

**FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE – FPS
PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
MESTRADO PROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO PARA O ENSINO
NA ÁREA DA SAÚDE**

GEÓRGIA MARIA DE ALBUQUERQUE

**A OPINIÃO DE MÉDICOS E ENFERMEIROS DAS EQUIPES
DE SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE O APOIO MATRICIAL
COM ÊNFASE NA DIMENSÃO DE SUPORTE TÉCNICO-
PEDAGÓGICO PARA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM
RECIFE-PE.**

RECIFE/PE

2014

**FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE – FPS
PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
MESTRADO PROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO PARA O ENSINO
NA ÁREA DA SAÚDE**

GEÓRGIA MARIA DE ALBUQUERQUE

**A OPINIÃO DE MÉDICOS E ENFERMEIROS DAS EQUIPES
DE SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE O APOIO MATRICIAL
COM ÊNFASE NA DIMENSÃO DE SUPORTE TÉCNICO-
PEDAGÓGICO PARA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM
RECIFE-PE.**

Dissertação apresentada em
cumprimento às exigências para
obtenção de grau de Mestre em
Educação para o Ensino na área de
Saúde pela Faculdade Pernambucana de
Saúde.

Linha de pesquisa: Processos de Aprendizagem e ambientes de
aprendizagem inovadores

Orientador: Edvaldo da Silva Souza

Coorientadora: Ana Rodrigues Falbo.

RECIFE/PE

2014

Ficha Catalográfica

Albuquerque, Geórgia Maria de.

A opinião de médicos e enfermeiros das equipes de saúde da família sobre o apoio matricial com ênfase na dimensão de suporte técnico-pedagógico para educação permanente em Recife- PE. / Geórgia Maria de Albuquerque. – Recife: Ed. do Autor, 2014.

93 p.: il

Orientador: Edvaldo da Silva Souza.

Dissertação – Faculdade Pernambucana de Saúde, Mestrado Profissional em Educação para o Ensino na Área de Saúde. Recife, 2014.

Inclui bibliografia.

1. Sistema Único de Saúde. 2. Saúde da família. 3. Saúde coletiva. 4. Atenção básica. 5. Educação permanente I. Albuquerque, Geórgia Maria de.

614(81) A345o
CDU

GEÓRGIA MARIA DE ALBUQUERQUE

**A OPINIÃO DE MÉDICOS E ENFERMEIROS DAS EQUIPES
DE SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE O APOIO MATRICIAL
COM ÊNFASE NA DIMENSÃO DE SUPORTE TÉCNICO-
PEDAGÓGICO PARA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM
RECIFE-PE.**

Dissertação apresentada em 27 de fevereiro de 2014

Membros da Banca Examinadora:

Professor Dr. Gilliatt Hanois Falbo Neto - FPS

Professora Dra. Ariani Impieri de Souza - FPS

Professora Dra. Juliany Vieira - UFPE

DEDICATÓRIA

Dedico esta dissertação a todos os trabalhadores do SUS Recife, especialmente aos que atuam na Atenção Básica de Saúde e que são comprometidos em cuidar da saúde das pessoas. Dedico, também, ao que pensaram um Sistema de Saúde capaz de tornar-se bandeira de luta permanente contra as iniquidades e desigualdades existentes em nosso país. Dedico, por fim, aos companheiros de trabalho que atuam e se comprometem com um Sistema de Saúde público e digno de ser defendido, com inúmeras possibilidades de construir novas formas de efetivar saúde.

"O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) só consegue prestar apoio matricial quando reconhece que o 'outro' tem muito conhecimento. É preciso apostar no potencial pedagógico do 'outro'. O apoio matricial é práxis, precisa ser reinventado sempre, depende de espaços coletivos." (Campos, GW. 2013)

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha família, em especial, aos meus filhos *Amanda, Janáina, Michel e Hanna*, que se mantiveram firme e me apoiaram de perto, mesmo quando estavam longe. Estender a minha gratidão ao restante da minha enorme e amada família que sempre me apoia e torce por minhas vitórias.

Agradeço aos amigos e companheiros de trabalho que me fizeram o que sou e que são os responsáveis pelo meu caminhar profissional. Aí vão alguns nomes junto com um especial e eterno reconhecimento: ao então Secretário de Saúde de Recife e amigo, *Gustavo Couto* que contribuiu em todas as etapas de construção dessa dissertação e para minha compreensão sobre política pública de saúde; aos gestores da saúde e amigos *Bernadete Peres e Tiago Feitosa*, que não só pensam, mas sentem o SUS e que me apresentaram e me fizeram vivenciar o tema dessa dissertação; à gestora e amiga *Cinthia Kaline Alves* que me fez acreditar que podia e devia a mim mesma fazer o mestrado.

Por fim, agradeço a minha co-orientadora, *Ana Falbo*, por apostar e construir comigo todas as etapas dessa dissertação garantindo a minha não desistência durante as crises e as dificuldades.

*“... E aprendi que se depende sempre
De tanta, muita, diferente gente
Toda pessoa sempre é as marcas
Das lições diárias de outras tantas pessoas.
E é tão bonito quando a gente entende
Que a gente é tanta gente onde quer que a gente vá.
E é tão bonito quando a gente sente
Que nunca está sozinho por mais que pense estar.
É tão bonito quando a gente pisa firme
Nessas linhas que estão nas palmas de nossas mãos.
É tão bonito quando a gente vai à vida
Nos caminhos onde bate, bem mais forte, o coração”
(Caminhos do Coração/Gonzaguinha)*

Geórgia Maria de Albuquerque
Psicóloga Sanitarista Assessora do Departamento de Doenças e Agravos Não
Transmissíveis da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde
georgialbuquerque@yahoo.com.br

Orientador:

Prof. Dr. Edvaldo da Silva Souza
Médico do IMIP e Professor da Faculdade Pernambucana de Saúde.
essouza@terra.com.br

Coorientadora:

Prof^a. Dra. Ana Rodrigues Falbo.
Médica, Pesquisadora do Grupo de Estudos em Saúde da Criança - Diretoria Pesquisa
IMIP e Coordenadora de tutores da Faculdade Pernambucana de Saúde.
anarfalbo@gmail.com

LISTA DE SIGLAS

ABS	Atenção Básica de Saúde
AM	Apoio Matricial
APS	Atenção Primária de Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DGGTES	Diretoria Geral de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
DS	Distrito Sanitário
ESF	Equipe de Saúde da Família
FPS	Faculdade Pernambucana de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PET	Pesquisa de Ensino em Trabalho
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica de Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RM	Ranking Médio
RPA	Regiões Político-Administrativas
SEGTES	Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
USF	Unidades de Saúde da Família

LISTA DE FIGURAS, TABELA E QUADROS.

	Pág.	
Figura 1	Representação do Modelo <i>Recife em Defesa da Vida</i>	50
Figura 2	Divisão dos Distritos Sanitários e suas Microrregiões em Recife/PE	51
Figura 3	Fluxograma de captação dos sujeitos e coleta de dados	51
Figura 4	Fluxograma de coleta dos questionários	52
Tabela 1	Estratificação do número de questionários por número de ESF, DS e Cargos	53
Quadro 01	Ranking médio geral e por DS das respostas na dimensão do apoio matricial como suporte técnico pedagógico para a educação permanente.	53
Quadro 02	Ranking médio geral e por DS das respostas na dimensão do apoio matricial como retaguarda assistencial a ESF.	55
Quadro 03	Ranking médio geral e por DS das respostas na dimensão do apoio matricial como auxiliar ao processo de trabalho na ESF.	57
Gráfico 01	Respostas com percentual igual ou maior de 50% de Concordo Totalmente na dimensão Suporte técnico-pedagógico	59
Gráfico 02	Respostas com percentual igual ou maior de 50% de Concordo Totalmente na dimensão Retaguarda Assistencial.	60
Gráfico 03	Respostas com percentual igual ou maior de 50% de Concordo Totalmente na dimensão Processo de trabalho.	61

RESUMO:

Cenário: em 2009, a Secretaria de Saúde do Recife com a implantação do modelo de atenção e gestão chamado *Recife em Defesa da Vida* ofertou novos dispositivos e instrumentos voltados para a qualificação do processo de trabalho das Equipes de Saúde Família (ESF), dentre eles, o Apoio Matricial (AM). Esse apresenta-se como instrumento que auxilia as práticas das equipes de saúde.

Objetivo: conhecer a opinião dos médicos e enfermeiros das ESF, da Secretaria Municipal de Saúde do Recife, sobre o AM em relação a três dimensões: como suporte técnico-pedagógico para educação permanente; como retaguarda assistencial para formação de redes na atenção básica e enquanto processo de trabalho na saúde.

Método: foi realizado um estudo de corte transversal envolvendo 121 profissionais das ESF dos seis Distritos Sanitários (DS) no período entre agosto e outubro de 2013. Foi utilizado questionário com repostas tipo Likert, onde a pré-validação do instrumento ocorreu em duas etapas: a validação semântica por grupo focal e a validação de conteúdo por juízes treinados. A verificação da concordância ou discordância das questões foi obtida pelo cálculo do Ranking Médio (RM), onde os valores acima de 03 indicavam concordância, abaixo de 03 discordância e igual a 03, neutralidade. A avaliação da consistência interna das respostas foi identificada pelo teste de Alfa de Cronbach.

Resultados: houve concordância na opinião dos profissionais em relação aos aspectos estudados nas três dimensões de análise. Na dimensão relativa ao suporte técnico-pedagógico, registraram discordâncias: no DS I, quanto ao apoio matricial favorecer práticas clínicas tradicionais prescritivas (RM 2,7), no DS VI, quanto ao NASF sempre promover encontros de AM (RM 2,4) e discutir as situações clínico-institucionais e de Saúde Coletiva (RM 2,8). Na dimensão relativa à retaguarda assistencial houve discordância no DS I sobre o NASF fazer parte da ESF (RM 2,7) e no DS V, houve neutralidade quanto à busca por AM na identificação de casos complexos (RM 3,0). No DS V, registrou-se neutralidade na opinião quanto a todos os profissionais da rede de atenção à saúde poder promover encontros de apoio matricial (RM 3,0). O Alfa de Cronbach apresentou resultados acima de 0,89.

Conclusão: houve concordância dos médicos e enfermeiros da ESF sobre os pressupostos teóricos do AM, como suporte técnico-pedagógico para educação permanente, como facilitador na formação de rede de atenção à saúde e como auxiliar na organização do processo de trabalho na atenção básica de saúde. Essa posição aponta para a necessidade de serem ofertados dispositivos que auxiliem a qualificação das práticas dos profissionais na atenção básica de saúde.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde, Saúde da Família, Saúde Coletiva, Atenção Básica, Educação Permanente.

ABSTRACT:

Scenario: It was in 2009 that the Department of Health of Recife, along with the implementation of the care management program model called "*Recife em Defesa da Vida*", had offered new devices designed for the qualification of the working process for the Family Health Teams. Among these devices, the support matrix was presented as a tool that assists the practices of the health teams.

Main goal: to know the opinion of the Family Health Teams doctors and nurses who work for Recife's Municipal Secretariat of Health on support matrix in three functions. The first concerned from the support matrix as a technical and pedagogical support for continuing healthcare education. The second, as an assistential support for network formation in basic care. The latter, as a work process in healthcare.

Method: was realized a cross-sectional study involving 121 Family Health Teams professionals conducted in 6 Health Districts in the period between August and October of 2013. A Likert response questionnaire which had been prepared and pre-validated was used. It took two stages: semantic validation by focus group and content validation by trained judges. The verification of positive and negative responses was obtained by average ranking calculation (AR). The evaluation of the response consistency was performed by Cronbach's alfa.

Results: there were mostly agreeing responses on the professionals' opinion concerning aspects studied in three functions of analysis. In the Health District I, there were disagreeing responses concerning the assistential support function on the Support Nucleus Family's Health's (NASF) participation in the Family Health Teams (AR 2.7). In the Health District V, there were neutral responses concerning the search for MS for identifying complex cases (AR 3.0). In the technical and pedagogical support function, there were disagreeing responses in the Health District I concerning the support matrix favoring of prescriptive traditional practices (AR 2.7). In the Health District VI, the same responses were seen on the NASF's promoting congresses on support matrix (AR 2.4), as well as in the subject of NASF's promoting a debate on clinical-institutional and, also, Collective Health situations (AR 2.8). In the Health District V, there were neutral opinions on the fact that all the professionals in the healthcare network are able to promote congresses on support matrix (AR 3.0). The Cronbach's alfa showed results above 0.89.

Conclusion: There were agreeing responses of the Family Health Teams doctors and nurses on the support matrix theoretical assumptions used and analyzed in the study. This result inclines to the creation of devices that help to qualify the work of professionals in primary healthcare.

Key-words: Unified Health System, Collective Health, Basic Healthcare, Continuing Healthcare Education.

SUMÁRIO:

I. INTRODUÇÃO	14
1.1 - O SUS e a Atenção Básica de Saúde	15
1.2 - O Modelo de Atenção e Gestão <i>Recife em Defesa da Vida</i> – definindo diretrizes, repensando a gestão do trabalho na saúde.	19
1.3 – O Apoio Matricial e suas dimensões.	22
II. OBJETIVOS	
2.1 – Geral	27
2.2 – Específicos	27
III. MÉTODO	
3.1. Desenho do estudo	29
3.2. Local do estudo	29
3.3. Período do estudo	30
3.4. População do estudo	30
3.5. Cálculo do tamanho da Amostra / Amostragem	31
3.6. Critérios de seleção dos sujeitos	31
3.7. Fluxograma de captação dos sujeitos e coleta de dados	32
3.8. Instrumento de coleta de dados	32
3.9. Definição e operacionalização das variáveis	33
3.10. Processamento e análise dos dados	36
3.11. Aspectos éticos	37
IV. RESULTADOS (artigo)	38
V. CONSIDERAÇÕES FINAIS	56
VI. FIGURAS, TABELA, QUADROS E GRÁFICOS.	58
VII. REFERÊNCIAS	68
APÊNDICES	
1 - Termo de consentimento livre e esclarecido	73
2 – Questionário	75
ANEXOS	
1. Normas para publicação de trabalhos na Revista Brasileira de Educação Médica	88
2. Carta do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)	92

I - INTRODUÇÃO

A Atenção Primária ou Atenção Básica de Saúde (ABS), como abordado no Sistema Único de Saúde (SUS), demanda intervenções amplas e que abranja diversos aspectos para que promova o efeito, de fato, sobre a situação de saúde numa delimitada população, exigindo um conjunto de saberes e práticas capazes de ampliar a resolubilidade integral de problemas complexos da saúde.^{1 e 2}

Entendida como o primeiro contato do usuário com a rede assistencial do SUS, a ABS caracteriza-se, principalmente, pela continuidade longitudinal e integralidade do cuidado, sendo responsável pela coordenação da assistência dentro do Sistema de Saúde. É centrada na família enquanto estratégia, na orientação e na participação comunitária, assim como, na competência cultural dos profissionais.³

O Apoio Matricial (AM), enquanto dispositivo, foi inicialmente utilizado pelas equipes de Saúde Mental, devido ao seu caráter interdisciplinar e transversal necessário ao processo de trabalho realizado nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), onde apoiadores compõem as equipes de saúde.⁴

Em seguida, iniciou-se o matriciamento na atenção básica de saúde como um espaço de aproximação entre a prestação de serviços básicos e os especializados, considerados de média complexidade. Posteriormente, com a implantação dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), o apoio matricial passou a integrar a própria equipe de trabalho da atenção básica no SUS, passando a ser ofertada como nova prática de saúde visando qualificar as ações de saúde na Equipe de Saúde da Família (ESF).^{4 e 5}

O “*Apoio Matricial*” pode ser compreendido como um arranjo, uma ferramenta de trabalho, um dispositivo potente e capaz de auxiliar as práticas na saúde,

especialmente na atenção básica, mas pouco se sabe sobre como os trabalhadores entendem tal instrumento/ferramenta/dispositivo.^{6,7 e 8}

Institucionalmente, ficou definido que o AM teria por função promover educação permanente, ser um facilitador na construção de soluções para problemas complexos da saúde reduzindo a fragmentação do processo de trabalho na saúde, ou ainda, auxiliar na organização das redes de atenção, ou ainda, facilitar e ampliar a oferta de serviços especializados articulados com as ESF da atenção básica de saúde.^{5,6 e 7}

O presente estudo pretende conhecer a opinião do trabalhador médico(a) e enfermeiro(a) da ESF sobre o AM tomando por base três dimensões articuladas e sinérgicas, sendo: - enquanto suporte técnico-pedagógico para educação permanente, - como retaguarda assistencial para formação de redes de atenção a saúde, e - na organização do processo de trabalho na ABS^{4,5,8 e 9}, após a vivência de novo modelo de atenção e gestão, implantado pela SMS em Recife a partir de 2009, que foi denominado *Recife em Defesa da Vida*, onde o AM foi instituído, especialmente nas ESF.

1. O SUS e a Atenção Básica

Historicamente, a atenção básica ou primária em saúde, tomou por base o modelo inglês através da publicação do Relatório *Dawson*, em 1920, onde foi apresentado um modelo de saúde regionalizado e em contraposição ao existente centrado na atenção biológica curativa, passando a organização desse novo modelo para ser centrado na construção de redes hierarquizadas e regionalizadas, com oferta de ações preventivas e curativas^{1 e 2}.

Duas características centrais no modelo proposto serviram para fundamentar os modelos de saúde em todo o mundo, sendo: a *regionalização*, onde os serviços de saúde

são organizados de forma a atender as várias regiões, com distribuição a partir de bases populacionais, agregando as necessidades de saúde de cada local; e a *integralidade*, como forma de fortalecer o imbricamento entre ações curativas e preventivas ^{1 e 2}.

A I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, em 1978, realizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), no Cazaquistão, em Alma-Ata, foi assinado um acordo entre 134 países em defesa da atenção primária, ficando conhecido como a Declaração de Alma-Ata, onde definiu-se Atenção Primária de Saúde (APS) como:

...São cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde. (OPAS/OMS, 1978) ^{2 e 3}

A Declaração de Alma-Ata propôs a organização da APS com serviços locais centrados nas necessidades das pessoas, numa perspectiva interdisciplinar, envolvendo não apenas profissionais de saúde como a participação social na gestão e o controle das atividades. Descreve como ações mínimas necessárias: a educação em saúde direcionada para prevenção e proteção; a alimentação e nutrição apropriada; a distribuição, tratamento da água e saneamento; saúde materno-infantil; planejamento familiar; imunização; prevenção e controle de doenças endêmicas; tratamento de doenças e lesões comuns; fornecimento de medicamentos essenciais. ^{1 e 2}

Mais que um rol de ações e serviços de saúde, a Declaração de Alma-Ata aponta para necessidade da criação de sistemas universais, colocando a saúde como um direito humano, sendo necessário ampliar os investimentos em políticas sociais voltadas às populações excluídas e a compreensão que saúde é o resultante das condições econômicas e sociais e das desigualdades entre países.^{1 e 2}

No contexto brasileiro, a VIII Conferência Nacional de Saúde, em março de 1986, resultou na formalização das ideias do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira e fundamentou as mudanças na saúde direcionadas ao direito universal, acesso igualitário, descentralização acelerada e ampla participação da sociedade. Com mais de 5.000 participantes, o relatório da VIII Conferência subsidiou a Constituição Federal de 1988 nos aspectos relativos à seguridade social.^{10, 11, 12 e 13}

A Constituição Federal Brasileira de 1988¹⁴ estabeleceu saúde como direito universal, ampliando seu conceito e vinculado às políticas sociais e econômicas, passando a ser uma obrigação de todas as esferas de governo. A assistência integral ações preventivas e curativas e define a gestão participativa como inovação, bem como, comando e fundos financeiros únicos para cada esfera de governo.^{12, 13 e 14}

As Leis 8.080/90 – Lei Orgânica da Saúde (LOS)¹⁴ e a 8.142/90¹⁵ são básicas para o novo modelo de saúde. Na LOS encontram-se as orientações constitucionais do SUS e a Lei 8.142/90¹⁶ trata da participação da comunidade na condução das questões da saúde criando as conferências e os conselhos em cada esfera de governo como instâncias colegiadas orientadoras e deliberativas, respectivamente.^{14, 15 e 16}

Como marcos norteadores da PNAB, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)¹⁶ em 1991, e o Saúde da Família (PSF)¹⁷, em 1994, tornaram-se estratégias fundamentais na reorganização das ações e serviços da ABS, como uma nova ética política e institucional. Os princípios baseiam-se, especialmente, na formação

de vínculo entre membros de uma equipe interdisciplinar, e não mais na multidisciplinar, permitindo maior diversidade de ações e busca permanente de consenso. Tal relação, baseada na não aceitação do refúgio da assistência do positivismo biológico, requer uma abordagem que questione as certezas profissionais e estimule a permanente comunicação horizontal entre os componentes de uma equipe.^{17 e}

18

Em 2006, o Ministério da Saúde (MS) publicou a Portaria nº 648/GM, em 28 de março, definindo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo e formalizando diretrizes e normas para a organização da ABS e para os Programas de Saúde da Família (PSF) e Agentes Comunitários de Saúde (PACS) tornando-se a estratégia prioritária para a organização do SUS¹⁹.

Em outubro de 2011, o MS lança nova Portaria revendo tais diretrizes e normas de organização da ABS, agregando outros valores e princípios à PNAB e modificando o modelo da Estratégia de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde.⁴

A partir de então foi estabelecido que a PNAB é desenvolvida com mais alto nível de descentralização e capilaridade, ocorrendo no nível local mais próximo da vida das pessoas, sendo o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada do Sistema e a centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. A PNAB é orientada pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.^{4 e 20}

No SUS, a PNAB caracteriza-se por:

“... um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral

*que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades”*⁴. (Portaria GM/MS nº 2.488, de 21 de outubro de 2011)

A PNAB tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para consolidar e orientar os princípios nela definidos.^{4,5 e 6}.

Como forma de efetivar o cuidado integral à saúde, na PNAB ficou definida a organização em **Redes de Atenção à Saúde (RAS)** como estratégia, constituindo-se em arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial^{4 e 5}.

Tais concepções apresentadas na atual da PNAB remetem necessariamente para novas práticas na produção de saúde, para as formas e meios como são organizados e gerenciados os serviços, e especialmente, para como modelos de gestão e atenção à saúde se ajustem aos princípios, diretrizes, objetivos e metas propostas pela nova política.^{4, 18, 19 e 20}

2. O Modelo de Atenção e Gestão Recife em Defesa da Vida – definindo diretrizes, repensando a gestão do trabalho na saúde.

Em 2009, com início de uma nova gestão na saúde, foi implementado modelo de atenção e gestão denominado *Recife em Defesa da Vida*, que pretendeu ratificar o compromisso ético-político dos serviços de saúde na defesa da vida e apontando para as seguintes necessidades:

- ✓ Qualificar o sistema municipal de saúde em cogestão;
- ✓ Garantir o sistema de saúde em redes que supere o isolamento e fragmentação dos serviços em níveis de atenção;

- ✓ Fortalecer e qualificar a atenção básica e ampliá-la como estratégia organizadora das redes de cuidado em saúde;
- ✓ Fortalecer o processo de regionalização cooperativa e solidária, ampliando o acesso com equidade;
- ✓ Considerar a diversidade cultural e desigualdade econômica, bem como a característica epidemiológica locais na incorporação de recursos e tecnologia;
- ✓ Superar a fragmentação do processo de trabalho e das relações entre os diferentes profissionais;
- ✓ Implantar diretrizes do acolhimento e clínica ampliada;
- ✓ Melhorar a interação nas equipes e qualificá-las para lidarem com as singularidades dos sujeitos e coletivos nas práticas de atenção ^{21, 22 e 23}.

O Modelo aposta na associação entre a atenção e a gestão do SUS e na formação de redes multicêntrica (figura 1), abandonando o modelo anterior piramidal, onde as ações e serviços eram organizados em níveis de Atenção à Saúde, ficando a Atenção Básica de Saúde na base da pirâmide, seguida pelas média e alta complexidade ^{21, 22 e 23}.

Os diversos equipamentos de saúde e dispositivos apresentam-se em círculo, acrescido de ofertas como: Apoio institucional, Gerência de Território; bem como coloca as atividades da esfera administrativa no mesmo círculo, tais como: Planejamento, Gestão do Trabalho e Regulação da Assistência.

Os dois grandes eixos da Saúde – atenção e gestão têm sua operacionalização discutida a partir das diretrizes de atuação da SMS, sendo:

1. Centralidade no território e no sujeito;
2. Atenção básica como ordenadora da rede de atenção à saúde;
3. Clínica ampliada e saúde coletiva;
4. Cogestão e produção de autonomia;

5. Articulação intersetorial;
6. Equidade na gestão de recursos;
7. Desenvolvimento e modernização organizacional;
8. Desenvolvimento de pessoas e educação permanente;
9. Qualificação dos processos internos de trabalho e dos mecanismos de gestão, e
10. Desenvolvimento de estratégias de comunicação. ²⁴

A cidade do Recife organiza-se em 94 bairros, subdivididos em seis (06) Regiões Político-Administrativas (RPA). Na Saúde, cada RPA corresponde a um Distrito Sanitário (DS), sendo: DS I (centro: 11 bairros); DS II (norte: 18 bairros); DS III (noroeste: 29 bairros); DS IV (oeste: 12 bairros); DS V (sudoeste: 16 bairros); DS VI (sul: 08 bairros). Recife possui uma população residente de 1.537.704 habitantes, estimada pelo método geométrico a partir da contagem populacional de 1996 e censo demográfico 2010 do IBGE, apresentando um crescimento populacional ascendente, com perfil correspondente as tendências de crescimento do Estado de Pernambuco e do Brasil. ²⁴

No município, a Estratégia de Saúde da Família é proposta central como garantia de acesso e integralidade na atenção, o que veio a promover uma grande expansão no número de equipes, onde a cobertura da população de atenção básica de saúde ficou acima de 60%. Houve expansão no número de ESF no período entre 1998 a 2011 passando de 22 para 256 ESF. ²⁴

A partir do Modelo foram implantados dispositivos institucionais visando ampliar e qualificar o processo de trabalho, tais como: Acolhimento, Projeto Terapêutico Singular e Apoio Institucional e Matricial, sendo estes tratados como modos de fazer, estratégias ou formas de operar na saúde, enfim, dispositivos que garantissem maior eficiência e eficácia e menor dano aos usuários do SUS. ²⁴

Em 2010, foram implantados as equipes dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF)⁶ com cobertura de equipes multiprofissional em 100% das ESF. Cada equipe NASF ficou composta pelas seguintes categorias profissionais: assistentes sociais, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas, psicólogos, terapeutas ocupacionais, médicos ginecologista e psiquiatra; variando sua configuração de acordo com os Distritos Sanitários (DS). Posteriormente, foi inserido um profissional sanitaria em cada equipe NASF, sendo implantadas 20 equipes na cidade.^{4 e 24}

Dentre os dispositivos propostos pelo Modelo e com a implantação das equipes NASF, o apoio matricial ganhou mais espaço nas práticas das ESF, buscando assegurar retaguarda especializada às equipes de referência, estimular a formação de redes assistencial e favorecer a construção conjunta entre saberes de núcleos diversos da saúde.^{4 e 24}

Nesse contexto, o presente estudo buscou conhecer a opinião de médicos e enfermeiros da Saúde da Família em Recife/PE em relação às dimensões que compõe os pressupostos teóricos sobre AM após a vivência do novo modelo de atenção e gestão, que disseminou o dispositivo em toda a rede de atenção à saúde.²⁴

3. O Apoio Matricial e suas dimensões.

Apoio Matricial e Equipe de Referência foram conceitos, inicialmente, propostos por Campos (1989 - 1991) voltados para a reforma das instituições e do processo de trabalho em saúde e integra o método *Paidéia* ou da *roda* como estratégia para construir a gestão compartilhada do cuidado. O AM foi adotada especialmente em serviços de saúde mental, sendo ampliado para atenção básica e área hospitalar do SUS em Campinas (SP)^{7 e 8}.

Posteriormente, alguns programas do Ministério da Saúde (MS) como o HUMANIZA SUS, a Política de Atenção a Saúde Mental e de Atenção Básica/Saúde da Família também incorporaram a ideia do AM na perspectiva de ampliar as práticas de saúde na ABS ^{22 e 23}.

O AM refere-se a uma mudança no arranjo organizacional e das responsabilidades profissionais e gerenciais, de modo a facilitar a cogestão em locais onde é necessário um trabalho em equipe. Tem por objetivo assegurar, de forma dinâmica e interativa, a retaguarda especializada a equipes e profissionais de referência que são aqueles encarregados diretamente pelas intervenções de saúde ^{22 e 26}.

Além de facilitar a cogestão do cuidado, o AM visa garantir retaguarda especializada as equipes e profissionais encarregados pela atenção de saúde, tornando-se uma metodologia de trabalho complementar às previamente definidas, como: mecanismo referência e contra-referência, protocolos clínicos e centros reguladores ^{22 e 26}.

Segundo Campos (1999), a equipe ou profissional de referência é aquele que têm a responsabilidade pela condução do caso individual, familiar ou comunitário, ou seja, aquele encarregado por conduzir o caso ao longo do tempo, como são os profissionais da ESF. Esse arranjo favorece a formação de vínculo entre profissional e usuário. ^{8 e 22}

No SUS, antes mesmo de lançar a portaria que regulamenta a PNAB, o Ministério da Saúde (MS) instituiu os Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF)²⁵, com a finalidade de promover o apoio matricial, sendo formado por um conjunto de profissionais sem, necessariamente, relação direta e cotidiana com os usuários, mas cujas tarefas são prestar apoio às equipes de referência ^{8, 22, 25 e 27}.

A equipe de referência é composta por um conjunto de profissionais considerados essenciais na condução de problemas de saúde, podendo estes acionar as redes assistenciais de forma singular, caso a caso.^{22, 26 e 27}

Desta forma, o AM ficou instituído como uma ferramenta para ABS, uma tecnologia, um modo de operar junto às ESF apresentado duas dimensões: como retaguarda assistencial e como suporte técnico-pedagógico.^{4, 22, 25, 27 e 28}

“A dimensão retaguarda assistencial é aquela que vai produzir ação clínica direta com os usuários, e a ação técnico-pedagógica vai produzir ação de apoio educativo com e para a equipe. Essas duas dimensões podem e devem misturar-se nos diversos momentos. Fica claro, portanto, que o conceito de apoio matricial tem uma dimensão sinérgica ao conceito de educação permanente”.^{4, 22, 25, 27 e 28}

A Política Nacional de Educação Permanente (PNEP)²⁹ no SUS baseou-se no artigo 200 da Constituição Federal de 1988, inciso III, que atribui ao SUS a competência de ordenar a formação na área da Saúde¹⁴, passando as questões da educação na saúde a fazer parte do rol de atribuições do sistema. Como estratégia, o MS lança a política voltada para a adequação da formação e qualificação dos trabalhadores da saúde às necessidades da população e ao desenvolvimento do SUS^{29 e 30}.

A educação permanente, como proposto pelo MS, trata-se da aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar são incorporados ao cotidiano das organizações e ao espaço do trabalho. Tem por referência a necessidade de saúde das pessoas e das populações, a gestão setorial e o controle social em saúde; e por objetivo transformar as práticas profissionais e da própria organização do trabalho a partir da problematização do processo de trabalho^{29 e 30}.

Assim, a PNEP representa uma importante mudança na concepção e nas práticas de capacitação dos trabalhadores da saúde, invertendo a lógica do processo pela inclusão do ensino e aprendizagem no cotidiano dos serviços e das práticas sociais e

laborais no contexto da realidade, modificando as estratégias educativas a partir das práticas como fonte de conhecimento e de problema, problematizando o fazer, colocando as pessoas como atores reflexivos das práticas e construtores de conhecimento e de alternativas para a ação, abordando a equipe e o grupo como estrutura de intervenção, evitando a fragmentação disciplinar, ampliando os espaços educativos para fora da aula e para dentro dos serviços e das comunidades^{29 e 30 e 31}.

Nessa perspectiva, a educação permanente mantém estreita relação entre o processo formativo e o de trabalho em saúde, com o uso de novas metodologias de ensino/aprendizagem, sobretudo a da problematização.^{29, 30 e 31}

Assim, o AM opera como suporte técnico-pedagógico especializado em uma equipe interdisciplinar capaz de ampliar o campo de atuação da equipe de referência, torna-se um instrumento facilitador no processo de qualificação dessas ações, possibilitando a criação de espaço para compartilhamento de experiências e construção de projetos terapêuticos singulares, de elaboração da gestão conjunta do cuidado, assim, pode contribuir favoravelmente para educação permanente das ESF^{4, 9, 20 e 22}

Na Estratégia de Saúde da Família são definidas ações programáticas a serem executadas em equipe interdisciplinar, envolvendo diversos elementos ao processo de trabalho, tais como: comunicação, liderança, compromisso, corresponsabilidade, agir em equipe, desenvolvimento de competências, habilidades e práticas baseado em situações problema, com a inclusão de situações inusitadas fazendo parte do cotidiano. É nesse contexto que as ESF se organizam, agregando saberes e práticas, construindo e reconstruindo seus processos de trabalho de acordo com a demanda do território em que atua.^{3, 4, 7 e 8}

O território na Estratégia de Saúde da Família também é determinante na elaboração do processo de trabalho da equipe, uma vez que tem o território adstrito como uma diretriz da PNAB, e é nesse território que as pessoas atuam, e dele sofrem influência. O território na saúde é vivo, é capaz de transformar e ser transformado pela comunidade a partir do sentimento de pertencimento a um local, a uma comunidade, a uma região, favorecendo a construção de vínculos capazes de promover saúde e intervir sobre a condição de adoecimento.^{3, 4, 7 e 30}

A ESF precisa construir mecanismos que garantam acessibilidade e acolhimento aos usuários adscritos⁴, que facilitem a organização e o funcionamento da USF, que garanta acesso universal, sem diferenciações de qualquer natureza, oferecendo respostas positivas aos problemas de saúde encontrados. Esses mecanismos construídos devem ser compatíveis aos modelos de atenção e gestão instituídos pela SMS, que darão sustentabilidade necessária ao trabalhador no exercício de suas atribuições.^{9, 21, 22 e 32}

II. Objetivos

2.1 - Objetivo Geral:

Conhecer a opinião dos médicos e enfermeiros da Equipe de Saúde da Família, da Secretaria Municipal de Saúde do Recife, sobre o Apoio Matricial no período entre agosto a outubro de 2013.

2.2 - Objetivos Específicos:

- Caracterizar o perfil sócio demográfico dos participantes do estudo: gênero, estado civil e idade, identificação do Distrito Sanitário ao qual pertence, cargo, tempo de atuação na Estratégia de Saúde da Família, tempo de formação profissional, tipo de pós-graduação e especialização em saúde.

- Estudar a opinião dos profissionais de saúde, médicos e enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família, sobre o apoio matricial em relação às seguintes dimensões:

1 - Como suporte técnico-pedagógico para educação permanente das ESF, em relação à agregação dos diversos campos de saberes na atenção básica de saúde, considerando: a ampliação e melhoria do manejo de casos complexos ou de difícil solução, a identificação dos atores que realizam matriciamento na rede de saúde, a reorientação de condutas clínicas e deliberações de ações, a compreensão do quando e como acontece o Apoio matricial, a discussão de casos em equipe multiprofissional com troca de saberes e construção de intersaberes.

2- Enquanto retaguarda assistencial para formação de redes identificando os seguintes aspectos: na construção de projetos terapêuticos compartilhados, clínica ampliada e formação de redes de atenção à saúde: no acompanhamento dos Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), na corresponsabilização da equipe pelos cuidados

oferecidos aos usuários, na formação de redes de atenção e gestão do cuidado, ampliação da resolubilidade, no enfrentamento dos casos complexos ou de difícil solução e na atenção integral ao usuário;

3 - Como dispositivo de apoio a organização do processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família em relação aos seguintes aspectos: favorecer e apoiar a realização de trabalho em equipe, a execução de ações programáticas, a construção de agenda conjunta, o compartilhamento e pactuações das atividades cotidianas, a reflexão e análise sobre os casos complexos ou de difícil solução com construção de Projetos Terapêuticos Singulares – PTS e a orientação das redes integrais de atenção à saúde.

III. MÉTODO:

3.1 - Desenho do estudo:

Estudo observacional de tipo corte transversal.

3.2 - Local do estudo:

O estudo foi realizado nos seis Distritos Sanitários (DS) nas Unidades de Saúde da Família (USF) de Recife, onde cada DS apresenta estrutura administrativa semelhante a da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), sendo a instância responsável pela execução das ações e serviços de saúde em determinados bairros da cidade. Cada DS é subdividido em três microrregiões (figura 2). Possuem equipes de gestores e gerentes operacionais responsáveis pela saúde em suas áreas de atuação. Os Distritos III e VI são os maiores em extensão territorial e em população residente. O DS I corresponde a área do centro comercial da cidade com menor população fixa. Os DSs II e IV apresentam equipamentos de saúde em número semelhantes e o DS V possui a menor cobertura de Atenção Básica de Saúde.²⁴

As USF apresentam uma ou mais equipes, de acordo com a quantidade de micro-áreas identificadas na área de adstrição das USF. Apresentam equipe multiprofissional formada por médico, enfermeiro, dentista, técnico em enfermagem, auxiliar de saúde bucal ou técnico em saúde bucal, agentes comunitários de saúde, auxiliares administrativos e agentes de saúde ambiental e combate às endemias, podendo ou não dispor de equipe de saúde bucal. O número de Agentes Comunitários de Saúde varia por equipe entre 06 a 08 profissionais e nem sempre dispões de espaço físico e equipamentos adequados para atuação das equipes.^{4, 5 e 19}

3.3 - Período do estudo

O presente estudo foi realizado no período de agosto a outubro de 2013.

3.4 - População do estudo

A população do estudo foi formada por médicos(as) e enfermeiros(as) da Estratégia de Saúde da Família, do quadro de servidores efetivos da Secretaria Municipal de Saúde - SMS do Recife em 2013.

As Equipes de Saúde da Família (ESF) todas são compostas por servidores concursados, sendo terceirizados apenas os que prestam serviços administrativos, tais como: recepção, vigilância e limpeza. Algumas ESF possuem Equipe de Saúde Bucal (ESB), composta por: Cirurgiões Dentista, Auxiliar de Saúde Bucal e/ou Técnico em Saúde Bucal. Em 2012, das 256 ESF, existiam 133 ESB. ²⁴

A SMS do Recife ofertou formação em Saúde da Família e Comunidade aos contratados antes da realização do concurso público, especialmente aos médicos e enfermeiros da ESF. Ambos os profissionais atuam numa carga horária de 40 horas semanais e possuem atribuições claramente definidas em instrumentos formais de gestão, como manuais, instrutivos e ações programáticas de saúde.

Os profissionais podem atuar como preceptores, pois a partir das reformas curriculares, em especial do curso de medicina, vem sendo possibilitando a participação junto as Instituições de Ensino Superior, de programas de integração ensino-serviço como o programa de Pesquisa de Ensino em Trabalho - PET.

3.5 - Cálculo do tamanho da amostra / Amostragem

O cálculo do tamanho da amostra foi feito com base no número de ESF existentes, sendo 512 profissionais. Considerou-se um percentual de recusa em participar do estudo de aproximadamente 30,0%, definindo-se um poder de 80,0% e nível de significância de 5,0%, obteve-se o número de 198 de respondentes. Acrescendo-se, ainda, 20,0% por prováveis perdas, obtendo-se o número final de 238 profissionais como amostra significativa para o estudo, dividida em partes iguais para cada categoria profissional – médicos e enfermeiros.³⁴

A amostragem foi realizada de forma aleatória, estratificada e proporcional ao número de ESF por DS. Foram listadas todas as Unidades de Saúde da Família (USF) por DS separando-se os profissionais por cargo, que apresentaram os critérios de inclusão no estudo, e por meio de tabela de números aleatórios foram sorteadas as USFs até alcançar o número estimado para o tamanho amostral. Quando o sorteado recusava-se em participar, considerou-se para a inclusão no estudo, o profissional correspondente ao próximo número da tabela. Após três tentativas de adesão sem sucesso se considerou perda.

Para garantir maior homogeneidade da amostra esta foi calculada de forma estratificada, proporcional ao número de ESF, como pode ser visto na tabela 1.

3.6 - Critérios de seleção dos sujeitos

3.6.1 - Critérios de inclusão:

- Ser Profissional médico(a) ou enfermeiro(a) da Estratégia de Saúde da Família em exercício em um dos Distritos Sanitários de Recife-PE;

3.6.2 - Critérios de exclusão:

- Profissional médico(a) ou enfermeiro(a) da Estratégia de Saúde da Família em Recife de licença, férias durante ou ausente no período de coleta dos dados;

3.7 - Fluxograma de captação dos sujeitos e coleta dos dados:

O fluxograma foi organizado por etapas como pode ser visto na figura 03 anexa.

Na etapa 05 da coleta de dados, as cartas convidando os participantes foram entregues por estudantes convocados e capacitados para este fim, bem como a sua devolução na etapa 07. Na etapa 06, foram efetuadas até três tentativas de coleta do questionário preenchido, sendo contabilizadas as perdas finais.

3.8 - Instrumento de coleta de dados

O questionário foi elaborado com repostas tipo Likert com 05 níveis de opção - (1) concordo totalmente, (2) concordo parcialmente, (3) nem concordo, nem discordo, (4) discordo parcialmente, (5) discordo totalmente; construído a partir dos elementos contidos em cada um dos objetivos específicos do estudo.³⁴

Para a construção do questionário partiu-se dos pressupostos teóricos e conceito já publicado sobre apoio matricial, em especial ao como é preconizado pelo Ministério da Saúde, que aponta duas dimensões e a terceira foi incluída pela relevância em discutir processo de trabalho no contexto da Atenção Básica de Saúde no SUS, sendo: ^{4, 5, 6 e 22}

1. O Apoio Matricial como suporte técnico-pedagógico para educação permanente, para ampliar e qualificar as práticas de saúde da ESF;
2. O Apoio Matricial enquanto retaguarda assistencial, ou seja, pela ampliação da resolução de casos complexos com a participação ativa dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família na elaboração de projetos terapêuticos singulares;

3. O Apoio Matricial como auxiliar na organização do processo de trabalho das equipes da ESF, enfocando aspectos próprios do trabalho em equipe como a comunicação, corresponsabilidade, construção de agendas conjuntas, facilitados da organização do trabalho no cotidiano. ^{4, 5, 6 e 22}

Foi realizada a pré-validação do instrumento procedendo-se em duas etapas: a validação semântica ou Face (presencial com juízes não treinados) e a validação de conteúdo realizada com juízes treinados ou especialistas:

Para a validação semântica (com juízes não treinados) foi realizado grupo focal formado por seis profissionais, sendo cinco médicos e um enfermeiro, com igual perfil dos participantes do estudo, mas que não participaram dele. A finalidade foi apoiar a construção do questionário de opinião, uma vez que não se encontrou disponível na literatura ferramenta sobre o tema Apoio Matricial, ou outro instrumento que viabilize análise do objeto, especialmente, num contexto da saúde pública. O grupo realizou a análise semântica dos termos utilizados e sequência das questões apresentadas no questionário. As propostas de mudanças foram incorporadas ao instrumento, quando houve consenso entre os membros do grupo. ^{34 e 35}

A validação de conteúdo foi realizada com seis juízes treinados ou especialistas, sendo cinco médicos e um enfermeiro especialistas em saúde pública ou em Educação Permanente e Apoio Matricial e que integrem o SUS, que avaliaram individualmente e de forma não presencial, a adequação do conteúdo do instrumento. As modificações sugeridas foram incorporadas ao instrumento quando houve consenso entre os participantes. ^{34 e 35}.

3.9 - Definição e operacionalização de termos e variáveis:

Definição da variável do Perfil Sócio demográfico:

- Sexo: variável categórica dicotômica. Categorizada para análise em masculino ou feminino;
- Idade: variável numérica contínua em anos de vida completos informados pelo profissional no momento do preenchimento do questionário;
- Estado civil: variável categórica policotômica. Categorizada para análise em Solteiro(a), Casado(a), Separado(a) ou Outra Situação.

Definição da variável Perfil profissional:

- Cargo: variável categórica identificada na efetivação do concurso público pela Secretaria de Saúde em Médico(a) ou Enfermeiro(a) com carga horária de 40 horas semanal;
- Curso de pós-graduação: variável categórica policotômica identificada Curso de Especialização ou Residência na área de Saúde da Família e/ou Comunidade e/ou em outra área de formação profissional da saúde. Categorização para a análise em sim ou não;
- Tempo de formação profissional: variável numérica discreta em anos de formatura informada pelo profissional no momento do preenchimento do questionário,
- Tempo de serviço na Estratégia de Saúde da Família: variável numérica contínua em anos de atuação no ESF no momento do preenchimento do questionário.

Aspectos abordados sobre Apoio Matricial (AM) em cada uma das três dimensões de análise:

1 - Como suporte técnico-pedagógico para educação permanente:

- Facilita e amplia o manejo dos casos complexos ou de difícil solução,
- Identificação dos atores que realizam matriciamento na rede de saúde,
- Reorientação de condutas clínicas e deliberações de ações de saúde,

- Compreensão do quando e como acontece o AM,
- Discussão de casos em equipe multiprofissional com troca de saberes – intersaberes.

2- Como Retaguarda Assistencial:

- Clínica ampliada e compartilhada: um compromisso radical com o sujeito doente visto de modo singular, assumindo a responsabilidade sobre os usuários dos serviços de saúde, buscando ajuda em outros setores, reconhecendo os limites dos conhecimentos dos profissionais de saúde e das tecnologias por eles empregadas, buscando outros conhecimentos em diferentes setores.
- Formação de redes de atenção à saúde,
- Acompanhamento dos Projetos Terapêuticos Singulares (PTS),
- Corresponsabilização da equipe pelos cuidados oferecidos aos usuários,
- Formação de redes de atenção e gestão do cuidado,
- Ampliação da resolubilidade no enfrentamento dos casos complexos ou de difícil solução,
- Atenção integral ao usuário.

3- Como apoio a organização do processo de trabalho: modo, forma ou como o trabalho é executado incluindo os instrumentos e tecnologias empregadas na obtenção do objetivo do trabalho.

- Realização de trabalho em equipe: integração de diversos profissionais, buscando um modo de organização do trabalho centrado em equipes multiprofissionais,

- Execução de ações programáticas de saúde: ações e serviços de saúde voltados para grupos vulneráveis prioritários, tais como: Saúde da Criança – puericultura, crescimento e desenvolvimento; Saúde da Mulher – pré-natal; prevenção de câncer de mama e de útero; Saúde do Adulto – hipertensão e diabetes; controle e combate a tuberculose e hanseníase, dentre outros programas específicos.
- Construção de agenda conjunta,
- Compartilhamento e pactuações das atividades cotidianas,
- Reflexão e análise sobre os casos complexos ou de difícil solução,
- Construção de Projetos Terapêuticos Singulares – PTS: definido na Política Nacional de Humanização como um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário,
- Orientação das redes integrais de atenção à saúde.^{4, 22, 29, 36, 37 e 38}

3.10 - Processamento e análise dos dados:

A partir das informações dos questionários foi construído o banco de dados no programa estatístico de domínio público Epi Info 3.5.1. Foi verificada a distribuição de frequência (percentual) das respostas e para o cálculo do ranking médio foram utilizadas planilhas no Excel.

A verificação da concordância ou discordância das questões foi obtida por cálculo do Ranking Médio (RM), relacionado à frequência das respostas dos participantes da pesquisa, considerando valor menor que 03, discordante e, maior que

03, concordante. O valor 03 é considerado “indiferente” ou “sem opinião”, não foram computadas as respostas em branco.

O cálculo do Ranking Médio foi utilizado seguindo-se o método indicado para a análise da escala LIKERT³⁵.

As perguntas do questionário foram agrupadas de acordo com os objetivos específicos do estudo e para que se obtivesse o cálculo do RM: 17 (dezesete) questões foram agrupadas no sentido de determinar aspectos da organização e do processo de trabalho; 12 (doze) afirmações se referiram a aspectos relacionados com a retaguarda assistencial e 21 (vinte e um) assertivas referem-se ao suporte técnico-pedagógico para a educação permanente. Totalizando 50 questões.

Para a avaliação da consistência interna das respostas foi realizado o teste de alfa de Cronbach³⁴, onde o valor considerado como válido foi $> 0,70$.

3.11. Aspectos éticos:

O estudo foi desenvolvido seguindo as normatizações contidas na Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), sendo iniciada a coleta após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS) e após a anuência da Secretaria de Saúde do Recife / Diretoria Geral de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (DGGTES), da Prefeitura da Cidade do Recife.

IV. RESULTADOS

Artigo formatado segundo as normas da Revista Brasileira de Educação Médica

A OPINIÃO DE MÉDICOS E ENFERMEIROS DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE O APOIO MATRICIAL RECIFE-PE.

Autores: - *Geórgia Maria de Albuquerque*, Rua Marquês do Paraná, 65, apartamento 702, Espinheiro – Recife - PE, especialista em Saúde Pública e mestranda da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS) do Mestrado Profissional em Educação para o Ensino na Área da Saúde, FPS, georgialbuquerque@yahoo.com.br

- *Ana Rodrigues Falbo*, Líder do grupo de Estudos de Saúde da Criança do Departamento de Pesquisa do IMIP e Coordenadora de tutores da Faculdade Pernambucana de Saúde. Rua Confederação do Equador 46, apartamento 101. Graças – Recife – PE. IMIP, anarfalbo@gmail.com

Resumo:

A OPINIÃO DE MÉDICOS E ENFERMEIROS DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE O APOIO MATRICIAL EM RECIFE-PE.

Com a implantação de novo modelo de atenção e gestão da saúde - *Recife em Defesa da Vida*, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do Recife instituiu dispositivos voltados para melhoria da qualidade das práticas das Equipes de Saúde da Família (ESF), dentre eles, o Apoio Matricial (AM). O presente estudo visou conhecer a opinião dos médicos e enfermeiros das ESF, sobre AM em três dimensões: como suporte técnico-pedagógico para educação permanente, como retaguarda assistencial para formação de redes, e, como auxiliar ao processo de trabalho, entre agosto a outubro de 2013. Trata-se de um estudo de corte transversal realizado nos Distritos Sanitários, sendo elaborado e pré-validado questionário com repostas tipo Likert. Para cálculo amostral utilizou-se o número de ESF existentes. A amostra deu-se de forma aleatória e estratificada. Foram respondidos 121 questionários, analisado pelo tipo de resposta. Verificou-se concordância do grupo em relação à função *apoio matricial* como suporte técnico-pedagógico para educação permanente e retaguarda assistencial que ocorrem como processo de trabalho nas ESF. A avaliação da consistência interna das repostas foi realizada pelo alfa de Cronbach que apresentou valores por dimensão de 0,93 0,90, e 0,89 respectivamente.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde, Saúde da Família, Saúde Coletiva, Atenção Básica, Educação Permanente.

ABSTRACT:

The Department of Health (SMS) of Recife has implemented a model of health containing new devices. These new devices aim to improve the quality of work of the FHT's. The Matrix Support (MS) represents one of these devices. The study's objective was to know the opinion of the doctors and nurses of the FHT on MS in three functions. The first concerned the MS as a technical and pedagogical support for continuing healthcare education. The second, as an assistential support. The latter, as an auxiliary to the work process between August and October 2013. This is a cross-sectional study conducted in the Health Districts with a Likert response questionnaire which had been prepared and pre-validated. The current number of FHT's was the basis for the sample-size calculation. This calculation showed random and stratified results. 121 questionnaires were answered and analyzed by the type of answer given. The study verified the professionals' positive responses concerning the function of the MS. First, as a technical and pedagogical support for continuing healthcare education and, second, as an assistential support for a network formation that represent a work process in the FHT's. The evaluation of the response consistency was performed by Cronbach's alfa that showed values ranging from 0.93 0.90, and 0.89 respectively.

Key-words: Unified Health System, Family Health, Public Health, Primary Health Care and Education continuing.

Introdução

A presente pesquisa visou estudar o dispositivo Apoio Matricial implantado a partir do modelo de atenção e gestão da saúde, denominado Recife em Defesa da Vida (figura1), em 2009, na opinião de médicos e enfermeiros das Equipes de Saúde da Família (ESF), nos seis Distritos Sanitários (DS) em Recife, no período entre agosto e outubro de 2013.

A Atenção Básica de Saúde, no Sistema Único de Saúde (SUS), demanda intervenções amplas, que abarquem diversos aspectos para que promova efeito sobre a situação de saúde uma delimitada população, exigindo um conjunto de saberes e

práticas capazes de ampliar a resolubilidade integral de problemas complexos da saúde.^{1,2 e 3}

O AM, enquanto dispositivo, foi inicialmente utilizado pelas equipes de Saúde Mental e em seguida, na atenção básica como um espaço de aproximação entre a prestação de serviços básicos e os especializados, considerados de média complexidade. Posteriormente, com a implantação dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), o AM passou a integrar a própria equipe de trabalho da atenção básica, passando a ser ofertada nova forma de fazer saúde na Estratégia de Saúde da Família.^{3, 4, 5, 6, e 7}

Vários autores traduzem AM como um arranjo, uma instrumento/ferramenta de trabalho potente e capaz de auxiliar as práticas na saúde, especialmente na atenção básica. Pode ser entendido como promotor de educação permanente ou como um facilitador na construção de soluções para problemas complexos da saúde ou como mais uma tentativa de reduzir a fragmentação do processo de trabalho em saúde, ou ainda, como auxiliar para organização das redes assistenciais, ou mesmo como facilitador para ampliação da oferta de serviços especializados articulados com as ESF ou da atenção básica de saúde.^{7, 8, 9, e 10}

Assim, o estudo buscou conhecer a opinião dos médicos e enfermeiro das ESF em Recife/PE em relação às dimensões relacionados ao AM, sendo: como suporte técnico-pedagógico para educação permanente, como retaguarda assistencial para formação de rede e como auxiliar ao processo de trabalho das equipes, após a vivência do novo modelo de atenção e gestão na saúde, onde o dispositivo foi instituído, com a finalidade qualificar as ações de saúde na Atenção Básica.^{3 e 9}

MÉTODO:

Estudo observacional de tipo corte transversal. Foi realizado nos seis Distritos Sanitários (DS) nas Unidades de Saúde da Família (USF) de Recife, onde cada DS apresenta estrutura administrativa semelhante a da Secretaria Saúde, sendo a instância responsável pela execução das ações e serviços de saúde em determinados bairros da cidade. Cada DS é subdividido em três microrregiões (figura 2). Possuem equipes de gestores responsáveis pela saúde em suas áreas de atuação^{14 e 15}.

As USF apresentam uma ou mais equipe, de acordo com a quantidade de micro-áreas existentes na área de adstrição das ESF. Apresentam equipe multiprofissional formada por médico, enfermeiro, dentista, técnico em enfermagem, auxiliar de saúde bucal ou técnico em saúde bucal, agentes comunitários de saúde,

auxiliares administrativos e agentes de saúde ambiental e combate às endemias, podendo ou não dispor de equipe de saúde bucal^{3 e 14}.

A população do estudo foi formada por médicos(as) e enfermeiros(as) da Estratégia de Saúde da Família do quadro de servidores efetivos da Secretaria Municipal de Saúde - SMS do Recife em 2013.

O cálculo do tamanho da amostra foi realizado com base no número de ESF existentes, sendo 512 profissionais, considerando um percentual recusa em participar do estudo de aproximadamente 30,0%, com um poder de 80,0% e nível de significância de 5,0%, obtendo-se o número de 198. Acrescentou-se, ainda, 20,0% por prováveis perdas, obtendo-se o número final de 238 profissionais como amostra significativa para o estudo, sendo esta dividida em partes iguais para contemplar igual quantidade de médicos e enfermeiros. (tabela1)

A amostragem foi realizada de forma aleatória estratificada proporcional ao número de ESF utilizando tabela de números aleatórios. Foram listadas todas as USF por Distrito Sanitário separando-se os profissionais por cargo que apresentavam os critérios de inclusão no estudo e foram sorteadas as unidades até o alcance do número estimado para o tamanho amostral. Quando o sorteado recusava-se em participar foi considerado para a inclusão o profissional correspondente ao próximo número da tabela e após três tentativas de adesão foram contados como perdas.

O questionário foi elaborado com repostas tipo Likert com 05 níveis de opção - (1) concordo totalmente, (2) concordo parcialmente, (3) nem concordo, nem discordo, (4) discordo parcialmente, (5) discordo totalmente; construído a partir dos elementos contidos em cada uma das dimensões analisadas. Foi realizada a pré-validação do instrumento procedendo-se às seguintes etapas:

- A validação semântica ou Face (com juízes não treinados): foi elaborada uma versão preliminar do questionário e submetido a um grupo focal formado por quatro profissionais (duas médicas e duas enfermeiras) com igual perfil dos que foram alvo deste estudo, mas que não tomaram parte dele, relacionando o objetivo da pesquisa ao instrumento em desenvolvimento, apoiando a análise semântica quanto aos seguintes aspectos: inteligibilidade, temas abordados, clareza dos itens, organização das questões e dos termos utilizados e sequência das questões apresentadas^{12 e 16}. As propostas de mudanças foram incorporadas ao instrumento quando houve consenso entre os membros do grupo. Assim, neste estudo, o grupo focal foi utilizado para apoiar a construção do instrumento de coleta de dados na pesquisa – questionário de opinião – vez que não se

encontra disponível na literatura ferramenta sobre o tema Apoio Matricial, ou mesmo outro instrumento que viabilize análise do objeto¹⁶.

• A validação de conteúdo foi realizada com a participação de seis (cinco médicos e um enfermeiro) juízes treinados ou especialistas em saúde pública ou em Educação Permanente e Apoio Matricial e que integram o SUS para avaliarem, individualmente e de forma não presencial, a adequação do conteúdo do instrumento¹². As modificações sugeridas pelos profissionais foram incorporadas ao instrumento por consenso.

Para a construção do questionário foi utilizado o conceito de AM institucionalizado no SUS, que aponta duas dimensões, sendo incorporada uma terceira relativa ao processo de trabalho no contexto a Atenção Básica de Saúde no SUS, sendo: ^{3, 10 e 19}

1. O AM como suporte técnico-pedagógico para educação permanente, ampliando e qualificando as práticas da ESF, qualificando serviços e ações de forma compartilhada e deliberativa;
2. O AM enquanto retaguarda assistencial, ou seja, ampliando a resolução de casos complexos com a participação ativa dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família na elaboração de projetos terapêuticos singulares;
3. O matriciamento como apoio à organização do processo de trabalho das equipes da ESF, enfocando aspectos próprios do trabalho em equipe como a comunicação, co-responsabilidade, construção de agendas conjuntas, aspectos que facilitam a organização do trabalho no cotidiano das ESF.

Essas dimensões teóricas nortearam a análise dos resultados, mas na prática do serviço encontram-se imbricadas e indissociáveis.

O número de formulários por categoria profissional previamente estabelecido, de acordo com o DS, pode ser visto na figura 4.

A verificação da concordância ou discordância das questões foi obtida pelo cálculo do Ranking médio (RM), relacionado à frequência das respostas dos respondentes, considerando valor menor que 03, discordante e, maior que 03, concordante. O valor 03 é considerado “indiferente” ou “sem opinião”, não foram computadas as respostas em branco. O cálculo do Ranking Médio foi utilizado seguindo-se o método indicado para a análise da escala Likert¹³.

As perguntas do questionário foram agrupadas de acordo com os objetivos específicos do estudo e para que se obtivesse o cálculo do RM: 17 (dezessete) questões foram agrupadas no sentido de determinar aspectos da organização e do processo de trabalho; 12 (doze) afirmações se referiram a aspectos relacionados com

a retaguarda assistencial e 21 (vinte e um) assertivas referem-se ao suporte técnico pedagógico para a educação permanente. Totalizando 50 questões.

Após a coleta dos dados foi realizada a análise de consistência interna dos dados pelo teste de alfa de Cronbach, onde o valor considerado como válido foi > 0,70.^{11 e 12.}

O estudo foi desenvolvido seguindo as normatizações contidas na Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), sendo iniciada a coleta após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS), após a anuência da Secretaria de Saúde do Recife da Diretoria Geral de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (DGGTES), da Prefeitura da Cidade do Recife, com parecer de aprovação sob o nº 278.940, em 16 de maio de 2013.

RESULTADOS

Em 2013, a rede de saúde encontrava-se com 256 (duzentas e cinquenta e seis) Equipes de Saúde da Família, mas nem todas se apresentavam com o quadro de médicos ou enfermeiros em exercício ou encontravam-se presencialmente no momento da coleta dos dados.

O DS de maior adesão foi o III, com 80,9% de retorno dos questionários que se pretendia coletar e o DS V apresentou a menor adesão, devido da ausência de profissionais nas USF (27,5% do pretendido). Dos 238 profissionais previstos para a inclusão no estudo: 27 se recusaram em participar do estudo (11,3%), 67 não foram encontrados na USF no momento da coleta (28,2%) e 28 não devolveram os questionários respondidos (9,7%). Participaram do estudo 121 (cento e vinte e um) profissionais (50,8% do pretendido). O fluxograma de coleta dos questionários encontra-se apresentado na Figura 4.

A idade dos participantes variou de 24 anos a 65 anos com mediana de 43 anos (intervalo interquartil 36 a 53 anos), sendo na maioria do sexo feminino (87,6%), casados (64,5%) e enfermeiros (60,3%). Houve a adesão de 39,7% de profissionais médicos.

Observou-se, no perfil dos respondentes, que a maioria possuía pós-graduação (93,4%), especificamente em Saúde da Família e Comunidade (85,0%), ou apresentavam especialização em outras áreas da saúde (33,0%), sendo a residência em Saúde da Família a menos frequente (6,6%).

Quanto ao tempo de serviço, a maioria declarou ter acima de 10 anos de atuação em sua área de formação e entre cinco a 15 anos de atuação na Estratégia de Saúde da Família (60,0% e 61,0%, respectivamente).

A opinião dos profissionais da ESF sobre o AM, considerando a dimensão do suporte técnico-pedagógico para educação permanente, foi concordante em relação: ao manejo clínico de casos individuais e de situações em Saúde Coletiva (RM geral 4,2 ambos), na melhoria da capacidade de cogestão e gestão da clínica (RM 3,7), na ampliação dos gradientes de autonomia e autocuidado (RM 4,2), na possibilidade de contrato entre equipes de saúde e destas com seus usuários (RM 4,0); nas práticas clínicas tradicionais prescritivas, na medicalização excessiva e redução das possibilidades de danos no processo de cuidado (RM 3,4, 3,6 e 4,3 respectivamente), na identificação de novos casos e das situações problemas (RM 4,4); na definição e/ou encaminhamento de casos (RM 3,9), na ampliação do cuidado pela ESF (RM 3,8) e na análise da intervenção no cotidiano do trabalho (RM 4,6); na promoção de encontros de AM pela equipe NASF e na discussão sobre casos clínico-institucionais e de Saúde Coletiva (RM 3,3 e 3,7 respectivamente); na promoção de AM realizado por todos os profissionais da rede de atenção à saúde, podendo acontecer dentro da mesma USF ou entre Unidades de Saúde diferentes, ou mesmo, em reunião técnica-administrativa (RM 3,9, 4,3, e 4,4 respectivamente); na maior capacidade de auto-avaliação da equipe e em lidar com temas relativos ao afeto e poder (RM 4,2 e 4,6 respectivamente); e, na promoção da interdisciplinaridade/transdisciplinaridade e como momentos de educação permanente (RM 3,9 e 4,3 respectivamente) (Quadro 01)

A opinião dos profissionais da ESF sobre o AM, considerando a dimensão da retaguarda assistencial na Atenção Básica de saúde, se revelou concordante nos aspectos relativos: a ser realizado prioritariamente pela Equipe do NASF e dos profissionais do NASF serem parte da ESF (RM geral 3,8 e 3,7 respectivamente), da EFS demandar apoio para equipe NASF ou para os demais serviços da rede assistencial (RM geral 4,3 ambos), para formação de redes de cuidado singulares e ampliando a capacidade em resolver problemas de saúde (clínica ampliada), observando o tempo terapêutico do usuário (RM geral 4,3, 4,4, e 4,0 respectivamente), no apoio ao trabalho em situações individuais e com temas da Saúde Coletiva (RM 4,5 e 4,5 respectivamente), na atenção integral à saúde dos usuários e no acesso aos serviços da média complexidade (RM geral 4,4 e 3,8 respectivamente) (Quadro 02)

A opinião dos profissionais da ESF sobre o AM, considerando a dimensão da organização do processo de trabalho, se mostrou concordante com todas as questões colocadas em relação: ao seu papel na execução e modificação das atividades cotidianas (RM geral 4,6 e 4,1 respectivamente), como auxiliar na organização e na modificação efetiva do processo de trabalho (RM geral 4,3 e 4,5 respectivamente), na análise sobre a condução de casos de difícil solução (RM 3,9), na melhoria da comunicação, das atitudes colaborativas e do trabalho em equipe (RM geral 4,2, 4,3 e 4,2 respectivamente), na corresponsabilização pelo cuidado com os usuários e na articulação intersetorial em rede (RM geral 4,4 e 4,3 respectivamente), no auxílio ao planejamento das ações e serviços e em ter o modelo de gestão como facilitador do AM (RM geral 4,2 e 3,7 respectivamente), na periodicidade regular dos encontros de AM e das idas regulares dos apoiadores às USF (RM geral 4,8 e 4,4 respectivamente), no atendimento conjunto, nas visitas domiciliares compartilhadas e no acompanhamento autônomo dos apoiadores (RM geral de 4,5, 4,2 e 3,7, respectivamente). (Quadro 03)

Observou-se pelo Ranking Médio geral concordância na opinião dos profissionais, porém o Ranking Médio por DS mostrou discordâncias e pontos neutros. Na dimensão relativa a suporte técnico-pedagógico, no DS I, registrou-se discordância quanto ao AM favorecer práticas clínicas tradicionais prescritivas (RM 2,7), no DS VI quanto o NASF sempre promover encontros de AM (RM 2,4) e de promover discussão de situações clínico-institucionais e de Saúde Coletiva (RM 2,8). No DS V observou-se neutralidade na opinião quanto a todos os profissionais da rede de atenção à saúde poderem promover encontros de AM (RM 3,0). Na dimensão relacionada à retaguarda assistencial, registrou-se discordância no DS I quanto ao NASF fazer parte da ESF (RM 2,7) e no DS V, ponto neutro, quanto a busca por AM na identificação de casos complexos ou de difícil solução no cotidiano (RM 3,0). Esses dados podem ser vistos nos Quadros 1, 2, e 3.

Considerando o percentual de respostas com maior concordância, ou seja, maior frequência de “*concordo totalmente*”, identificou-se àquelas cujo percentual ficou igual ou acima de 50,0%, por dimensão de análise.

Quanto à dimensão referente a suporte técnico-pedagógico para educação permanente, as questões com percentual de concordância igual ou acima de 50% foram às relativas ao AM: auxiliar a redução de danos no processo de cuidado à saúde (53,3%), ampliar o cuidado pela ESF(67,5%), a identificar novos casos ou situações

problemas (58,3%), ampliar a capacidade de análise e intervenção da equipe no cotidiano do trabalho(50,0%), aos profissionais da rede de atenção à saúde promoverem encontros de AM(57,5%), ao AM acontecer dentro da mesma USF ou entre unidades diferentes (70,0%), em promover interdisciplinaridade/transdisciplinaridade(56,8%) e na identificação AM como momentos de educação permanente (58,0%). (Gráfico 1)

Na dimensão relativa à retaguarda assistencial as questões que apresentaram maior percentual de respostas *concordantes totalmente* foram: o AM facilitar a formação de redes de cuidado na ABS (60,8%), ampliar a capacidade em resolver problemas de saúde na ABS (60,0%), favorecer a atenção integral à saúde dos usuários (55,0%), considerando a singularidade no cuidado (61,9%), demandar para equipe NASF quando identificado casos complexos ou de difícil solução no cotidiano (62,8%), e aos demais serviços da rede de saúde (61,2%), o apoio trabalhar situações individuais dos usuários (61,7%), e temas da Saúde Coletiva (59,2%). (Gráfico 2)

Na dimensão referente ao AM e o processo de trabalho, as questões com maior percentagem de concordância foram as relativas: a importância do AM nas atividades cotidianas na ESF (71,7%), na organização do processo de trabalho (52,5%), na reflexão e a análise sobre o que fazer em casos de difícil solução na ESF (65,0%), na corresponsabilização pelo cuidado com os usuários (52,9%), na articulação intersetorial e no trabalho em rede (50,4%), sobre a necessidade de ter periodicidade regular dos encontros (81,7%), na presença regular dos profissionais do apoio matricial na USF (66,7%), nos profissionais que realizam apoio matricial atender junto com o profissional da ESF (63,3%), e realizarem visita domiciliar com a ESF (53,3%).

Para a avaliação da consistência interna das respostas foi realizado o teste de alfa de Cronbach para cada dimensão de análise, cujos resultados foram: na primeira dimensão – Suporte Técnico-Pedagógico para educação permanente 0,93, na segunda dimensão – Retaguarda Assistencial 0,89 e na terceira dimensão Processo de trabalho 0,90.

DISCUSSÃO:

Observou-se um predomínio de respostas concordantes com os aspectos propostos nas três dimensões de análise do estudo, entretanto, vale ressaltar que o instrumento se referiu apenas aos pressupostos teóricos que fundamentam o Apoio

Matricial, podendo a experiência e a qualificação dos respondentes ter proporcionado a compreensão sobre as dimensões e aspectos listados no questionário, sendo a base para o seu posicionamento.

O perfil dos respondentes aponta para uma formação qualificada no SUS, em especial na Atenção Básica de Saúde (ABS), com compreensão expressiva sobre as dimensões e os aspectos, mesmo com um quadro de profissionais jovem atuando na atenção básica, compatível com o tempo de experiência na Estratégia de Saúde da Família.

A dimensão de suporte técnico-pedagógico para educação permanente, entendida como ações educativas, embasadas na problematização de casos e no próprio processo de trabalho em saúde, tem como objetivo central a transformação/ampliação das práticas e sua organização, utilizando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações nos territórios, a reorganização da gestão e a ampliação do vínculo com o usuário, para o exercício do controle social.^{3, 6,7 e 8}

Ficou entendido que o matriciamento viabiliza o compartilhamento, a troca de conhecimentos nucleares, advindo da formação especializada, somado ao saber do campo da saúde, que advêm das vivências e das práticas. O AM dar-se quando há o *encontro* desses saberes, capazes de gerar intervenções de saúde mais qualificadas, resolutivas, adequadas para cada caso, com o mínimo de danos. Quando se fala em dano, refere-se ao uso excessivo de medicamentos, a clínica restrita a queixa do usuário, a prescrição de exames desnecessários para confirmação de diagnóstico, falta de espaços de fala com o usuário em sofrimento.^{3, 7, 9, 15 e 18.}

O conhecimento específico que nasce desse *encontro matricial* precisa ser de fácil apropriação por todos os membros da ESF e assim, promover à formação de novas competências na saúde.^{18 e 19}

Atualmente, os processos educativos necessitam ser amplos e problematizadores, visando o desenvolvimento de conhecimentos de caráter geral, indo além da aquisição formal acadêmica, construindo saberes a partir das experiências vivenciados nos ambientes do trabalho, da escola e da vida.^{18, 20 e 21}

Em todo espaço institucional encontra-se em jogo poder, saber e afetos¹⁹. Esses elementos, inerentes da condição humana, circulam entre os trabalhadores das ESF, fazendo ou desfazendo vínculos, agregando ou desagregando equipes, definindo líderes e processos de trabalho, organizando e desorganizando vidas; elementos que aparecem com inúmeros nomes, mas trazendo Merhy (2003), do “*campo relacional das tecnologias leves*”²³. É preciso trazer tais tema para discussão e

o apoio matricial pode auxiliar e promover a construção de espaços para circulação desses elementos relacionais, como foi constatado pelos respondentes.^{9 e 19}

O saber construído nos momentos do apoio matricial precisa operar e gerar deliberações, ter sentido para a ESF no processo terapêutico de problema complexos da saúde, necessita de espaços permanentes de discussão e redirecionamentos de casos, de pactuações e repactuações incluindo o usuário, não apenas os especialistas apoiadores e as equipes de referência para ser efetivo o fazer saúde efetivamente.¹⁸

e19

Nessa dimensão de análise do AM como suporte técnico-pedagógico as ESF, foram observadas discordâncias de opiniões entre os DS. No DS I houve opinião discordante em relação ao AM como favorecedor de práticas clínicas prescritivas (RM 2,7), sendo o único DS com opinião coerente entre os demais, já que se trata de práticas não desejáveis. Essas práticas são aquelas que tomam por base o diagnóstico, o uso de fórmulas estruturadas para solução casos, é a saúde pela ausência da doença. A função apoio deve favorecer o inverso, favorecer práticas integrais e resolúvas na saúde.

Houve, também, discordâncias no DS VI em relação à questão do NASF sempre promover encontros de apoio matricial (RM 2,4), posição que pode ter sido decorrente do uso da palavra “sempre”, pela força implícita do termo.

Outra discordância foi sobre o NASF promover discussão sobre situações clínico-institucionais e de Saúde Coletiva (RM 2,8). As situações advindas do tema *clínico-institucional* são aquelas referentes às questões como: o manejo clínico de acordo com as regras institucionais formalizadas pelo modelo de gestão; as práticas da clínica, como: lista de exames e medicações que cabem a atenção básica de saúde, forma de acesso as redes de urgência e emergência, demanda à rede de serviços de média complexidade, dentre outras situações relativas ao modelo de gestão da saúde. Temas da saúde coletiva referem-se ao perfil de morbimortalidade, doenças endêmicas e epidêmicas, eventos traçadores, dentre tantos outros. Ter empregado no questionário o termo “clínico-institucional” possivelmente não tenha ficado claro para os respondentes o que se pretendia investigar, pela junção desses termos e suas implicações.

No DS V registrou-se neutralidade na opinião relativa à possibilidade de todos os profissionais da rede de atenção à saúde promoverem encontros de apoio matricial (RM 3,0). Se a função apoio exige a construção de saberes, do encontro entre experiências, de troca de vivências, qualquer profissional da saúde pode ser apoio. O entendimento de que para ser *apoio* é preciso ter um saber especializado, científico,

restringe a potência da função. A posição neutra pode revelar falta de compreensão sobre a função *apoio*.

Para existir Apoio Matricial de fato esses momentos/encontros devem gerar encaminhamentos, definições do como conduzir o caso, projetos terapêuticos singulares, aspecto que foram concordantes pelos respondentes do presente estudo. Assim, para compreender realmente a função *apoio* no SUS é imprescindível entender a clínica ampliada e compartilhada, os espaços de discussão para encontros deliberativos de casos complexos. É preciso refletir sobre as práticas cotidianas da saúde, para além do saber técnico-científico, construindo competências capazes de solucionar de forma adequada às necessidades de saúde, inventando e reinventando novas e criativas soluções para cada usuário e para as inúmeras situações problema.
8, 9 e 19

A opinião dos participantes em relação ao AM como retaguarda assistencial, demonstrou concordância em todas as afirmativas, com maior concordância na questão de demandar para a equipe do NASF na identificação de problemas complexos ou de difícil solução no cotidiano da ESF. O NASF certamente irá, prioritariamente, prestar apoio às ESF, mas não significa que é a única forma possível de se buscar solução para problemas complexos, vez que o apoio dependerá da singularidade e da complexidade de cada situação, alternativas que viabilizará a construção de Projetos Terapêuticos Singulares individuais ou coletivos.^{3, 9 e 19} Ambos os profissionais da ESF concordaram que o AM auxilia na discussão de temas que envolvem a atenção singular ao usuário, facilitando a percepção do usuário como sujeito integral, pertencente a um território e facilitando seu acesso rede assistencial de média complexidade.^{8, 9 e 10}

Ainda em relação à dimensão do AM como retaguarda assistencial, observou-se discordância no DS I na questão relativa ao NASF *ser parte* da ESF (RM 2,7). De fato, a equipe NASF, como proposta pelo Ministério da Saúde, não se constitui como serviço ou como unidades físicas independentes ou espaciais, como são os centro especializados, não são de livre acesso para atendimento individual ou coletivo, sendo parte da *atenção básica* com a função de *apoio*, que articula os demais serviços da rede assistencial, integrando a ESF aos demais serviços existentes na rede de saúde, ampliando, assim, as possibilidades de atenção integral aos usuários do SUS. A equipe NASF integra-se e apoia à de Saúde da Família, mas não faz parte dela como um membro.^{2, 3, 9 e 15}

No DS V foi registrado um posicionamento neutro do grupo de participantes com relação à busca por apoio matricial em casos complexos ou de difícil solução no

cotidiano observando o tempo terapêutico do usuário (RM 3,0). A decisão de buscar apoio é, sempre, da equipe de referência (ESF), mesmo com a influência de inúmeros fatores dificultando ou interferindo no processo de cuidado da saúde do usuário, pois, como preconizado pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), é a ESF a ordenadora desse cuidado. O respeito ao tempo terapêutico do usuário traz elementos da singularidade, do tempo de respostas às intervenções sugeridas^{3 e 11}. A assertiva, na sua construção, pode não ter ficado suficientemente clara, por aglomerar tantos conceitos teóricos em uma só questão, motivo que pode ter levado a opinião neutra pelo DS V.

Houve concordância, na opinião de médicos e enfermeiros da ESF, que o dispositivo apoio matricial favorece e auxilia no processo de trabalho na estratégia de saúde da Família, observada de forma mais homogênea considerando o conjunto dos DS e sobre os vários aspectos abordados no questionário.

A complexidade do processo de trabalho em equipe, que envolve profissões diferentes, gera manejos, práticas, saberes e condutas diversas, o que faz da ferramenta apoio matricial uma possibilidade para que sejam postas em análise as práticas de saúde na atenção básica. Pode-se, assim, ampliar a clínica utilizando-se novos saberes, para além da formação profissional, melhorando a escuta aos usuários e favorecendo a existência a criação de novos manejos clínico-institucional terapêutico.^{8 e 9}

O trabalho em equipe multiprofissional como na Unidade de Saúde da Família envolve elementos necessários para convivência – comunicação, colaboração, acordos, espaços para trocas de vivências e saberes. Em relação a esses aspectos apresentados no questionário houve concordância dos profissionais de que os encontros regulares de apoio matricial podem facilitar a construção desses elementos para atuação em equipe de saúde. Assim, na opinião dos respondentes, foi apontada a necessidade do “apoio” acontecer de forma regular, tornando-se uma ferramenta a ser incorporada ao cotidiano do processo de trabalho das equipes.

A concordância quanto aos apoiadores matriciais acompanharem alguns usuários de forma autônoma ou individualizada, reflete a preocupação na ESF pelas equipes do NASF não prestarem assistência de forma direta e isolada, revelando o reconhecimento de seu papel como equipe de referência na ABS.^{3, 8 e 9}

Esse é o desafio da ABS no SUS, como ser a ordenadora do cuidado, fazendo emergir novas tecnologias, que incluam ações de promoção e proteção da saúde, prevenção de doenças e agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde, no âmbito individual e coletivo,

objetivando o desenvolvimento de uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e das coletividades.

Considerações Finais:

A opinião concordante dos médicos e enfermeiros da família sobre os pressupostos teóricos do Apoio Matricial, utilizados no estudo, aponta para a necessidade de serem ofertados outros instrumentos/ferramentas que auxiliem os profissionais da atenção básica de saúde a executarem suas atividades instituídas.

A pesquisa não trouxe o pensamento de todos os demais membros da Equipe de Saúde da Família, pois centrou-se, apenas, na opinião dos médicos e enfermeiros. Entretanto, sabe-se que, na prática, essas duas categorias profissionais parecem influenciar fortemente as decisões e a forma como são organizados os processos de trabalho nas EFS.

A concordância do grupo do AM como suporte técnico-pedagógico para educação permanente na ESF, esta pode ser entendida como uma ferramenta potente na atenção básica, por auxiliar na construção de novas atitudes e competências, ou para superação da visão descontextualizada e fragmentada do ensino formal. Entretanto, precisaria ser mais profundamente estudada a sua dimensão de suporte técnico-pedagógico, uma vez que as trocas de saberes por vezes acontecem como suporte técnico-científico, não ficando estabelecida como técnicas pedagógicas farão parte do processo de AM.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde é uma proposta de ação estratégica para contribuir na transformação e qualificação da atenção, da organização das ações e serviços, dos processos formativos, das práticas de saúde e das práticas pedagógicas. Implica em trabalho articulado entre o sistema de saúde e as instituições de ensino.

Embora tenha havido concordância dos profissionais quanto à função do apoio como retaguarda assistencial às ESF, trata-se de uma estratégia que contribui para atenção integral ao usuário, mas por si só não promove essa atenção. O SUS opera em uma rede complexa que passa da assistência à atenção e cuidados integrais, oferece serviços que necessitam de tecnologias diversas. As Redes de Atenção Integrais de Saúde podem ser favorecidas pelo apoio, mas independem da existência do matriciamento. O AM e a equipe NASF, de forma isolada não podem dar conta da ampliação da rede assistencial e nem garantir o acesso aos cuidados integrais, pois a construção de Redes de Atenção Integrais à Saúde (RAS) envolve complexos regulatórios potentes e articulados capazes de operar conforme as necessidades

locais das pessoas^{3, 5,8 e 9}. Só com mudanças estruturais no processo de trabalho em saúde, na forma e modos que se constroem as práticas da saúde é que se pode pensar em RAS.^{2 e 4}

As redes de referência e contra-referência não articulam os serviços de saúde como deveria por inúmeros motivos, mas especialmente pela falta de definição do “como acontecer”. Na realidade, a maioria dos serviços no SUS, a rede se dá por meio de encaminhamentos em documentos formais ou protocolares, contendo dados de identificação do usuário e para qual especialidade profissional o usuário está sendo encaminhado, ou por meio de sistemas informatizados de regulação de consultas e exames e, às vezes, por exigência administrativa, é colocado o motivo do encaminhamento.^{2, 3, 7 e 20} De fato, itinerários terapêuticos não são suficientes para construção de redes, bem como, protocolos clínicos ou instrumentos formais de controles. As redes de cuidado precisam ser construídas de forma dialogada e solidária para que exista atenção integral e em redes como preconizado no SUS e o Apoio matricial pode ser inserido como um elemento facilitador desse processo de sua construção.^{2, 3, 15 e 19}

Discutir o papel das equipes NASF no apoio matricial em relação à de Saúde da Família é fundamental, pois a ESF como referência, é a responsável direta pela gestão do cuidado, podendo, sempre que achar necessário, acionar o apoio do NASF ou de outras equipes como retaguarda.^{3, 8, 9 e 19}

Na equipe NASF pode ser incluído profissional sanitaria, mesmo que não faça parte exclusivamente dessa equipe, como uma estratégia de reforço às ações de apoio institucional, incluindo discussões e análises sobre temas, como: riscos coletivos e vulnerabilidades, informações e indicadores da saúde, eventos-sentinela, casos traçadores, suporte à organização do processo de trabalho (acolhimento, cuidado continuado/programado, ações coletivas, gestão das agendas, dentre outros). Ampliando a capacidade da ESF de solucionar problemas complexos da saúde.^{3, 6, e 9}

A inclusão do apoio matricial nas ESF precisa ser vista como uma possibilidade para ampliar e modificar o *modus operandi* na ABS, como um arranjo capaz de facilitar o cogerenciamento do trabalho em equipe e a corresponsabilização na Estratégia de Saúde da Família.¹⁹

O suporte técnico-pedagógico para educação permanente e a retaguarda assistencial para formação de rede na atenção básica, dimensões utilizadas nesse estudo, são parte da função *apoio* e ocorrem como processos de trabalhos nas ESF, portanto são conceitos sinérgicos e indissociáveis. Tal fato pode ter influenciado a

concordância homogênea observada na dimensão do AM na organização do processo de trabalho na ESF.

Por fim, o AM na atenção básica no SUS colabora para efetivação do proposto na PNAB, onde a ESF é a responsável pelas ações de promoção e proteção da saúde, prevenção de doenças e agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde, no âmbito individual e coletivo, voltados para uma atenção integral e resolutiva.

O apoio matricial, objeto central dessa pesquisa, necessita de maiores discussões e aprofundamentos.

Referências Bibliográficas:

1. Matta GC, Morosini MVG. Atenção Primária à Saúde. Dicionário da educação profissional em saúde/Organizado pela Escola Politécnica em Saúde Joaquim Venâncio e Estação de Trabalho Observatório de Técnicos em Saúde. 2006. Rio de Janeiro: EPSJV.
2. Lavras C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. *Saúde Soc*, 2011; 20(4), 867-874.
3. Brasil. Ministério da Saúde. 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 União. Poder executivo. Brasília-DF, de 24 de outubro de 2011. Seção 1, p.48-55.*
4. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil. 20 set 1990; Seção I, Pt. 1, p. 18055-59.*
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde na escola / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 160 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos de Atenção Básica: n. 27), 2009.*
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº154, de 04 de março de 2008. Cria Núcleos de Apoio a Saúde da Família – NASF. *Diário Oficial da União nº 43, Brasília-DF, de 04 de março de 2008, Seção 1, fls. 38 a 42.*

7. Campos, GWS – A Reforma da Reforma: Repensando a Saúde. Tese para obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva da Universidade Campinas da Faculdade de Ciências Médicas, Departamento de Medicina Preventiva e Social, Dezembro de 1991.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica - Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Brasília, Ministério da Saúde 2010. 152p.
9. Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(2):399-407, fev, 2007.
10. Hulley SB, Cummings SR, Browner W. et al. Delineando a Pesquisa Clínica – Uma Abordagem Epidemiológica, 2ª Ed. Porto Alegre; Artmed, 2003.
11. Hammod S, Fife-Schaw C, Smith J et al. Métodos de Pesquisa em Psicologia, Editora Penso, 3ª edição, 2010.
12. Dyniewicz AM. Metodologia da pesquisa em saúde para iniciantes. 2. ed. São Caetano do Sul, SP: Difusão Editora, 2009.
13. Secretaria Municipal de Saúde do Recife. Plano Municipal de Saúde de Recife, 2009 – 2013.
14. Coelho BP. Gestão e subjetividade: a dupla tarefa da produção de saúde e da produção de sujeitos no Sistema Único de Saúde – SUS. Departamento de Saúde Coletiva. Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães. Fundação Oswaldo Cruz. Recife, PE.<http://www.ces.uc.pt/e-cadernos/media/documentos/ecadernos2/Bernardete%20Perez%20Coelho.pdf>.
15. Ressel LB, Beck CLC, Gualda DMR. et al. Grupo Focal em Pesquisas Qualitativas. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2008 Out-Dez; 17(4): 779-86. 2008.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. 2ª. ed. – Brasília: 2008. 60 p.: Série B.Textos Básicos de Saúde) Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_equipe_referencia_2ed_2008.pdf .
17. Campos GWS, Cunha GT - Método Paidéia para co-gestão de coletivos organizados Para o trabalho. ORG & DEMO, Marília, v.11, n.1, p. 31-46, jan./jun., 2010.

18. Silva JPL, Tavares CMM. Educação permanente de profissionais de saúde mental: competências para o trabalho interdisciplinar. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 290-301, set./dez. 2003.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde. 2.ed. 2. reimpr. Brasília/Ministério da Saúde, 44p. 2013.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília-DF. Diário Oficial da União v;141, n 32, 2004. Seção 1 p.37-41.
22. Merhy EE, Fanco TB Por uma Composição Técnica do Trabalho em Saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para os modelos tecnoassistenciais. *Saúde em Debate*, 2003. Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 316-323, set./dez. 2003.

V – CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Apoio Matricial, objeto central dessa pesquisa, necessita de maiores discussões e fundamentos. Os pressupostos teóricos sobre o AM, utilizados e analisados no estudo, na opinião de médicos e enfermeiros da família aponta para concordância quanto à necessidade de serem ofertados outros instrumentos/ferramentas que auxiliemos profissionais da atenção básica de saúde a cumprirem o seu papel institucional.

O apoio matricial, como retaguarda assistencial às ESF, embora tenha havido concordância dos profissionais, trata-se de uma estratégia que pode contribuir para atenção integral, mas, por si só, não promove essa atenção. O SUS opera com uma rede complexa, que passa pela assistência à atenção e cuidados integrais, oferece serviços que necessitam de tecnologias pesadas. As Redes de Atenção Integrais de Saúde podem ser favorecidas pelo apoio, mas independem da existência do matriciamento.

O suporte técnico-pedagógico para educação permanente e a retaguarda assistencial para formação de rede na atenção básica, dimensões utilizadas nesse estudo, fazem parte da função *Apoio* e ocorrem como processos de trabalhos nas ESF, portanto são conceitos sinérgicos e indissociáveis no âmbito dos serviços. Tal fato pode ter influenciado a concordância homogênea observada na primeira dimensão que aborda o apoio matricial na organização do processo de trabalho na ESF.

Outra questão relevante tratada no estudo diz respeito à singularidade no cuidado que não é só uma questão da retaguarda assistencial, mas de uma visão mais ampliada da clínica, da efetiva corresponsabilidade da rede, o que também não deixa de ser uma questão de suporte pedagógico.

Houve concordância nos demais questionamentos do estudo, mas ressalta-se a importância da dimensão do apoio matricial como suporte técnico-pedagógico para educação permanente na ESF. Esta pode ser uma ferramenta potente na atenção básica, por auxiliar na formalização de uma pedagogia das competências, que aponta para superação da visão descontextualizada e disciplinar do ensino com base na transmissão de conhecimentos específicos.

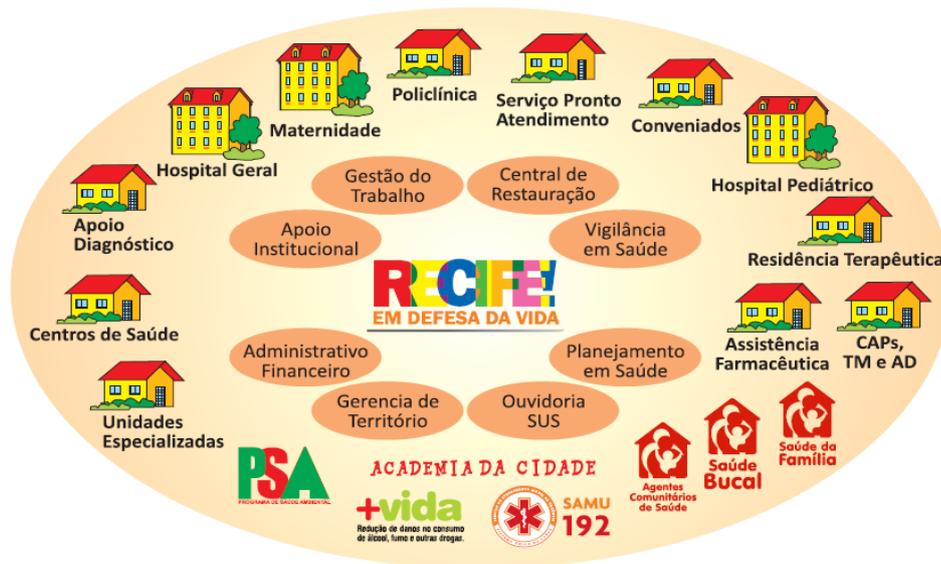
Por fim, o AM na atenção básica no SUS colabora para efetivação do proposto na PNAB, onde a ESF é a responsável pelas ações de promoção e proteção da saúde, prevenção de doenças e agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde, no âmbito individual e coletivo, voltados para uma atenção integral e resolutiva.

*“Ninguém ignora tudo. Ninguém sabe tudo. Todos nós sabemos alguma coisa. Todos nós ignoramos alguma coisa. Por isso aprendemos sempre.”***Paulo Freire.**

VI – FIGURAS, TABELA, QUADROS E GRÁFICOS

Figura 1 – Representação do Modelo *Recife em Defesa da Vida* - 2009

Desenho esquemático do Modelo de Atenção à Saúde da Cidade do Recife.



Fonte: Secretaria de Saúde do Recife, 2009

Figura 2 – Divisão dos DS e suas Microrregiões em Recife/PE.

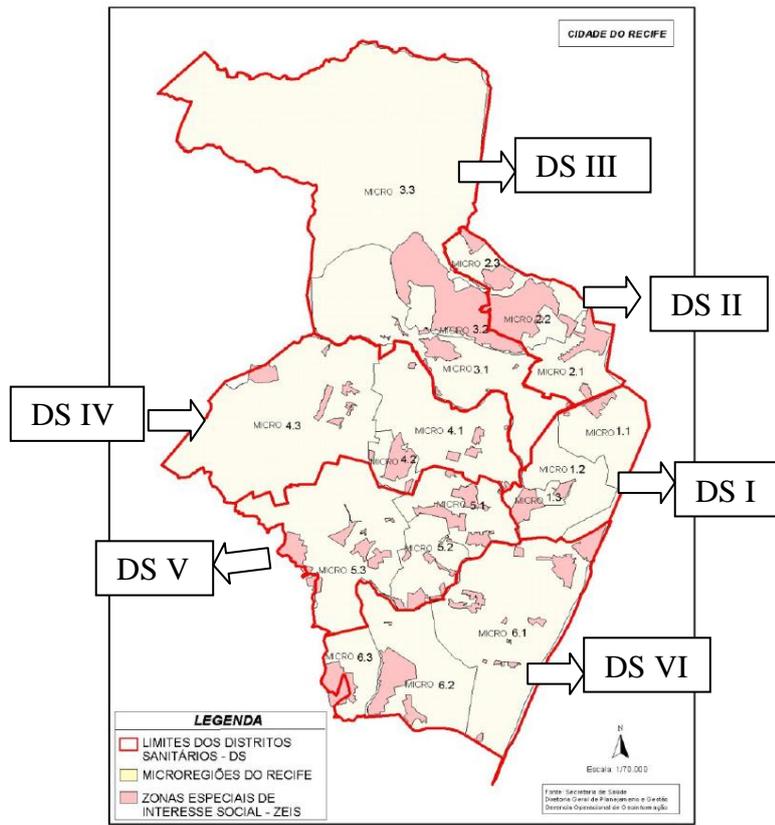


Figura 03 – Fluxograma de captação dos sujeitos e coleta de dados



Figura 4: Fluxograma de coleta dos questionários.

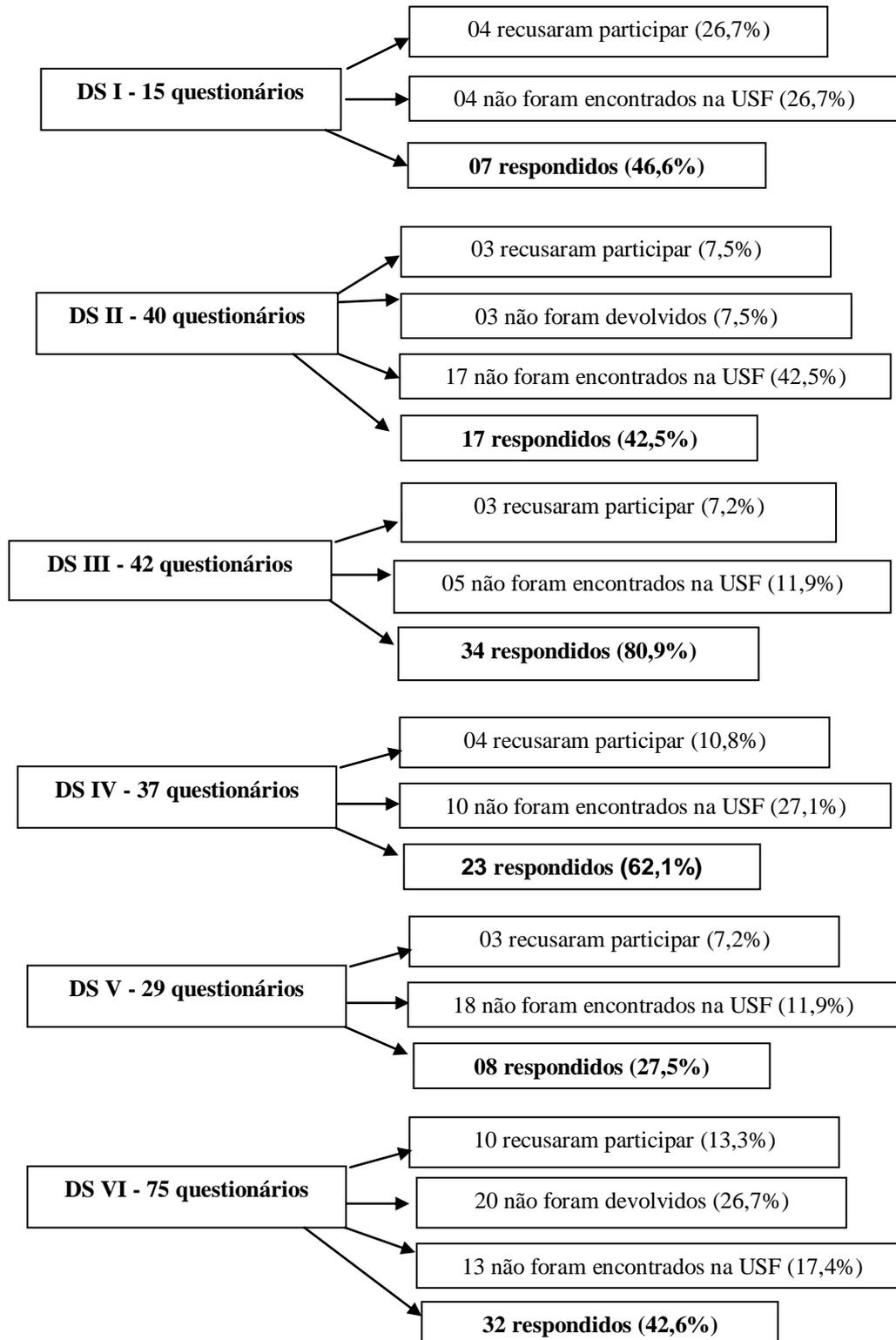


Tabela – Quantidade de questionários por número de ESF, DS e Cargos.

Distritos Sanitários (DS)	Números de Equipes de saúde da Família (ESF)	Número da amostra por DS	Médico	Enfermeiro
I	16	15	8	7
II	43	40	20	20
III	45	42	21	21
IV	40	37	18	19
V	31	29	14	15
VI	81	75	38	37
TOTAL	256	238	119	119

Quadro 01 – Ranking médio geral e por DS das respostas na dimensão do apoio matricial como suporte técnico pedagógico para a educação permanente.

Questões	Ranking médio (RM) Geral e por Distrito Sanitário – DS						
	Geral	I	II	III	IV	V	VI
3.1) O AM favorece o manejo clínico de casos pela equipe da Estratégia de Saúde da Família.	4,2	4,0	4,8	4,4	3,8	4,3	4,1
3.2) O apoio matricial favorece o manejo de situações em Saúde Coletiva.	4,2	4,4	4,8	4,5	3,9	4,0	3,8
3.3) O apoio matricial amplia a possibilidade de contrato entre equipes de saúde e destas com seus usuários.	4,0	3,4	4,8	4,5	3,6	3,3	3,7
3.4) O apoio matricial diminui a possibilidade de danos no processo de cuidado à saúde.	4,3	4,0	4,6	4,5	4,0	3,9	4,0
3.5) O apoio matricial favorece a ampliação nos gradientes de autonomia e autocuidado.	4,2	3,7	3,6	4,6	3,9	4,1	3,9
3.6) O apoio matricial favorece práticas clínicas tradicionais prescritivas.	3,4	2,7	4,3	3,4	3,1	3,6	3,5
3.7) O apoio matricial evita a medicalização excessiva.	3,6	3,3	3,7	3,7	3,4	3,1	3,6
3.8) O NASF sempre promove encontros	3,3	4,0	4,1	3,4	3,7	4,1	2,4

de apoio matricial.							
3.9) O NASF discute situações clínico-institucionais e de Saúde Coletiva.	3,7	4,4	4,5	3,9	3,7	4,3	2,8
3.10) Todos os profissionais da rede de atenção à saúde podem promover encontros de apoio matricial.	3,9	3,1	4,5	4,4	3,7	3,0	3,8
3.11) Pode acontecer apoio matricial dentro da mesma USF ou entre Unidades diferentes.	4,3	3,9	3,9	4,6	4,1	3,6	4,1
3.12) O apoio matricial promove a ampliação do cuidado pela equipe da Estratégia de Saúde da Família.	3,8	3,4	4,4	4,2	3,6	3,3	3,7
3.13) Os encontros de apoio matricial geram sempre definição e/ou encaminhamento de casos.	3,9	3,3	4,6	4,3	3,5	4,3	3,6
3.14) O apoio matricial pode ser realizado em reunião técnica ou administrativa da ESF.	4,4	4,3	4,7	4,6	4,2	4,5	4,1
3.15) Os encontros de apoio matricial facilitam a identificação de novos casos ou situações problemas	4,4	4,0	4,6	4,8	3,9	4,3	4,3
3.16) O apoio matricial promove maior capacidade de auto-avaliação da equipe.	4,2	4,1	4,6	4,5	4,1	4,8	3,6
3.17) O apoio matricial amplia a capacidade de análise e intervenção da equipe no cotidiano do trabalho.	4,6	4,7	4,8	4,8	4,4	4,6	4,5
3.18) O apoio matricial melhora a capacidade de lidar com temas relativos ao afeto e poder na equipe.	4,6	4,9	3,9	4,8	4,3	4,5	4,3
3.19) O apoio matricial melhora a capacidade de cogestão e gestão da clínica.	3,7	3,3	3,9	3,9	3,3	4,4	3,7
3.20) O apoio matricial promove interdisciplinaridade/transdisciplinaridade.	3,9	3,7	4,4	4,1	3,9	4,0	3,7
3.21) Os encontros de apoio matricial são momentos de educação permanente.	4,3	4,6	4,8	4,5	4,1	4,5	4,0

OBS.: RM= < 3 são discordantes; > 3 concordantes; =3 indiferente ou ponto neutro.

Quadro 02 – Ranking médio geral e por DS das respostas na dimensão do apoio matricial como retaguarda assistencial a ESF.

Questões	Ranking médio (RM) Geral e por Distrito						
	Sanitário – DS						
	Geral	I	II	III	IV	V	VI
2.1) O apoio matricial é realizado prioritariamente pela Equipe do NASF.	3,8	3,5	4,3	4,3	3,6	4,4	3,2
2.2) O apoio matricial auxilia a formação de redes de cuidado na atenção básica de saúde.	4,3	4,3	4,6	4,6	3,9	4,0	4,1
2.3) O apoio matricial aumenta a capacidade de resolução de problemas de saúde na Atenção Básica. (Clínica ampliada)	4,4	4,0	4,8	4,7	4,1	4,3	4,1
2.4) Os profissionais do NASF fazem parte da equipe da Estratégia de Saúde da Família.	3,7	2,7	4,4	4,0	3,3	4,9	3,3
2.5) Quando identifico casos complexos ou de difícil solução no meu cotidiano busco Apoio Matricial do NASF.	4,3	4,4	4,7	4,7	4,1	4,6	3,8
2.6) Quando identifico casos complexos ou de difícil solução no meu cotidiano busco Apoio Matricial dos demais serviços existentes na rede de saúde.	4,3	4,4	4,7	4,5	4,0	4,4	4,1
2.7) Quando identifico casos complexos ou de difícil solução no meu cotidiano busco Apoio Matricial observando o tempo terapêutico do usuário.	4,0	3,4	4,6	4,1	3,7	3,0	4,1
2.8) O apoio matricial favorece a atenção integral à saúde dos usuários da Estratégia de Saúde da Família. (Efeito da integralidade)	4,4	4,4	4,6	4,7	4,3	4,1	4,0
2.9) No apoio matricial considera a singularidade no cuidado da saúde dos usuários.	4,4	4,7	4,9	4,7	4,2	4,8	3,9
2.10) O apoio matricial trabalha situações individuais dos usuários.	4,5	4,7	4,8	4,6	4,1	4,6	4,3
2.11) O apoio matricial trabalha temas da Saúde Coletiva.	4,4	4,9	4,7	4,6	4,0	3,8	4,1
2.12) O apoio matricial facilita o acesso dos usuários à média complexidade encaminhados pelos profissionais da atenção básica de saúde.	3,8	3,6	4,1	4,2	3,5	3,3	3,7

Obs.: RM= < 3 são discordantes; > 3 concordantes; =3 indiferente ou ponto neutro.

Quadro 03 – Ranking médio geral e por DS das respostas na dimensão do apoio matricial como auxiliar ao processo de trabalho na ESF

Questões	Ranking médio (RM) Geral e por Distrito Sanitário – DS						
	Geral	I	II	III	IV	V	VI
1.1) Os encontros de apoio matricial são importantes para a execução das atividades cotidianas na ESF.	4,6	4,4	4,8	4,9	4,3	4,5	4,5
1.2) Os encontros de apoio matricial modificam as atividades cotidianas na ESF.	4,1	3,3	4,4	4,5	3,9	4,0	4,0
1.3) O apoio matricial auxilia na organização do processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família.	4,3	3,7	4,6	4,6	4,0	4,5	4,2
1.4) O apoio matricial modifica de forma efetiva o processo de trabalho.	4,5	4,6	4,8	4,8	4,1	4,5	4,5
1.5) O apoio matricial facilita a reflexão e análise sobre o que fazer em casos de difícil solução na ESF.	3,9	3,1	4,5	4,3	3,5	4,4	3,7
1.6) O apoio matricial facilita a comunicação entre os membros da ESF.	4,2	4,1	4,5	4,4	4,3	4,3	3,8
1.7) O apoio matricial facilita atitudes colaborativas na ESF.	4,3	4,3	4,5	4,6	4,2	4,4	3,9
1.8) O apoio matricial facilita a coresponsabilização pelo cuidado com os usuários na ESF.	4,4	4,3	4,7	4,6	4,1	4,6	4,2
1.9) O apoio matricial facilita o planejamento das ações e serviços dentro da equipe na ESF.	4,2	4,6	4,6	4,6	3,6	4,4	4,0
1.10) O apoio matricial melhora o trabalho em equipe.	4,2	4,1	4,8	4,4	4,1	4,3	3,9
1.11) O apoio matricial facilita a articulação intersectorial o trabalho em rede.	4,3	4,1	4,4	4,6	4,0	4,8	4,1
1.12) O apoio matricial é facilitado pelo modelo de gestão.	3,7	3,6	4,0	3,9	3,4	3,6	3,4
1.13) O apoio matricial necessita ter periodicidade regular de encontros.	4,8	4,6	4,9	5,0	4,4	4,6	4,8
1.14) Os profissionais do apoio matricial devem ir regularmente a USF.	4,4	4,1	4,9	4,5	4,4	4,8	4,5
1.15) Os profissionais do apoio matricial podem atender junto com o profissional da ESF.	4,5	4,4	4,6	4,2	4,1	4,6	4,5
1.16) Os profissionais do apoio matricial realizam visita domiciliar com a ESF.	4,2	4,6	4,5	4,2	3,9	4,3	4,0

1.17) Os apoiadores matriciais acompanham alguns usuários de forma autônoma ou individualizada.	3,7	3,6	4,3	3,6	3,4	4,4	3,4
---	------------	-----	-----	-----	-----	-----	-----

Obs.: RM= < 3 são discordantes; > 3 concordantes; =3 indiferente ou ponto neutro.

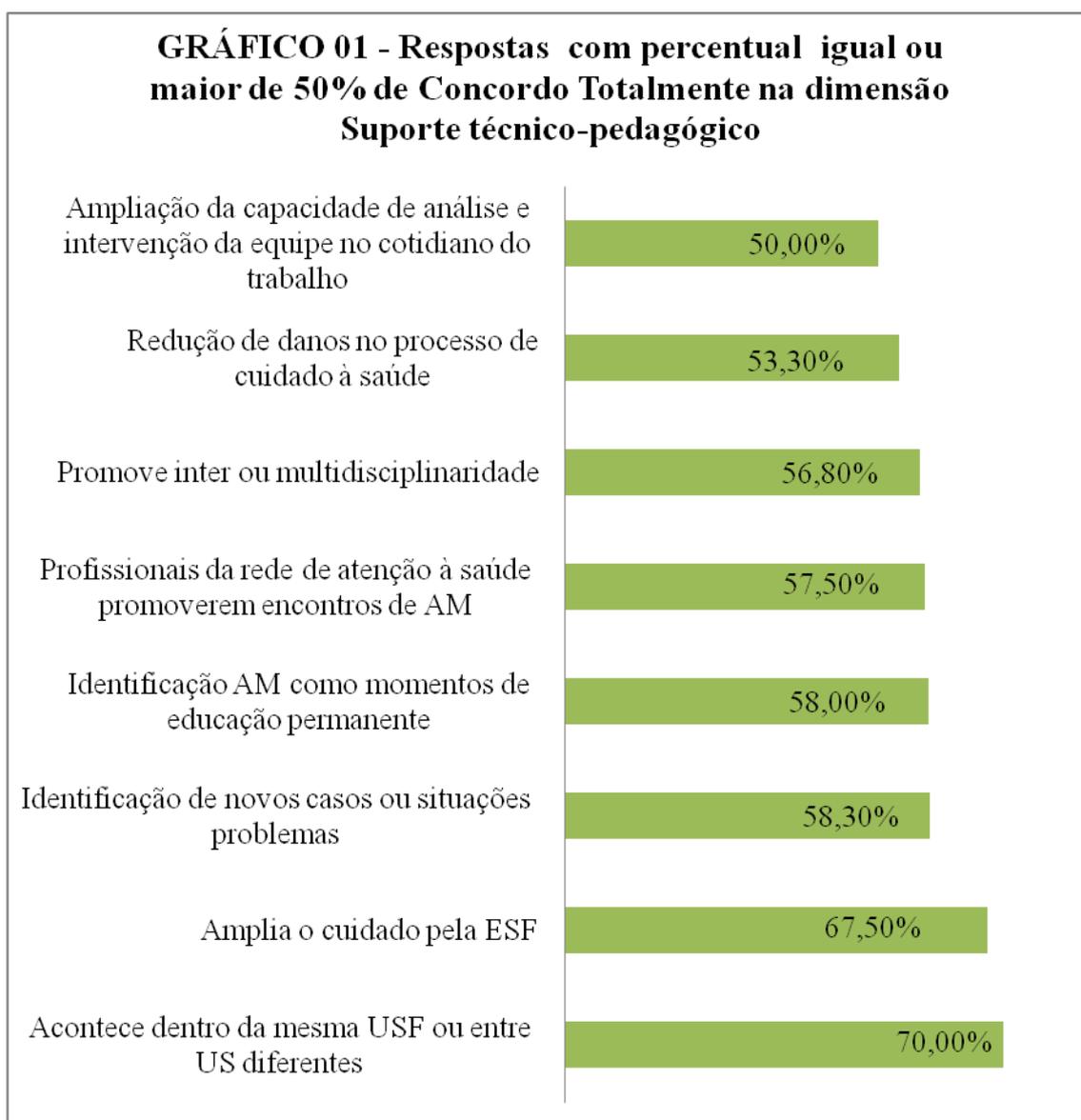


GRÁFICO 02 - Respostas com percentual igual ou maior de 50% de Concordo Totalmente na dimensão Retaguarda Assistencial.

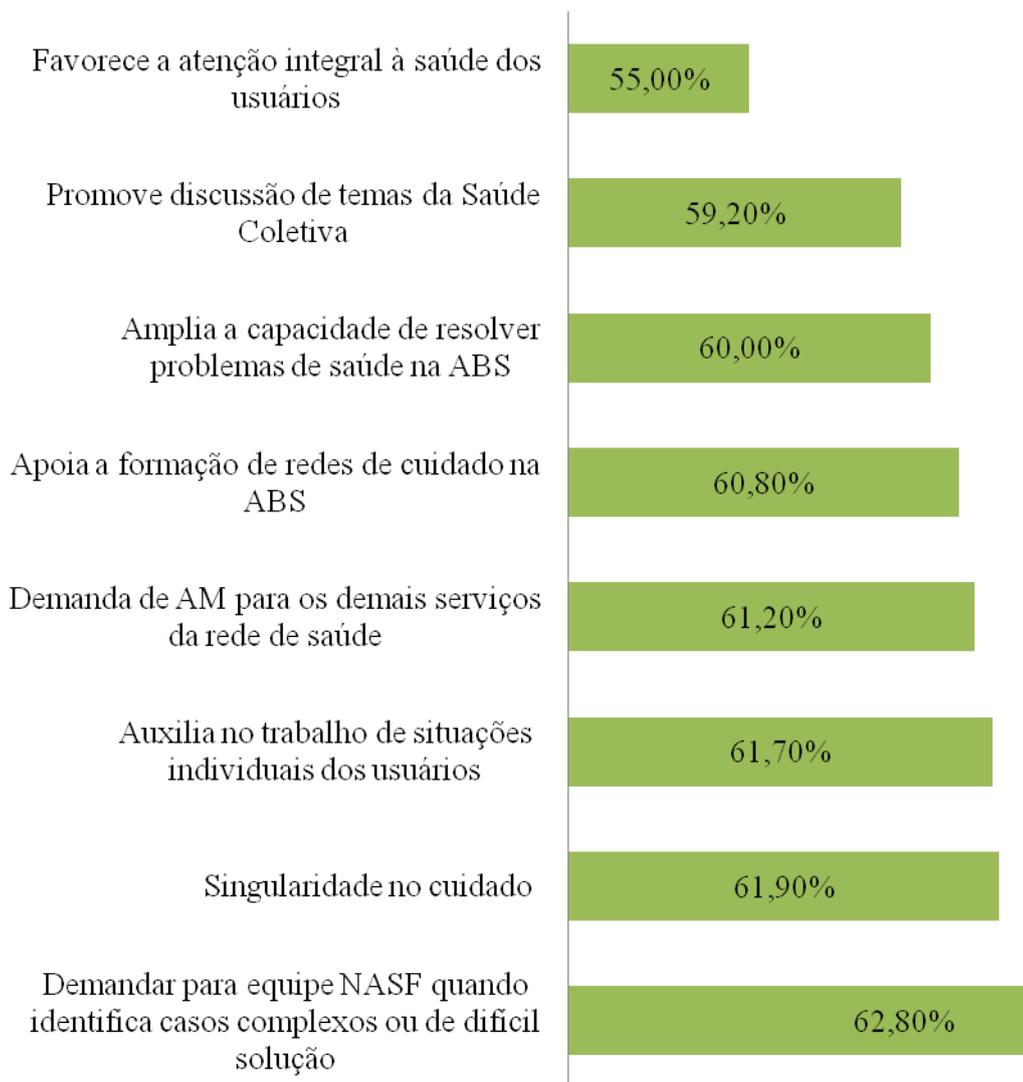
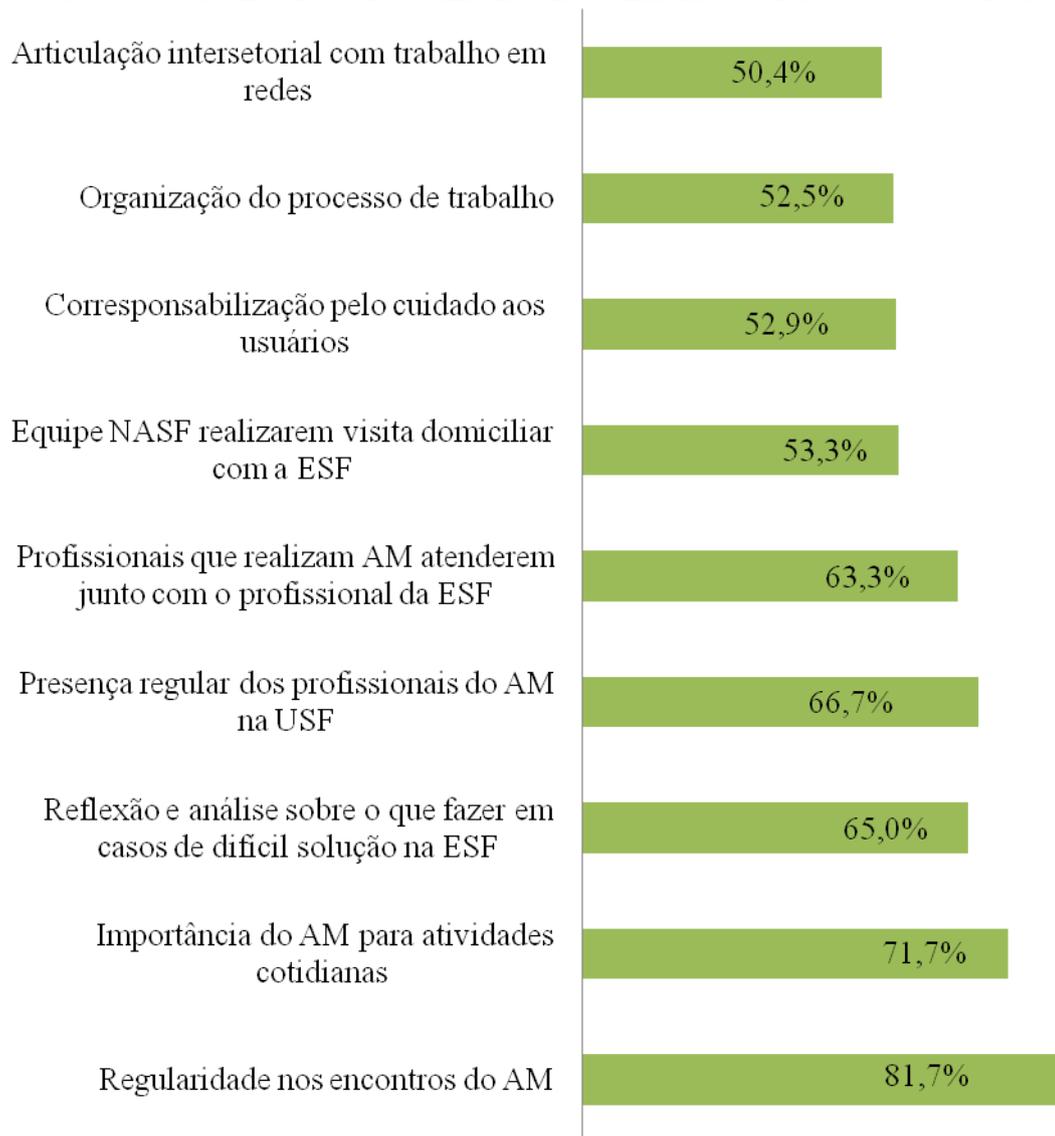


GRÁFICO 03 - Respostas com percentual igual ou maior de 50% de Concordo Totalmente na dimensão Processo de trabalho



VII - REFERÊNCIAS

1. Matta GC, Morosini MVG. Atenção Primária à Saúde. Dicionário da educação profissional em saúde/Organizado pela Escola Politécnica em Saúde Joaquim Venâncio e Estação de Trabalho Observatório de Técnicos em Saúde. 2006. Rio de Janeiro: EPSJV.
2. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde /CNASS. Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, vol.1– Brasília: CONASS, 2007. 291 p.
3. Lavras C. Atenção primária à saúde ea organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil; Saúde Soc, 2011 20(4), 867-874.
4. Brasil. Ministério da Saúde. 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 União. Poder executivo. Brasília-DF, de 24 de outubro de 2011. Seção 1, p.48-55.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde na escola / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 160 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos de Atenção Básica: n. 27), 2009.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº154, de 04 de março de 2008. Cria Núcleos de Apoio a Saúde da Família – NASF. Diário Oficial da União nº 43, Brasília-DF, de 04 de março de 2008, Seção 1, fls. 38 a 42.
7. Campos GW. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. Ciência & Saúde Coletiva, 1999. 4(2): 393-403.
8. Campos GWS. A Reforma da Reforma: Repensando a Saúde. Tese para obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva da Universidade Campinas da Faculdade de Ciências Médicas, Departamento de Medicina Preventiva e Social, Dezembro de 1991. (Tese)

9. Santos-Filho S B, Barros M E. (Org.). Trabalhador da Saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na Gestão do trabalho em saúde. – Ijuí: Ed. Unijuí, Coleção Saúde Coletiva, 2007.
10. Campos GW. Apoio Matricial e Equipe de Referência: uma metodologia para a gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad. Saúde Pública. RJ. 23(2): 399-407, fev. 2007.
11. Mendes EV. Re-ordenamento do Sistema Nacional de Saúde: visão geral. In Conferência Nacional de Saúde, 8ª, Brasil, 1986. Anais. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. p.265-97.
12. Paulus Jr A. Cordoni Jr L. Políticas Públicas de Saúde no Brasil. Revista Espaço para a Saúde, Londrina, v.8, n.1, p.13-19, dez.2006
13. Brasil. Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde; 1986 mar. 17-21; Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 1987. p.265-97.
14. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil, 1988. Art. 196 – relevância pública – art. 197 – rede regionalizada e hierarquizada – art. 198 – recursos mínimos; Estados, Distrito Federal e Municípios – ADCT art. 27. Art. 200 – o SUS como ordenador da formação na área da saúde. Brasília-DF. Diário Oficial da União de 05 de outubro de 1998, p.1 anexo.
15. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. 20 set 1990; Seção I, Pt. 1, p. 18055-59.
16. Brasil. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de Recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. [citado 2006 Nov 18]. Disponível em:
<http://www.soleis.adv.br/suscomunidade/recursos.htm>
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS)/ MS, Secretaria Executiva. - Brasília: MS, 2001. 40p.: II ISBN 85-334-0271-6
18. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família: A implantação da Unidade de Saúde da Família. Brasília, DF, 2000. Cadernos da Atenção Básica.

19. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).
20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: DAB/SAS/Ministério da Saúde; 2006.
21. Coelho, B.P. Gestão e subjetividade: a dupla tarefa da produção de saúde e da produção de sujeitos no Sistema Único de Saúde – SUS. Departamento de Saúde Coletiva. Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães. Fundação Oswaldo Cruz. Recife, PE. Disponível em: [HTTP://www.ces.uc.pt/e-cadernos/media/documentos/ecadernos2/Bernadete%20Perez%20Coelho.pdf](http://www.ces.uc.pt/e-cadernos/media/documentos/ecadernos2/Bernadete%20Perez%20Coelho.pdf).
22. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica - Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Brasília, Ministério da Saúde 2010. 152p.
23. Brasil, Ministério da Saúde. Clínica ampliada e compartilhada. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Secretaria de atenção à saúde Brasília-DF, 2009 a.
24. Recife, Secretaria Municipal de Saúde do Recife. Plano Municipal de Saúde de Recife, 2009 – 2013.
25. Merhy EE, Fanco TB. Por uma Composição Técnica do Trabalho em Saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para os modelos tecno-assistenciais. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 316-323, set./dez. 2003.
26. Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública*, fev, 2007, Rio de Janeiro, 23(2): 399-407.
27. Brasil, Ministério da Saúde – Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Brasília, 2008. Brasília, 2008. Diário Oficial da União nº 43, de 04 fr. março de 2008, Seção 1, fls., 38 a 42.
28. Brasil, Ministério da Saúde. Nota técnica de 15 de março de 2009. Quantidades e financiamento do NASF no Brasil. Coordenação de Gestão da Atenção Básica

Brasília-DF, 2009. Disponível em:

http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/passo_passo_acoes_sb.pdf.

29. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde. Departamento de Gestão da Educação. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde/Ministério da Saúde, 2009. 64p. (Série B. Textos Básicos de Saúde. Série Pactos Pela Saúde, 2006; v.9)
30. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília-DF. Diário Oficial da União v.141, n 32, 2004. Seção 1 p.37-41.
31. Davini MC. Enfoques, problemas y perspectiva em La educación permanente de los recursos humanos de salud. Artigo publicado em http://cursospaises2014.campusvirtualsp.org/pluginfile.php/7054/mod_resource/content/0/mod3_EpsYGestionMCDAvini.pdf
32. Paim JS. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Capítulo 15. Modelo de Atenção à Saúde no Brasil. Pag. 547 – 573. Disponível em <http://versus.otics.org/acervo/textos/modelos-de-atencao-a-saude-no-brasil-jairnilson-silva-paim/view>.
33. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, CENSO 2010 - <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/link.php?codmun=261160>
34. Hulley SB, Cummings SR, Browner W. et al. Delineando a Pesquisa Clínica – Uma Abordagem Epidemiológica, 2ª Ed. Porto Alegre; Artmed, 2003.
35. Hammod S, Fife-Schaw C, Smith J et al. Métodos de Pesquisa em Psicologia, Editora Penso, 3ª edição, 2010.
36. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da política de Humanização. Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular/ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da política de Humanização - 2ª ed. – Brasília. Ministério da Saúde. 2008.2.

37. Merhy EE, Franco TB. Por uma Composição Técnica do Trabalho em Saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para os modelos technoassistenciais. Saúde em Debate. Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBS –v. 1 (out. nov., dez. 1976) São Paulo, 2003. V.27; n. 65; 27 cm. Artigo.
38. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. 2ª. Ed. – Brasília: 2008. 60 p.: Série B. Textos Básicos de Saúde)Disponível em:
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica ampliada equipe referencia 2 ed 2008.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_equipe_referencia_2_ed_2008.pdf).
39. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde. 2.ed. 2. reimpr. Brasília/Ministério da Saúde, 44p. 2013.
40. Campos GWS, Cunha GT - Método Paidéia para co-gestão de coletivos organizados Para o trabalho. ORG & DEMO, Marília, v.11, n.1, p. 31-46, jan./jun., 2010.
41. Silva JPL, Tavares CMM. Educação permanente de profissionais de saúde mental: competências para o trabalho interdisciplinar. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 290-301, set./dez. 2003.
42. Murofuse NT, Rizzotto MLF, Muzzolon ABF, et al. Diagnóstico da situação dos trabalhadores em saúde e o processo de Formação no polo regional de educação permanente em saúde. Revista Latino Americana de Enfermagem, 2009. Maio-junho; 17(3). www.eerp.usp.br/rlae

APENDICES:

1. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

I. Dados de identificação do sujeito da pesquisa

Nome: *Geórgia Maria de Albuquerque*

Sexo: feminino

Documento de identidade: 1.443.600 Órgão emissor: SDS

Número de matrícula: 2011212012

Data de nascimento: 24 de janeiro de 1961

Endereço: Rua Marques do Paraná, 65/702 – Espinheiro, Recife /PE.

Telefone: (81) 3037. 4403

II. Informações sobre a pesquisa

Título da pesquisa: *“Opinião dos profissionais Médicos e Enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família em Recife sobre o Apoio Matricial enquanto processo de trabalho, retaguarda assistencial e suporte técnico pedagógico no período entre agosto a outubro de 2013.”*

Pesquisador responsável: *Ana Rodrigues Falbo.*

Cargo/função: Líder do grupo de Estudos de Saúde da Criança do Departamento de Pesquisa do IMIP e Coordenadora de tutores da Faculdade Pernambucana de Saúde.

Inscrição conselho regional medicina: 7856

Endereço: Rua Confederação do Equador 46, apartamento 101. Graças – Recife - PE

Telefones: 32681075/ 99633453

Telefone do Comitê e Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS: (81) 3035.7732.

Pesquisa a ser realizada com profissionais médicos (as) e enfermeiros (as) na Estratégia de Saúde da Família da Secretaria Municipal de Saúde do Recife, com o título “Opinião dos profissionais Médicos e Enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família em Recife sobre o Apoio Matricial enquanto processo de trabalho, retaguarda assistencial e suporte técnico pedagógico no período entre agosto a outubro de 2013.”

Convidamos você para participar deste estudo cuja finalidade é conhecer a opinião dos profissionais de saúde médicos (as) e enfermeiros (as) da Estratégia de Saúde da Família da Secretaria Municipal de Saúde do Recife sobre o **Apoio Matricial**. O dispositivo será analisado em três dimensões: como apoio a organização do processo de trabalho, enquanto retaguarda assistência e como suporte técnico pedagógico para educação permanente.

Após o seu consentimento livre e esclarecido será aplicado questionário contendo alternativas de opinião de fácil e rápido preenchimento, não sendo necessária a sua identificação. Será garantido o sigilo das informações fornecidas.

A pesquisa, portanto, não apresenta riscos do ponto de vista ético (físico ou psicológico) para o participante e poderá contribuir efetivamente para melhorar o processo de ensino-aprendizagem.

III. Consentimento da participação do investigado:

Eu _____, profissional médico ou enfermeiro da Estratégia de Saúde da família da Secretaria Municipal de Saúde do Recife, declaro que fui devidamente informado (a) pela pesquisadora, sobre a finalidade da pesquisa: “Opinião dos profissionais Médicos e Enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família em Recife sobre o Apoio Matricial enquanto processo de trabalho, como retaguarda assistencial e como suporte técnico pedagógico no período entre agosto a outubro de 2013.”

Concordei em participar sem que recebesse nenhuma pressão.

1. Continuarei exercendo minhas funções profissionais normalmente, independente da minha participação na pesquisa;
2. Tenho a garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados com a pesquisa;
3. Estou ciente que estou participando de um estudo de observação, não havendo qualquer interferência na minha atuação profissional;
4. Estou seguro (a) de que a minha identidade não será revelada e que será mantido caráter confidencial das informações por mim fornecidas, uma vez que não serão expostas de forma identificada nos resultados da pesquisa;
5. Poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo sem que isso traga prejuízo às minhas atividades profissionais.

Recife, _____ de _____ de 201__

Assinatura do profissional

Assinatura do responsável

Testemunha

2. QUESTIONÁRIO

Questionário de Opinião sobre Apoio Matricial para médico(a) e enfermeiro(a) da Estratégia de Saúde da Família.

Questionário nº ____/____

Data de preenchimento: __/__/__

A presente pesquisa tem por objetivo conhecer a opinião dos profissionais médicos e enfermeiros da estratégia de saúde da família sobre o apoio matricial enquanto processo de trabalho na saúde, suporte técnico-pedagógico e retaguarda assistencial na atenção básica.

Perfil Biológico e profissional – Assinale apenas uma opção:

Marque com um X em qual Distrito Sanitário você está atuando:

() - DS I () - DS II () - DS III () - DS IV () - DS V () - DS VI

Qual o seu sexo?

1) Masculino 2) Feminino

Informe a sua idade em anos?

Qual o seu estado civil?

1) Solteiro(a) 2) Casado(a) 3) Separado(a) 4) Outra situação

Você atua na Equipe de Saúde da Família em qual cargo?

() 1. Médico(a) () 2. Enfermeiro(a)

Você concluiu algum curso de Pós-graduação: () Sim () Não

Se afirmativo, escolha uma das opções abaixo:

1. Residência na área de Saúde da Família e Comunidade - () Sim () Não

2. Especialização na área de Saúde da Família e Comunidade - () Sim () Não

3. Em outra área de formação profissional da saúde - () Sim () Não

Informe seu tempo de **formação/graduação profissional em anos?**

1) até 05 anos 2) mais de 05 a 10 anos 3) mais de 10 anos a 15 anos

4) mais de 15 anos a 20 anos 5) acima de 20 anos

Informe seu **tempo de serviço na Estratégia de Saúde da Família** em qualquer município?

1) até 05 anos 2) mais de 05anos a 10 anos 3) mais de 10 anos a 15 anos

4) mais de 15 anos a 20 anos 5) acima de 20 anos

Iremos agora apresentar algumas afirmações sobre Apoio Matricial na Atenção Básica de Saúde. Nosso objetivo é saber sua opinião a partir de suas vivências como membro de Equipes da Estratégia de Saúde da Família. Por favor, **assinale apenas uma das cinco (05) opções** apresentadas em cada afirmação.

1. PROCESSO DE TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE:

1.1) Os encontros de apoio matricial são importantes para a execução das atividades cotidianas na Estratégia de Saúde da Família.

- 1) Concordo totalmente.
- 2) Concordo parcialmente.
- 3) Nem concordo, nem discordo.
- 4) Discordo parcialmente.
- 5) Discordo totalmente.

1.2) Os encontros de apoio matricial modificam as atividades cotidianas na Estratégia de Saúde da Família.

- 1) Concordo totalmente.
- 2) Concordo parcialmente.
- 3) Nem concordo, nem discordo.
- 4) Discordo parcialmente.
- 5) Discordo totalmente.

1.3) O apoio matricial auxilia na organização do processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família.

- 1) Concordo totalmente.
- 2) Concordo parcialmente.
- 3) Nem concordo, nem discordo.
- 4) Discordo parcialmente.
- 5) Discordo totalmente.

1.4) O apoio matricial modifica de forma efetiva o processo de trabalho.

- 1) Concordo totalmente.
- 2) Concordo parcialmente.
- 3) Nem concordo, nem discordo.
- 4) Discordo parcialmente.
- 5) Discordo totalmente.

1.5) O apoio matricial facilita a reflexão e análise sobre o que fazer em casos de difícil solução na Estratégia de Saúde da Família.

- 1) Concordo totalmente.
- 2) Concordo parcialmente.
- 3) Nem concordo, nem discordo.
- 4) Discordo parcialmente.
- 5) Discordo totalmente.

1.6) O apoio matricial facilita a comunicação entre os membros da equipe da Estratégia de Saúde da Família.

- 1) Concordo totalmente.
- 2) Concordo parcialmente.
- 3) Nem concordo, nem discordo.
- 4) Discordo parcialmente.
- 5) Discordo totalmente.

1.7) O apoio matricial facilita atitudes colaborativas na equipe da Estratégia de Saúde da Família.

- 1) Concordo totalmente.
- 2) Concordo parcialmente.
- 3) Nem concordo, nem discordo.
- 4) Discordo parcialmente.
- 5) Discordo totalmente.

1.8) O apoio matricial facilita a corresponsabilização pelo cuidado com os usuários na Equipe da Estratégia de Saúde da Família.

- 1) Concordo totalmente.
- 2) Concordo parcialmente.
- 3) Nem concordo, nem discordo.
- 4) Discordo parcialmente.
- 5) Discordo totalmente.

1.9) O apoio matricial facilita o planejamento das ações e serviços dentro da equipe na Estratégia de Saúde da Família.

- 1) Concordo totalmente.
- 2) Concordo parcialmente.
- 3) Nem concordo, nem discordo.
- 4) Discordo parcialmente.
- 5) Discordo totalmente.

1.10) O apoio matricial melhora o trabalho em equipe.

- 1) Concordo totalmente.
- 2) Concordo parcialmente.
- 3) Nem concordo, nem discordo.
- 4) Discordo parcialmente.
- 5) Discordo totalmente.

1.11) O apoio matricial facilita a articulação intersetorial e o trabalho em rede.

- 1) Concordo totalmente.
- 2) Concordo parcialmente.
- 3) Nem concordo, nem discordo.
- 4) Discordo parcialmente.
- 5) Discordo totalmente.

1.12) O apoio matricial é facilitado pelo modelo de gestão.

- 1) Concordo totalmente.
- 2) Concordo parcialmente.
- 3) Nem concordo, nem discordo.

- 4) Discordo parcialmente.
- 5) Discordo totalmente.

1.13) O apoio matricial necessita ter periodicidade regular de encontros.

- 1) Concordo totalmente.
- 2) Concordo parcialmente.
- 3) Nem concordo, nem discordo.
- 4) Discordo parcialmente.
- 5) Discordo totalmente.

1.14) Os profissionais do apoio matricial devem ir regularmente a Unidade de Saúde da Família.

- 1) Concordo totalmente.
- 2) Concordo parcialmente.
- 3) Nem concordo, nem discordo.
- 4) Discordo parcialmente.
- 5) Discordo totalmente.

1.15) Os profissionais do apoio matricial podem atender junto com o profissional da equipe de Saúde da Família. (consulta compartilhada)

- 1) Concordo totalmente.
- 2) Concordo parcialmente.
- 3) Nem concordo, nem discordo.
- 4) Discordo parcialmente.
- 5) Discordo totalmente.

1.16) Os profissionais do apoio matricial realizam visita domiciliar com a equipe de Saúde da Família.

- 1) Concordo totalmente.
- 2) Concordo parcialmente.
- 3) Nem concordo, nem discordo.
- 4) Discordo parcialmente.
- 5) Discordo totalmente.

1.17) Os apoiadores matriciais acompanham alguns usuários de forma autônoma ou individualizada.

- 1) Concordo totalmente.
- 2) Concordo parcialmente.
- 3) Nem concordo, nem discordo.
- 4) Discordo parcialmente.
- 5) Discordo totalmente.

2. RETAGUARDA ASSISTENCIAL:

2.1) O apoio matricial é realizado prioritariamente pela Equipe do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF).

- 1) Concordo totalmente.
- 2) Concordo parcialmente.

- 3) Nem concordo, nem discordo.
- 4) Discordo parcialmente.
- 5) Discordo totalmente.

2.2) O apoio matricial auxilia a formação de redes de cuidado na atenção básica de saúde.

- 1) Concordo totalmente.
- 2) Concordo parcialmente.
- 3) Nem concordo, nem discordo.
- 4) Discordo parcialmente.
- 5) Discordo totalmente.

2.3) O apoio matricial aumenta a capacidade de resolução de problemas de saúde na Atenção Básica. (clínica ampliada)

- 1) Concordo totalmente.
- 2) Concordo parcialmente.
- 3) Nem concordo, nem discordo.
- 4) Discordo parcialmente.
- 5) Discordo totalmente.

2.4) Os profissionais do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) fazem parte da equipe da Estratégia de Saúde da Família.

- 1) Concordo totalmente.
- 2) Concordo parcialmente.
- 3) Nem concordo, nem discordo.
- 4) Discordo parcialmente.
- 5) Discordo totalmente.

2.5) Quando identifico casos complexos ou de difícil solução no meu cotidiano busco Apoio Matricial do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF).

- 1) Concordo totalmente.
- 2) Concordo parcialmente.
- 3) Nem concordo, nem discordo.
- 4) Discordo parcialmente.
- 5) Discordo totalmente.

2.6) Quando identifico casos complexos ou de difícil solução no meu cotidiano busco Apoio Matricial dos demais serviços existentes na rede de saúde.

- 1) Concordo totalmente.
- 2) Concordo parcialmente.
- 3) Nem concordo, nem discordo.
- 4) Discordo parcialmente.
- 5) Discordo totalmente.

2.7) Quando identifico casos complexos ou de difícil solução no meu cotidiano busco Apoio Matricial observando o tempo terapêutico do usuário

- 1) Concordo totalmente.
- 2) Concordo parcialmente.

- 3) Nem concordo, nem discordo.
- 4) Discordo parcialmente.
- 5) Discordo totalmente.

2.8) O apoio matricial favorece a atenção integral à saúde dos usuários da Estratégia de Saúde da Família. (efeito da integralidade)

- 1) Concordo totalmente.
- 2) Concordo parcialmente.
- 3) Nem concordo, nem discordo.
- 4) Discordo parcialmente.
- 5) Discordo totalmente.

2.9) No apoio matricial considera a singularidade no cuidado da saúde dos usuários.

- 1) Concordo totalmente.
- 2) Concordo parcialmente.
- 3) Nem concordo, nem discordo.
- 4) Discordo parcialmente.
- 5) Discordo totalmente.

2.10) O apoio matricial trabalha situações individuais dos usuários.

- 1) Concordo totalmente.
- 2) Concordo parcialmente.
- 3) Nem concordo, nem discordo.
- 4) Discordo parcialmente.
- 5) Discordo totalmente.

2.11) O apoio matricial trabalha temas da Saúde Coletiva.

- 1) Concordo totalmente.
- 2) Concordo parcialmente.
- 3) Nem concordo, nem discordo.
- 4) Discordo parcialmente.
- 5) Discordo totalmente.

2.12) O apoio matricial facilita o acesso dos usuários à média complexidade encaminhados pelos profissionais da atenção básica de saúde.

- 1) Concordo totalmente.
- 2) Concordo parcialmente.
- 3) Nem concordo, nem discordo.
- 4) Discordo parcialmente.
- 5) Discordo totalmente.

3. SUPORTE TÉCNICO-PEDAGÓGICO:

3.1) O apoio matricial favorece o manejo clínico de casos pela equipe da Estratégia de Saúde da Família.

- 1) Concordo totalmente.

- 2) Concordo parcialmente.
- 3) Nem concordo, nem discordo.
- 4) Discordo parcialmente.
- 5) Discordo totalmente.

3.2) O apoio matricial favorece o manejo de situações em Saúde Coletiva.

- 1) Concordo totalmente.
- 2) Concordo parcialmente.
- 3) Nem concordo, nem discordo.
- 4) Discordo parcialmente.
- 5) Discordo totalmente.

3.3) O apoio matricial amplia a possibilidade de contrato entre equipes de saúde e destas com seus usuários.

- 1) Concordo totalmente.
- 2) Concordo parcialmente.
- 3) Nem concordo, nem discordo.
- 4) Discordo parcialmente.
- 5) Discordo totalmente.

3.4) O apoio matricial diminui a possibilidade de danos no processo de cuidado à saúde.

- 1) Concordo totalmente.
- 2) Concordo parcialmente.
- 3) Nem concordo, nem discordo.
- 4) Discordo parcialmente.
- 5) Discordo totalmente.

3.5) O apoio matricial favorece a ampliação nos gradientes de autonomia e autocuidado

- 1) Concordo totalmente.
- 2) Concordo parcialmente.
- 3) Nem concordo, nem discordo.
- 4) Discordo parcialmente.
- 5) Discordo totalmente.

3.6) O apoio matricial favorece práticas clínicas tradicionais prescritivas.

- 1) Concordo totalmente.
- 2) Concordo parcialmente.
- 3) Nem concordo, nem discordo.
- 4) Discordo parcialmente.
- 5) Discordo totalmente.

3.7) O apoio matricial evita a medicalização excessiva.

- 1) Concordo totalmente.
- 2) Concordo parcialmente.
- 3) Nem concordo, nem discordo.
- 4) Discordo parcialmente.

5) Discordo totalmente.

3.8) O Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) sempre promove encontros de apoio matricial.

- 1) Concordo totalmente.
- 2) Concordo parcialmente.
- 3) Nem concordo, nem discordo.
- 4) Discordo parcialmente.
- 5) Discordo totalmente.

3.9) O Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) discute situações clínico-institucionais e de Saúde Coletiva.

- 1) Concordo totalmente.
- 2) Concordo parcialmente.
- 3) Nem concordo, nem discordo.
- 4) Discordo parcialmente.
- 5) Discordo totalmente.

3.10) Todos os profissionais da rede de atenção à saúde podem promover encontros de apoio matricial.

- 1) Concordo totalmente.
- 2) Concordo parcialmente.
- 3) Nem concordo, nem discordo.
- 4) Discordo parcialmente.
- 5) Discordo totalmente.

3.11) Pode acontecer apoio matricial dentro da mesma Unidade de Saúde da Família ou entre Unidades diferentes.

- 1) Concordo totalmente.
- 2) Concordo parcialmente.
- 3) Nem concordo, nem discordo.
- 4) Discordo parcialmente.
- 5) Discordo totalmente.

3.12) O apoio matricial promove a ampliação do cuidado pela equipe da Estratégia de Saúde da Família.

- 1) Concordo totalmente.
- 2) Concordo parcialmente.
- 3) Nem concordo, nem discordo.
- 4) Discordo parcialmente.
- 5) Discordo totalmente.

3.13) Os encontros de apoio matricial geram sempre definição e/ou encaminhamento de casos.

- 1) Concordo totalmente.
- 2) Concordo parcialmente.
- 3) Nem concordo, nem discordo.
- 4) Discordo parcialmente.

5) Discordo totalmente.

3.14) O apoio matricial pode ser realizado em reunião técnica ou administrativa da equipe de Saúde da Família.

- 1) Concordo totalmente.
- 2) Concordo parcialmente.
- 3) Nem concordo, nem discordo.
- 4) Discordo parcialmente.
- 5) Discordo totalmente.

3.15) Os encontros de apoio matricial facilitam a identificação de novos casos ou situações problemas

- 1) Concordo totalmente.
- 2) Concordo parcialmente.
- 3) Nem concordo, nem discordo.
- 4) Discordo parcialmente.
- 5) Discordo totalmente.

3.16) O apoio matricial promove maior capacidade de auto-avaliação da equipe.

- 1) Concordo totalmente.
- 2) Concordo parcialmente.
- 3) Nem concordo, nem discordo.
- 4) Discordo parcialmente.
- 5) Discordo totalmente.

3.17) O apoio matricial amplia a capacidade de análise e intervenção da equipe no cotidiano do trabalho.

- 1) Concordo totalmente.
- 2) Concordo parcialmente.
- 3) Nem concordo, nem discordo.
- 4) Discordo parcialmente.
- 5) Discordo totalmente.

3.18) O apoio matricial melhora a capacidade de lidar com temas relativos ao afeto e poder na equipe.

- 1) Concordo totalmente.
- 2) Concordo parcialmente.
- 3) Nem concordo, nem discordo.
- 4) Discordo parcialmente.
- 5) Discordo totalmente.

3.19) O apoio matricial melhora a capacidade de cogestão e gestão da clínica.

- 1) Concordo totalmente.
- 2) Concordo parcialmente.
- 3) Nem concordo, nem discordo.
- 4) Discordo parcialmente.
- 5) Discordo totalmente.

3.20) O apoio matricial promove interdisciplinaridade/transdisciplinaridade.

- 1) Concordo totalmente.
- 2) Concordo parcialmente.
- 3) Nem concordo, nem discordo.
- 4) Discordo parcialmente.
- 5) Discordo totalmente.

3.21) Os encontros de apoio matricial são momentos de educação permanente.

- 1) Concordo totalmente.
- 2) Concordo parcialmente.
- 3) Nem concordo, nem discordo.
- 4) Discordo parcialmente.
- 5) Discordo totalmente.

ANEXOS

1. Normas para publicação de trabalhos na Revista Brasileira de Educação Médica

A **Revista Brasileira de Educação Médica** é a publicação oficial da **ABEM**, de periodicidade trimestral, e tem como Missão publicar debates, análises e resultados de investigações sobre temas considerados relevantes para a Educação Médica. Serão aceitos trabalhos em português, inglês ou espanhol.

Submissão online

Os manuscritos serão submetidos à apreciação do Conselho Científico apenas por meio eletrônico através do sítio da Revista (<http://www.educacaomedica.org.br>). O arquivo a ser anexado deve estar digitado em um processador de textos MS Word, página padrão A4, letra padrão Arial 11, espaço 1,5 e margens de 2,0 cm a Direita, Esquerda, Superior e Inferior com numeração seqüencial de todas as páginas.

Não serão aceitas Notas de Rodapé. As tabelas e quadros devem ser de compreensão independente do texto e devem ser encaminhadas em arquivos individuais. Não serão publicados questionários e outros instrumentos de pesquisa

Avaliação dos originais

Todo original recebido é avaliado por dois pareceristas cadastrados pela RBEM para avaliação da pertinência temática, observação do cumprimento das normas gerais de encaminhamento de originais e avaliação da qualidade científica do trabalho. Os conselheiros têm um prazo de 20 dias para emitir o parecer. Os pareceres sempre apresentarão uma das seguintes conclusões: aprovado como está; favorável a publicação, mas solicitando alterações; não favorável a publicação. Todo Parecer incluirá sua fundamentação.

No caso de solicitação de alterações no artigo, estes poderão ser encaminhados em até 120 dias. Após esse prazo e não havendo qualquer manifestação dos autores o artigo será considerado como retirado. Após aprovação o artigo é revisado ortográfica e gramaticalmente. As alterações eventualmente realizadas são encaminhadas para aprovação formal dos autores antes de serem encaminhados para publicação. Será realizada revisão ortográfica e gramatical dos resumos e títulos em língua inglesa, por revisor especializado.

Forma e preparação de manuscritos

1. Artigos originais: (limite de até 6.000 palavras, incluindo texto e referências e excluindo tabelas, gráficos, folha de rosto, resumos e palavras-chave).

1.1. Pesquisa - artigos apresentando resultados finais de pesquisas científicas; **1.2. Ensaio** - artigos com análise crítica sobre um tema específico relacionado com a Educação Médica;

1.3. Revisão - artigos com a revisão crítica da literatura sobre um tema específico.

2. Comunicações: informes prévios de pesquisas em andamento - Extensão do texto de 1.700 palavras, máximo de 1 tabela e 5 referências.

3. Documentos: documentos sobre política educacional (documentos oficiais de

colegiados oficiais) – Limite máximo de 2.000 palavras.

4. Relato de experiência: artigo apresentando experiência inovadora no ensino médico acompanhada por reflexão teórica pertinente – Limite máximo de 6.000

palavras. **5. Cartas ao Editor:** cartas contendo comentários sobre material publicado – Limite máximo de 1.200 palavras e 3 referências.

6. Teses: resumos de dissertações de mestrado ou teses de doutoramento/livre-docência defendidas e aprovadas em Universidades brasileiras ou não (máximo de 300 palavras). Os resumos deverão ser encaminhados com o Título oficial da Tese, informando o título conquistado, o dia e o local da defesa. Deve ser informado igualmente o nome do Orientador e o local onde a tese está disponível para consulta e as palavras-chave e key-words.

7. Resenha de livros: poderão ser encaminhadas resenhas de livros publicados no Brasil ou no exterior – Limite máximo de 1.200 palavras.

8. Editorial: o editorial é de responsabilidade do Editor da Revista, podendo ser redigido a convite – Limite máximo de 1.000 palavras.

Estrutura:

- Título do trabalho (evitar títulos longos) máximo de 80 caracteres, incluindo espaços - deve ser apresentada a versão do título para o idioma inglês. Apresentar um título resumido para constar no alto da página quando da publicação (máximo de 40 caracteres, incluindo espaços)

- Nome dos autores: A Revista publicará o nome dos autores segundo a ordem encaminhada no arquivo.

- Endereço completo de referência do(s) autor(es), titulação, local de trabalho e e-mail. Apenas os dados do autor principal serão incluídos na publicação.

- Resumo de no máximo 180 palavras em português e versão em inglês. Quando o trabalho for escrito em espanhol, deve ser acrescido um resumo nesse idioma.

- Palavras chave: mínimo de 3 e máximo de 8, extraídos do vocabulário **DECS** - Descritores em Ciências da Saúde para os resumos em português (disponível em <http://decs.bvs.br/>) e do **MESH** - Medical SubjectHeadings, para os resumos em inglês (disponível em <http://www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html>).

Os autores deverão informar que organizações de fomento à pesquisa apoiaram os seus trabalhos, fornecendo inclusive o número de cadastro do projeto.

No caso de pesquisas que tenham envolvido direta ou indiretamente seres humanos, nos termos da Resolução nº 196/96 do CNS os autores deverão informar o número de registro do projeto no SISNEP.

Referências

As referências, cuja exatidão é de responsabilidade dos autores, deverão ser apresentadas de modo correto e completo e limitadas às citações do texto, devendo ser numeradas segundo a ordem de entrada no texto, seguindo as regras propostas pelo Comitê Internacional de Revistas Médicas (InternationalCommitteeof Medical JournalEditors). Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos. Disponível em: <http://www.icmje.org>

Toda citação deve incluir, após o número de referência, a página(s). Ex: xxxxxx¹ (p.32).

Recomendamos que os autores realizem uma pesquisa na Base Scielo com as palavras-chave de seu trabalho buscando prestigiar, quando pertinente a pesquisa nacional

Exemplos:

Artigo de Periódico

Ricas J, Barbieri MA, Dias LS, Viana MRA, Fagundes EDL, Viotti AGA, et al. Deficiências e necessidades em Educação Médica Continuada de Pediatras em Minas Gerais. RevBrasEducMéd1998;22(2/3)58-66.

Artigo de Periódico em formato eletrônico

Ronzani TM. A Reforma Curricular nos Cursos de Saúde: qual o papel das crenças?. RevBrasEducMed [online].2007. 31(1) [capturado 29 jan. 2008]; 38-43.

Disponível em:

http://www.educacaomedica.org.br/UserFiles/File/reforma_curricular.pdf

Livro Batista NA, Silva SHA. O professor de medicina. São Paulo: Loyola, 1998.

Capítulo de livro

Rezende CHA. Medicina: conceitos e preconceitos, alcances e limitações. In: Gomes DCRG, org. Equipe de saúde: o desafio da integração. Uberlândia:Edufu;1997. p.163-7.

Teses, dissertações e monografias

Cauduro L. Hospitais universitários e fatores ambientais na implementação das políticas de saúde e educação: o caso do Hospital Universitário de Santa Maria. Rio de Janeiro; 1990. Mestrado [Dissertação] - Escola Brasileira de Administração Pública.

Trabalhos Apresentados em Eventos

Carmargo J. Ética nas relações do ensino médico. Anais do 33. Congresso Brasileiro de Educação Médica. 4º Fórum Nacional de Avaliação do Ensino Médico; 1995 out. 22-27; Porto Alegre, Brasil. Porto Alegre:ABEM; 1995. p.204-7.

Relatórios

Campos MHR. A Universidade não será mais a mesma. Belo Horizonte: Conselho de Extensão da UFMG; 1984. (Relatório)

Referência legislativa

Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº4 de 7 de novembro de 2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina. Diário Oficial da União. Brasília, 9 nov. 2001; Seção 1, p.38.

A bibliotecária da ABEM promove a revisão e adaptação dos termos fornecidos pelos autores aos índices aos quais a Revista está inscrito.

As contribuições serão publicadas obedecendo a ordem de aprovação do Conselho Editorial.

Declaração de Autoria e de Responsabilidade

Todas as pessoas designadas como autores devem responder pela autoria dos manuscritos e ter participado suficientemente do trabalho para assumir responsabilidade pública pelo seu conteúdo. Para tal, deverão encaminhar, após a aprovação do artigo, a seguinte Declaração de autoria e de Responsabilidade:

"Declaro que participei de forma suficiente na concepção e desenho deste estudo ou da análise e interpretação dos dados assim como da redação deste texto, para assumir a autoria e a responsabilidade pública pelo conteúdo deste artigo. Revi a versão final deste artigo e o aprovei para ser encaminhado a publicação. Declaro que nem o presente trabalho nem outro com conteúdo substancialmente semelhante de

minha autoria foi publicado ou submetido a apreciação do Conselho Editorial de outra revista".

Artigos com mais de um autor deverão conter uma exposição sobre a contribuição específica de cada um no trabalho.

Ética em Pesquisa

No caso de pesquisas iniciadas após janeiro de 1997 e que envolvam seres humanos nos termos do inciso II.2 da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde ("pesquisa que, individual ou coletivamente, envolva o ser humano de forma direta ou indireta, em sua totalidade ou partes dele, incluindo o manejo de informações ou materiais") deverá encaminhar, após a aprovação, documento de aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição onde ela foi realizada.

No caso de instituições que não disponham de Comitês de Ética em Pesquisa, deverá apresentar a aprovação pelo CEP onde ela foi aprovada.

Conflitos de Interesse

Todo trabalho deverá conter a informação sobre a existência ou não de algum tipo de conflito de interesses de qualquer dos autores. Destaque-se que os conflitos de interesse financeiros, por exemplo, não estão relacionados apenas com o financiamento direto da pesquisa, incluindo também o próprio vínculo empregatício. (Para maiores informações consulte o site do

InternationalCommitteeof Medical JournalEditors<http://www.icmje.org/#conflicts>)

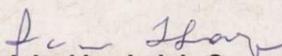
2. Carta do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)



DECLARAÇÃO

Declaro que o projeto de pesquisa nº 13-2013- intitulado “OPINIÃO DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE O APOIO MATRICIAL EM RECIFE NO PERÍODO DE MARÇO A MAIO DE 2013: UM ESTUDO TIPO CORTE TRANSVERSAL.”, apresentado pelo (a) pesquisador (a) Geórgia Maria de Albuquerque foi **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Pernambucana de Saúde (CEP-FPS), em reunião ordinária de 21 de Fevereiro de 2013.

Recife, 26 de maio de 2013.


Dr^a. Ariani Impieri de Souza

Coordenadora do Comitê de Ética
em Pesquisa da Faculdade Pernambucana de Saúde.