diversas regiões no Brasil demonstrou que a realidade desta estratégia não contempla uma uniformidade quanto às modalidades implementadas.⁶ Verifica-se a existência de um programa paralelo, com superposição de redes assistenciais básicas, voltado exclusivamente aos grupos populacionais de baixa renda, o qual desempenha ações educativas e preventivas pontuais, mas não articuladas e que não garantem a integralidade do cuidado.⁷

Além disso, existem problemas que impedem a consolidação e a efetivação dos serviços de saúde, destacando-se a fragmentação da atenção e a responsabilização clínica insuficiente e inadequada, os quais são evidenciados pela forma de organização e gerenciamento dos serviços, o que colabora para que os profissionais da saúde reduzam seu objeto de trabalho a simples procedimentos, doenças ou partes do corpo ao invés de se responsabilizarem por pessoas de forma global. Essa realidade acaba impossibilitando a responsabilização sanitária territorial das populações, conforme é preconizado pela PNAB.⁸

Outra dificuldade encontrada refere-se à escassa permeabilidade de serviços especializados ao contato direto com os profissionais da ESF, assim como a disposição reduzida em buscar estratégias com vistas à resolução dos problemas. Ressalta-se a tendência da escassez do diálogo interdisciplinar; já que tais estratégias são estruturadas em relações de poder excessivamente assimétricas. Desse modo, o desenvolvimento do trabalho em equipe na sua pluralidade e, conseqüentemente, a construção de redes assistenciais em saúde se deparam com essa realidade.⁸

Frente ao exposto, percebeu-se a necessidade de criação de novos arranjos organizacionais que ampliassem a clínica e as práticas de atenção integral à saúde, a fim de produzir e estimular padrões de relação que perpassassem entre os trabalhadores e usuários, promovendo a troca de informações e a ampliação do compromisso dos profissionais com a produção da saúde.⁹

Surge assim, na gestão de 2007, no município de João Pessoa, o Apoio Matricial (AM), assumindo tal função diferentes profissionais da saúde que, na época, faziam parte da administração central e/ou do distrito sanitário e que executavam atividades técnicas que eram divididas por áreas temáticas. Considerado como um dispositivo dinamizador do processo de reformulação das

práticas de saúde, o AM teve como objetivo potencializar e favorecer o estabelecimento de vínculo, acolhimento e responsabilização das equipes de saúde para construção do cuidado integral no âmbito local.¹⁰

O AM configura-se como ator importante na gestão do cuidado em saúde com vista à integralidade no âmbito da APS. A gestão do cuidado é compreendida como a disponibilização das tecnologias de saúde conforme as necessidades particulares de cada indivíduo, visando sua segurança, autonomia, qualidade de vida e produtividade. Aponta-se ainda que esta se concretiza por meio de múltiplas dimensões interdependentes, dentre elas, as dimensões profissionais, organizacionais e sistêmicas, sustentadas pelo eixo das necessidades em saúde.¹¹

É imperativo compreender como o apoiador matricial desenvolve seu trabalho nas Unidades de Saúde da Família (USF) juntamente com os profissionais da saúde, mediante as diversidades existentes em cada local. Da mesma forma, como esse apoiador matricial influencia o processo de trabalho da equipe SF a partir do olhar dos profissionais da saúde.

Sendo assim, objetiva-se investigar a visão de profissionais da saúde acerca do trabalho do apoiador matricial na gestão do cuidado em saúde na Estratégia Saúde da Família.

MÉTODO

Estudo exploratório, de natureza qualitativa, realizado nas cinco Unidades Integradas de SF componentes de um dos cinco Distritos Sanitários (DS) da cidade de João Pessoa/PB, tendo como amostra 10 profissionais da ESF: três médicos, quatro enfermeiros e três odontólogos.

A coleta de dados foi realizada no período de agosto a setembro de 2010. Para tanto, foi aplicada a técnica da entrevista a partir de um roteiro contendo questões acerca do trabalho do apoiador matricial na gestão do cuidado na ESF. Para uma melhor obtenção do material empírico, todas as entrevistas foram gravadas por meio de aparelho MP4 e, posteriormente, transcritas na íntegra. Ressalta-se que os participantes foram identificados pela letra E (abreviatura utilizada para Entrevistado), seguido de um número arábico referente à sequência da realização da entrevista (E1 a E10).

A fim de analisar as falas dos colaboradores do estudo empregou-se a técnica de análise temática¹², sendo realizada leitura flutuante do material empírico para apropriação do

conteúdo que respondesse ao objetivo proposto.

A partir da codificação das unidades de compreensão do texto (núcleos de sentido) foram elencados quesitos como gerenciamento, ampliação da clínica, ações de educação em saúde, falta de autonomia, educação permanente em saúde, organização de demanda e ações curativas.

Após a classificação dos dados emergiram duas grandes categorias temáticas, respectivamente: **O olhar do profissional da Estratégia Saúde da família sobre o trabalho do apoiador matricial e Dificuldades relacionadas ao trabalho do apoiador matricial**. Ambas as categorias temáticas foram analisadas à luz da gestão do cuidado com foco na integralidade do cuidado.

Para o desenvolvimento do estudo foram considerados os aspectos éticos das pesquisas envolvendo seres humanos, norteados pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) n.º 196/96, respeitando a autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade, inclusive cumprindo todos os deveres para a manutenção da privacidade e dignidade das pessoas envolvidas¹³; logo após, obtivemos apreciação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Enfermagem e Medicina Nova Esperança (FACENE/FAMENE), sob o protocolo n.º 135/2010 e CAAE 3573.0.000.3510.

RESULTADOS

♦ Categoria Temática 1: Olhar do profissional da Estratégia Saúde da Família sobre o trabalho do apoiador matricial

A primeira categoria retrata a visão dos profissionais da saúde acerca do trabalho do apoiador que, segundo as falas, caracteriza-se por atividades gerenciais, suporte técnico-pedagógico e ampliação da clínica, direcionadas, sobretudo, à organização do serviço; como demonstram as falas abaixo:

[...] ele {o apoiador matricial} gerencia, organiza as reuniões, é um facilitador do processo de trabalho não só de cada equipe, mas das integradas; então ele é um intermediador [...]. (E6)

Eu consigo ver que ele faz atividades assim de administração geral, [...] como está indo o atendimento, o acolhimento, ele consegue estar coordenando atividades [...]. (E9)

Eu acho importante porque elas {as apoiadoras matriciais} coordenam as reuniões da sexta-feira que é um apanhado de tudo o que foi feito na unidade [...]. (E8)

Os discursos revelam que, além das atividades gerenciais, o trabalho do apoiador veio potencializar as ações realizadas na USF, principalmente por meio do apoio pedagógico aos profissionais da ESF, utilizando como dispositivo a Educação Permanente em Saúde (EPS):

[...] esse apoio matricial na educação permanente também promove aqui trocas de experiências, de vivências e de sabedoria mesmo [...] ele com o núcleo dele, que no caso aqui é específico à psicologia, vem potencializar nossas ações [...]. (E3)

[...] nas educações permanentes que a gente tem sempre constante aqui no posto, ele facilita também nesse processo, porque a reunião também não se dá só no âmbito da gente está discutindo as problemáticas da unidade, mas em forma de educação permanente [...]. (E6)

Outro aspecto relevante é o apoio clínico, o qual o AM dispensa à equipe, propiciando um suporte técnico especializado com o intuito de ampliar o campo de atuação e qualificar as ações; podendo ser realizado por profissionais das diversas áreas, como mencionado a seguir:

[...] se a gente quer fazer uma ação e o nosso apoiador é uma enfermeira e a gente verifica a pressão, a gente sabe que tem a necessidade de mais um profissional, ela estando disponível e a gente utilizando de uma estratégia, de uma programação, ela também está junto [...] para atuar na sua área de competência quando houver uma necessidade. (E6)

[...] não é todo tempo, mas ele faz até os atendimentos quando a gente precisa, porque ele é fisioterapeuta [...]. (E9)

[...] e o outro apoiador é enfermeiro, então faz visitas junto com alguns agentes de saúde para alguns acamados que estavam tendo dificuldade [...]. (E5)

♦ Categoria Temática 2: Dificuldades relacionadas ao trabalho do apoiador matricial

Como parte integrante da equipe de SF, o AM também apresenta entraves referentes ao seu processo de trabalho, como é citado na segunda categoria, especialmente quanto à centralização das atividades no espaço da unidade de saúde, enfatizando a prática curativa e não as ações de educação em saúde, conforme demonstra a seguinte fala:

Educação em saúde aqui não existe [...] eu acho que o caminho é este e eu não estou vendo ser feito isso, ele {o apoiador} no começo até que queria, porque uma vez eu cheguei a falar, mas ele disse ‘desde que não prejudique o trabalho da unidade’, eu disse ‘mas venha cá...prejudicar, educação

em saúde não é prejudicar o trabalho, faz parte, inclusive, muito importante, da saúde da família’. (E1)

Ademais, um dos depoimentos afirma que o AM na sua unidade é uma prática incoerente com a proposta da ESF, alegando que ao invés de buscar a descentralização das ações, a reorientação das práticas assistenciais na Atenção Básica, são enfatizadas ações curativas em detrimento das preventivas, ou seja, o fortalecimento do modelo hegemônico:

Bem, na minha concepção, com a experiência que eu tenho, está sendo um trabalho muito fora da proposta do PSF [...] o que acontece é que está sendo centralizado, estão centralizando as atividades todas aqui e pouco trabalho ou quase nenhum na área, então o que a gente está fazendo só é mais medicina curativa e a gente percebe que a intenção é permanecer assim e quanto mais atendimento e curativo melhor [...]. (E10)

Foi identificado, nas falas dos colaboradores, que os apoiadores não possuem autonomia total para o exercício do seu trabalho, ficando muitas vezes, dependendo de outras instâncias para resolução dos problemas:

Eu acho que eles se esforçam, mas eles têm dificuldade, porque tem muita coisa que não é da governabilidade deles e eles não tem condições de fazer, depende de outras instâncias [...]. (E5).

DISCUSSÃO

O AM foi inserido no município, local do estudo, com a finalidade de potencializar a ruptura de práticas hegemônicas, centradas no modelo biomédico, para a construção de práticas humanizadas e integrais nos serviços de saúde, sobretudo das Unidades de Saúde da Família.¹⁰

O gerenciamento configura-se como uma das funções do trabalho do AM, uma vez que ele atua como coordenador, facilitador do processo de trabalho e intermediador entre a gestão distrital e municipal com os serviços de atenção básica. A atividade gerencial exercida pelo AM é importante, tendo em vista ser este um articulador da organização do serviço e do processo de trabalho, que potencializará a horizontalidade das relações entre distintos profissionais, favorecendo a responsabilização das equipes pelas ações desencadeadas e também assegurando a integralidade do cuidado na atenção básica e sua articulação nos diversos níveis de complexidade do sistema de saúde. Partindo desse pressuposto, o AM possibilitará a ampliação da abrangência

e o escopo das ações da atenção básica, bem como da sua resolubilidade.¹⁴

Entretanto, o estudo evidenciou que a prática gerencial desenvolvida por alguns apoiadores orienta-se por concepções da administração clássica, de conotação taylorista, evidenciadas pela fragmentação de tarefas, especialização dos saberes e centralização das atividades.

Em contrapartida, sabe-se que centralizar os serviços significa direcionar as ações de saúde a uma só esfera, acumular atribuições em um poder central, como no antigo modelo assistencial, predominantemente situado no hospital e na prática médica, com característica assistencial individualizada e curativa.

Nessa perspectiva, o AM, que deveria minimizar a fragmentação do processo de trabalho decorrente da especialização crescente em quase todas as áreas de conhecimento, potencializa esse entendimento quando centraliza as ações e prioriza o atendimento clínico. Logo, o AM deve ser um interlocutor na construção de projetos de intervenção e que este processo seja de maneira compartilhada com outros interlocutores, possibilitando a criação de espaços coletivos protegidos e que permitam a interação das diferenças, realidades e, experiências singulares em determinados territórios.¹⁶

Outro aspecto do trabalho do AM relaciona-se ao apoio pedagógico direcionado aos profissionais da equipe SF, com a finalidade de fazê-los refletir sobre os problemas vivenciados na prática do cuidado em saúde, seja no âmbito individual e/ou coletivo. Para tanto, o AM utiliza-se do dispositivo da EPS que permite desencadear a reflexão crítica dos problemas referentes às ações e a constituição de sujeitos por meio da estratégia do conhecimento.¹⁰ Salienta-se que a EPS é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho.¹⁵

Entretanto, o que chama atenção, nas falas dos colaboradores do estudo, é a não importância ou não priorização das ações de educação em saúde a serem realizadas por profissionais da SF, por parte do apoiador. Convém ressaltar que a educação em saúde, além de ser uma dimensão do trabalho do AM¹⁶, potencializa as ações de prevenção e promoção à saúde, para isso deve fundamentar-se em práticas reflexivas, possibilitando ao usuário ser sujeito histórico, social e político articulado ao seu contexto de

vida, sob a visão de uma clínica ampliada por parte dos profissionais da saúde.¹⁷

Nesse sentido, e considerando que uma das diretrizes da ESF é o desenvolvimento de ações de educação em saúde em prol da construção de cidadania dos sujeitos, há necessidade do AM compreender que a educação em saúde possibilita a constituição de espaços coletivos e que estes locais emanam problemas e, consequentemente, a identificação de estratégias para solução dos problemas, além de permitir a construção de vínculo entre usuários e equipe de saúde.

A incompreensão das ações de educação em saúde fragiliza a condução de práticas voltadas à integralidade do cuidado, inclusive caminha em contramão ao que rege o plano municipal de saúde acerca dos processos educativos para constituição de sujeitos cidadãos e defesa do SUS.

Um dos pontos importantes acerca da dificuldade do trabalho do AM, identificado nas falas, refere-se à falta de autonomia diante de alguns problemas vivenciados no serviço e que estes dependem de outras instâncias de gestão para resolvê-los. Faz-se necessário compreender que o AM se depara com uma diversidade de questões advindas da dinâmica social e política inerente ao trabalho no campo da saúde. Assim, é imprescindível o fortalecimento técnico e gerencial do apoiador, com vistas ao enfrentamento de uma estrutura de saúde repleta de micropoderes e sentimentos diversos.¹⁸ Uma das estratégias que poderiam fortalecer esse enfrentamento refere-se à construção de espaços coletivos entre apoiadores dos serviços de atenção básica, de modo a promover a troca de saberes e experiências.

Nesse entendimento, o AM constitui-se em um ator indispensável para a humanização das práticas e da gestão em saúde²⁰, uma vez que trabalha junto à equipe de SF, potencializando práticas cuidadoras e gerenciais. Salienta-se que o trabalho do AM possui dimensão técnica, associada às atividades clínicas e de saúde pública; e dimensão política, direcionada às atividades de gestão, bem como comunicação e educação em saúde, esse último fator é o eixo norteador do seu trabalho na produção da reflexão das práticas de saúde.¹⁶ Elementos estes identificados neste estudo.

Contudo, observa-se que o trabalho do AM no município estudado encontra-se em formação, tendo em vista que ainda há incompreensão do plano de saúde local por parte desse trabalhador, bem como fragilidades em sua prática. O desafio da

política local encontra-se na construção de um cuidado integral e humanizado, com ênfase na mudança do cotidiano do “fazer saúde” e na produção do cuidado.¹⁰

Assim, para que o trabalho do AM seja materializado nos espaços dos serviços de saúde e na perspectiva da integralidade do cuidado, é preciso compreender que estes lugares se constituem em cenário vivo, onde atores sociais distintos desenvolvem suas práticas, gerando diferentes percepções sobre o que é demandado e oferecido em termos de saúde. É preciso incorporar a “renovação das práticas de saúde, numa perspectiva de integralidade em que a valorização da atenção e do cuidado desponta como dimensão básica para a política de saúde que se desenvolve ativamente no cotidiano dos serviços”.^{19:1059}

CONCLUSÃO

O estudo demonstrou que o trabalho do AM no município estudado volta-se para ações gerenciais, clínicas e de apoio pedagógico, e que essas atividades enfrentam dificuldades em seu desenvolvimento, sobretudo na centralização das atividades e falta de autonomia para resolução de alguns problemas da unidade de saúde.

Sugere-se que a gestão municipal desenvolva ações de qualificação com os apoiadores matriciais que atuam na Estratégia Saúde da Família, de modo a fortalecer seu trabalho, principalmente na potencialização de uma postura dialógica com e para os trabalhadores de saúde e usuários do sistema.

REFERÊNCIAS

1. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco/Ministério da Saúde; 2002.
2. Feo JJO, Campo JMF, Camacho JG. La coordinación entre Atención Primaria y Especializada? Reforma del sistema sanitario o reforma del ejercicio profesional. Rev Adm Sanit [Internet]. 2006 [cited 2012 Jan 18];4(2):357-82. Available from: <http://www.equipoceca.org/wp-content/uploads/2009/04/la-coordinacion-entre-atencion-primaria-y-especializada.pdf>.
3. Giovanella L, Mendonça MHM, Almeida PF, Escorel S, Senna MCM, Fausto MCR, et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2009 jun [cited 2012 Mar 15];14(3):783-94. Available from: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/630/63013535014.pdf>.
4. Brasil (BR). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.
5. Brasil (BR). Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cobertura da Estratégia Saúde da Família - Informe 2011 [Internet]. 2011 [cited 2012 Mar 16]. Available from: <http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php#consolidado>.
6. Almeida PF, Fausto MCR, Giovanella L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. Rev Panam Salud Publica [Internet]. 2011 [cited 2012 Apr 26]; 29(2):84-95. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v29n2/a03v29n2.pdf>.
7. Escorel S, Giovanella L, Mendonça MHM, Senna MCM. O Programa de saúde da família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. Pan Am J Public Health [Internet]. 2007 [cited 2012 Apr 23];21(2/3):164-76. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v21n2-3/11.pdf>.
8. Cunha GT, Campos GWS. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. Saúde Soc [Internet]. 2011 [cited 2012 May 03];20(4):961-70. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/13.pdf>.
9. Oliveira GN. Apoio matricial como tecnologia e articulação em rede. In: Campos GWS, Guerrero AVP (org.s). Manual de práticas em atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. 2ª ed. São Paulo: Aderaldo & Rothschild; 2010. p. 273-305.
10. João Pessoa. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde. 2006-2009. João Pessoa/PB; 2006.
11. Cecílio LCO. The death of Ivan Ilyich, by Leo Tolstoy: points to be considered regarding the multiple dimensions of health care management. Interface comunic saude educ [Internet]. 2009 [cited 2011 Mar 25];13(supl.1):545-55. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v13s1/a07v13s1.pdf>.
12. Bardin L. Análise de conteúdo. 3ª ed. Lisboa (PT): Edições 70; 2004.
13. Brasil (BR). Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196 de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1996.

14. Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad Saúde Pública [Internet]. 2007 [cited 2010 Mar 03];23(2):399-407. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n2/16.pdf>.
15. Brasil (BR). Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
16. Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. Cad Saúde Pública [Internet]. 1999 Apr/June [cited 2010 Mar 07]; 15(2):345-53. Available from: <http://www.unifra.br/pos/saudecoletiva/downloads/Acolhimento.pdf>.
17. Brasil (BR). Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: equipe de referência e apoio matricial. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
18. Bastos ENE, Medeiros JA, Amaral MES, Maerchner RL. O desenvolvimento do papel de apoiador institucional em Fortaleza - Ceará. In: Campos GWS, Guerrero AVP (org.s). Manual de práticas em atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. 2 ed. São Paulo: Aderaldo & Rothschild; 2010. p. 389-411.
19. Santos EI, Gomes AMT, Oliveira DC, Valois BRG, Braga RMO. Integralidade nas práticas de cuidado do enfermeiro no contexto da atenção básica. J Nurs UFPE online [Internet]. 2011 June [cited 2012 June 18];5(4):1054-63. Available from: http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/1578/pdf_530.

Submissão: 04/07/2012

Aceito: 22/10/2012

Publicado: 01/01/2013

Correspondência

Anne Jaquelyne Roque Barrêto
Rua Dílson Pessoa, 69 – Água Fria
CEP: 58077-330 – João Pessoa (PB), Brasil