



REFLEXÕES SOBRE O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA

Edilaine Baccarin Petenuci¹, Edinéia Aparecida Peres Hayashi²

RESUMO: Com a proposta dos núcleos de apoio à saúde da família – NASF, o cuidado em saúde mental avançou no campo da prevenção e assistência no território. A lógica de apoio matricial, pensada para todas as áreas, esbarra na especificidade do cuidado em saúde mental. Além disso, a forma como os núcleos são hoje implantados, a despeito da falta de recursos materiais e humanos que as Unidades Básicas de Saúde enfrentam, faz com que muitas vezes os objetivos não sejam alcançados. Este artigo tem como objetivo relatar a experiência de trabalho de uma psicóloga em dois momentos: a atuação em um núcleo de apoio à saúde da família, e o trabalho como residente de psicologia em um Programa em Saúde da Mulher, ambos desenvolvidos em equipes multiprofissionais e em Unidades Básicas de Saúde. Verificou-se que a possibilidade de estar por um tempo maior no território amplia as possibilidades de cuidado à população, permite efetivamente compartilhar as ações com a equipe multiprofissional, além de atender às especificidades do apoio matricial em saúde mental, oferecendo um respaldo maior às equipes.

PALAVRAS-CHAVE: Apoio matricial; Núcleo de Apoio à Saúde da Família; Residência Multiprofissional em Saúde da Mulher; Saúde mental.

1 INTRODUÇÃO

Basta olhar o atual cenário da organização dos serviços de saúde para perceber os impactos que as mudanças políticas das últimas décadas causaram. A saúde pública cresceu e se fortaleceu, e as unidades básicas de saúde hoje voltam a ser a referência e porta de entrada para a acolhida e cuidados.

A população conta então com

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 (BRASIL, 2012).

Contribuindo para efetivação destes objetivos, foram criados em 2008 os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF, que se constituem um dispositivo estratégico de melhoria na qualidade da assistência e cuidado prestados na Atenção Básica, permitindo o compartilhamento de saberes e ampliando a capacidade de resolutividade das equipes.

Com a proposta de integrar várias áreas, o NASF busca ser uma retaguarda especializada que tem como principal objetivo apoiar as Equipes de Saúde da Família (ESF). O foco do trabalho é o território e as atividades devem ser estruturadas “priorizando o atendimento compartilhado e interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas, gerando experiência para todos os profissionais envolvidos” (BRASIL, 2014, p.11).

Um dos conceitos fundamentais, que norteia a lógica de trabalho dos NASF é o referencial teórico-metodológico de apoio matricial, que se refere a uma estratégia de organização do trabalho em saúde, segundo a qual é possível a integração das ESF com os profissionais da equipe NASF. As ESF trazem suas demandas, necessidades e limites e esses são discutidos tendo como referencial diferentes saberes. Através dessa troca, espera-se que diminua a demanda por um trabalho clínico-assistencial e cresça a demanda por ações da esfera técnico-pedagógica (BRASIL, 2014, p.17).

Chiaverini (2011) ressalta, porém, que o processo de matriciamento não deve ser entendido como uma espécie de supervisão, ou como a atuação de um especialista dentro da equipe de atenção básica, o matriciador pode e deve participar ativamente dos processos terapêuticos.

¹ Residente de Psicologia do curso de Residência Multiprofissional em Saúde da Mulher pela Universidade Estadual de Londrina – UEL, departamento de enfermagem, Londrina/PR, edilaine.baccarin@yahoo.com.br.

² Tutora de campo do Doutora em Psicologia e professora do curso de Residência Multiprofissional em Saúde da Mulher pela Universidade Estadual de Londrina – UEL, doutora em psicologia e professora do departamento de psicologia geral e análise do comportamento da referida universidade, edneiahayashi@yahoo.com.br



Essa série de avanços no campo da saúde fortaleceu as reformas pelas quais passou o cuidado em saúde mental, que desde a década de 80 consolidou um movimento de combate à institucionalização de pessoas com transtornos graves, intensificando a luta por políticas que garantam o cuidado no território e o fortalecimento das redes de apoio.

O Caderno de Atenção Básica nº 34 publicado em 2013, é voltado para a Política de Saúde Mental, e reafirma ao longo de suas 176 páginas que todos os profissionais de saúde são corresponsáveis pelo cuidado e acolhida de todas as pessoas que buscam os serviços de saúde. Reafirma também que

a saúde mental não está dissociada da saúde geral. E por isso faz-se necessário reconhecer que as demandas de saúde mental estão presentes em diversas queixas relatadas pelos pacientes que chegam aos serviços de Saúde, em especial da Atenção Básica. Cabe aos profissionais o desafio de perceber e intervir sobre estas questões (...) privilegiamos as práticas de saúde mental que possam ser realizadas por todos os trabalhadores na Atenção Básica, independentemente de suas formações específicas (BRASIL, 2013).

Porém, Böing e Crepaldi (2010) apontam que embora a atuação e cuidado em saúde mental não sejam papel exclusivo do psicólogo, este tem uma especial contribuição. As autoras reforçam que o trabalho interdisciplinar envolve a troca de saberes, mas à medida que o faz, implica também a exploração máxima da especificidade de cada área envolvida.

O trabalho das autoras parte de uma revisão bibliográfica que abordou os principais documentos de referência para o trabalho do psicólogo, e evidencia uma lacuna quanto às orientações e reflexões sobre o papel do profissional na atenção básica. Em suas conclusões as autoras afirmam que nos documentos, os psicólogos são geralmente incluídos nos níveis de atenção secundário e terciário, e a relação com atenção básica se daria por meio do apoio matricial. No entender das autoras isso afirma o psicólogo com um especialista e não como um profissional de saúde geral, que se caracteriza por ser um

profissional que, embora tenha uma formação específica que lhe atribui um determinado campo de atuação, busca a compreensão de indivíduos em contextos, através de uma atuação interdisciplinar em que contribui com sua especificidade, refletindo, flexibilizando e contextualizando suas práticas. É essa postura que, na atenção básica, permite o desenvolvimento de uma atenção integral à saúde (BÖING; CREPALDI, 2010).

Nesse sentido, Anjos et al (2013), apontam que há um déficit de formação e capacitação de grande parte dos profissionais que compõem tanto as equipes do NASF, como as ESF, muitos dos quais possuem um visão fragmentada do que seja cuidado, impactando diretamente na qualidade da assistência prestada.

Os autores pontuam a necessidade de uma mudança da cultura organizacional do SUS, a fim de que se possa valorizar mais a qualidade dos processos do que a quantidade.

Considerando-se a assistência à saúde oferecida pelo SUS e a perspectiva que se tem acerca do NASF, tornam-se necessárias mudanças nesse sistema, sejam elas no âmbito da gestão ou do domínio da execução de ações qualificadas dos profissionais de saúde, uma vez que a cultura predominante nas práticas em saúde ainda é considerada um desafio que o NASF precisa superar para conseguir validar, de fato, suas diretrizes (ANJOS et al, 2013).

As autoras Leite, Nascimento e Oliveira (2014), confirmam tal raciocínio ao afirmar que os cursos de formação atuais ainda não atendem às necessidades e vulnerabilidades encontradas nos territórios, é necessário que os profissionais tenham uma visão menos fragmentada e mais singular dos fenômenos, “o descompasso entre a formação e o requerido no cotidiano de atuação gera insegurança e conflitos no ambiente de trabalho, sofrimento, adoecimento, com conseqüente impacto na qualidade de vida no trabalho” (LEITE; NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2014).

Os programas de residência multiprofissionais surgem nesse cenário como uma possibilidade de repensar os processos de trabalho e cuidado. Fuerwerker (2009), explora a importância dos cursos de residência como trabalho vivo, tecnologias leves que dentro da organização do trabalho em saúde permitem organizar a formação em ato, ou seja, no exato momento em que ocorre o encontro dos profissionais com o usuário. Na opinião da autora isso pode ser usado de forma inventiva, “possibilitando a abertura para o desafio, para ampliar a escuta, produzir novas tecnologias de cuidado, ampliar a construção compartilhada de projetos terapêuticos com a participação do usuário” (FUERWERKER, 2009).



É disto que trata o presente trabalho, um relato de experiência profissional em psicologia a partir de duas perspectivas diferentes de trabalho na atenção básica em saúde, discutindo o quanto residência multiprofissional tem permitido repensar a prática profissional da psicologia e o cuidado em saúde mental. Tal reflexão é muito necessária, sobretudo considerando sua contribuição para a construção de políticas públicas de saúde, que tal como apontam Böing e Crepaldi (2010), sejam integradoras, e definam com mais clareza os papéis do psicólogo e sua importância na atenção básica em saúde.

2 MATERIAL E MÉTODOS

A ideia de relatar meu tempo de experiência como psicóloga na atenção básica, surgiu a partir de algumas reflexões que vivenciei como profissional do NASF, onde trabalhei durante dois anos. Tais reflexões me incomodaram tão profundamente a ponto de me fazer optar por um curso de Residência Multiprofissional em Saúde em Saúde da Mulher ofertado pela Universidade Estadual de Londrina – UEL, na cidade de Londrina que fica no norte do Paraná, estado da região Sul do Brasil.

Início, portanto, diferenciando as peculiaridades das duas experiências vivenciadas.

Contexto A – Dois anos (2013-2015) de trabalho como psicóloga de uma equipe NASF em um Município da Região Metropolitana de Londrina, com cerca de 100 mil habitantes.

Nesse período estavam implantadas duas equipes NASF, cuja composição se alterava constantemente. Era comum a falta de profissionais e dificuldade na reposição dos mesmos. Minha equipe atendia 6 UBS, totalizando 11 ESF acompanhadas. Tive a oportunidade de trabalhar com profissionais das áreas de fisioterapia, educação física, fonoaudiologia, nutrição e serviço social.

Minha rotina de trabalho se organizava de maneira a estar um período por semana em cada UBS (manhã ou tarde) em que eram agendados grupos de escuta psicológica ou acolhidas individuais; um período para reunião de equipe; e nos três períodos restantes organizávamos visitas domiciliares, reuniões de matriciamento (geralmente mensais) e grupos multiprofissionais.

Carga horária: 40 horas.

Contexto B - 5 meses (março a agosto de 2015) de trabalho como psicóloga residente do curso de Residência Multiprofissional em Saúde da Mulher, ofertado pela Universidade Estadual de Londrina UEL, e que atua nas cidades de Londrina e Cambé, no estado do Paraná, região Sul do Brasil. Faço parte da terceira turma deste programa que conta com 8 enfermeiras, 2 psicólogas, 2 profissionais de educação física, 2 farmacêuticas e 2 nutricionistas, totalizando 16 profissionais. Dividimos-nos em 4 UBS, sendo 3 em Londrina e 1 em Cambé.

O objetivo geral deste programa de residência é formar profissionais aptos para realizar ações de caráter multidisciplinar e interdisciplinar que visem a promoção, prevenção e recuperação da saúde da mulher em idade reprodutiva, nos diferentes níveis de atenção, com base no perfil epidemiológico, a fim de propiciar intervenções críticas no trabalho em equipe e melhoria na qualidade de vida da mulher.

Minha equipe é composta por duas enfermeiras, uma profissional de Educação Física e eu como psicóloga. A UBS a que pertencemos tem uma população estimada em 20 mil habitantes. Apoiamos três ESF.

Minha rotina de trabalho se organiza a partir das atividades multiprofissionais (grupos, visitas domiciliares conjuntas e consultas compartilhadas), e conta com algumas visitas e acolhidas específicas da psicologia.

Carga horária: 60 horas semanais (sendo 80% em atividades práticas e 20% teóricas).

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Sem dúvida seria impossível relatar e discutir aqui todas as provocações que ambas experiências me causaram. Contudo procurarei a partir de alguns pontos de reflexão, analisar aspectos que marcam profundamente o trabalho do psicólogo e o cuidado em saúde mental na atenção básica.

O primeiro aspecto é o tempo de permanência no território e sua implicação nos vínculos criados com as equipes. Como descrito, em minha experiência como Psicóloga do NASF tive pouca oportunidade de compartilhar o cotidiano das equipes que eu acompanhava. Um período por semana é muito pouco no estabelecimento de vínculos efetivos e não pude me sentir parte daquelas equipes. Isso prejudicava muito a integralidade e continuidade dos cuidados.

A Residência tem me possibilitado estar todos os dias (exceto quinta-feira onde são desenvolvidas as aulas teóricas) em uma mesma UBS, o que permite captar o movimento do território, da população e dos profissionais que compõem a UBS e ao mesmo tempo fazer parte disso.

Afonso (2006) afirma a importância do pertencimento, da identificação entre os membros de um grupo e destes com a tarefa, pois são estes critérios que permitem e sustentam a cooperação grupal. Por isso mesmo eu me questionava: como poderia vivenciar as experiências de trabalho e produzir um cuidado efetivo, sem me fazer presente nas realidades? E quando ali estava, sem compartilhar os cotidianos? Pois chegava na unidade para



atender a uma agenda previamente estabelecida que não me deixava espaço para o contato significativo com as equipes...

Certamente isso interfere em outro aspecto, que é a possibilidade de realizar ações de matriciamento. Como já apontado anteriormente, diferente de uma supervisão, as ações de matriciamento acontecem concomitante ao processo de trabalho e ao cuidado em saúde. Em minha experiência no NASF, como não havia vínculo fortemente estabelecido com as equipes e tínhamos reuniões conjuntas apenas uma vez ao mês, acontecia que estas se convertiam em um lugar de discussões dos casos graves, onde as ESF se viam impotentes para continuar o cuidado, desejando então encaminhar os casos para atendimento especializado. Não havia troca de saber, mas transferência do cuidado sem corresponsabilização pelo mesmo.

Procurei desenvolver ali algumas ações de capacitação, como também compartilhar alguns aspectos que pudessem contribuir para o cuidado. Porém percebia um entrave imposto às equipes que vivenciavam uma grande desestruturação em termos de recursos humanos (constante falta de profissionais nas ESF e na UBS como um todo) e recursos materiais (carro, materiais para o trabalho).

Assim, quando na reunião de matriciamento ao invés de assumirmos o caso, buscávamos compartilhar os cuidados, as equipes muitas vezes tentavam esquivar-se, por não ter condição de oferecer algo mais.

Outra dificuldade que percebi nas ações de matriciamento, é quanto à própria especificidade dos fenômenos psicológicos, que não se apresentam como algo dado, exato, mas são fenômenos subjetivos e complexos. Cada ser é único e a intervenção psicológica se baseia no conhecimento da história individual do sujeito, bem como do seu contexto. Era muito difícil propor intervenções com as equipes sem conhecer as realidades relatadas, pois não se trata de transmitir uma informação ou orientação, trata-se de conhecer aquele contexto e através da percepção do mesmo, poder refletir intervenções que resultem em algum efeito para saúde e cuidado do indivíduo e de sua família.

Percebi que o matriciamento é um processo que se constrói com as equipes, nas vivências, nas visitas compartilhadas, onde os profissionais conseguem perceber os diferentes manejos e assim podem se apropriar das formas de intervenção, é algo que vai além da transmissão: é uma experiência!

Tenho para mim que a lógica de apoio matricial é uma tecnologia de ponta que depende de uma base que ainda precisa se consolidar. Neste ponto recordo-me da teoria de Abraham Maslow que disserta acerca da pirâmide de necessidades, apontando o quanto o ser humano necessita ter satisfeitas suas necessidades primárias, para então atingir os demais estratos da pirâmide. Penso que, para que o apoio matricial na atenção básica seja eficaz, depende que toda a estrutura consiga funcionar adequadamente.

O que quero dizer, é que vivenciei muitas situações onde participava de reuniões com as equipes e definíamos projetos terapêuticos que depois se perdiam ao longo do tempo, muitas vezes pelo excesso de demandas que recaem sobre a atenção básica, que é a responsável por coordenar o cuidado. Percebemos que na prática de muitas equipes, as ações acontecem quando a atenção básica já não consegue dar conta do cuidado. Em outras palavras, cuidamos daqueles que apresentam situações graves que exigem intervenção imediata e em conjuntos com os demais níveis de atenção, e nos descuidamos de ações de prevenção e promoção à saúde.

Confirmando essas percepções em minha experiência atual, onde tenho maior possibilidade de compartilhar ações com a equipe. Então, ao fazer uma visita ou uma intervenção acompanhada dos demais profissionais, estes, ao perceberem a atuação da psicologia, incorporam também esse saber e reproduzem práticas de cuidado contextualizadas. De igual forma eu também me aproprio dos saberes oferecidos pelos demais profissionais. Isso não acontece pela transmissão, mas pela vivência!

Outro aspecto fundamental para o desenvolvimento das ações que também desejo discutir aqui, é a importância da intervenção em equipe multiprofissional. Sabe-se que por meio da cooperação entre os profissionais, agrega-se maior capacidade de análise e intervenção sobre as situações colocadas, produzindo assim ações mais abrangentes e integradas (MS, 2014, p. 19).

Em minha experiência no NASF, por conta do excesso de demandas e da falta de recursos materiais (carro, salas), desenvolvíamos poucas ações compartilhadas, raramente nos encontrávamos ao longo da semana. E quando desenvolvíamos alguma atividade coletiva, percebíamos a dificuldade em integrarmos ações e saberes. Atuávamos juntos, mas sem a cumplicidade necessária.

Hoje enquanto residente, organizamos as agendas em outra direção. Definimos primeiramente as ações compartilhadas que desenvolveríamos enquanto equipe, para depois construir as possibilidades de agendas individuais. Além disso, estou cotidianamente no mesmo campo que minha equipe, encontro todos os dias os profissionais. Isso possibilita compartilhar não apenas ações, mas também desafios e reflexões.

O último aspecto que gostaria de discutir é o que se refere à qualidade de vida do profissional. No tempo em que atuei no NASF vivenciei muitas angústias: as muitas demandas que não tinha condição de responder; o excesso de cobranças das equipes por resultados e por presença nas unidades; e principalmente a solidão vivida pela falta de pertencimento.

As autoras Leite, Nascimento e Oliveira (2014) realizaram uma pesquisa com trabalhadores dos NASF em uma região da cidade de São Paulo tendo como objetivo avaliar a questão da Qualidade de Vida no Trabalho e apontam que, muitas vezes a "insatisfação e a incompreensão vivenciadas no processo de trabalho podem



desencadear alterações emocionais que geram mudanças no estilo de vida dos trabalhadores, podendo interferir na capacidade de execução de tarefas cotidianas e por vezes provocar doenças” (LEITE; NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2014).

O estudo demonstrou que aspectos do trabalho como falta de estrutura, imaturidade profissional, sobrecarga, insatisfação e falta de trabalho interdisciplinar são fatores que podem interferir negativamente na qualidade de vida dos profissionais. As autoras consideram o fato de o trabalho das equipes NASF ser ainda recente, mas ressaltam a necessidade de modificações e adequações, bem como do desenvolvimento de ações que visem a qualidade de vida do profissional.

Enquanto residente, vivencio ainda diversas situações ligadas ao trabalho que podem também repercutir em minha qualidade de vida: ainda há excesso de demandas, pois apesar de estar em uma única UBS, esta presta atendimento a uma população de 20 mil habitantes, e sabemos que demandas de saúde mental são constantes e se correlacionam com muitos problemas de saúde que chegam à atenção básica. Mas o fato de pertencer a uma equipe e a um território, me permite enfrentar como mais segurança e respaldo tais desafios.

Diante de tudo que foi possível refletir, pode permanecer a dúvida: será que não é pouco o tempo de trabalho para chegar a tais conclusões? Inclusive em muitos lugares onde compartilhei tais inquietações, pude encontrar psicólogos que defendem fortemente que a inserção do psicólogo na política de atenção básica deve ser através do NASF, e que a psicologia neste contexto tem como função desenvolver grupos e acompanhar as equipes.

Respondo aqui que certamente a duração do meu trabalho como psicóloga do NASF e como residente do curso de especialização em saúde da mulher pode ser considerada relativamente pouca, mas de uma intensidade de vivências e de um constante refletir sobre as práticas, que me permitem sim avaliar com segurança que podemos mais que o apoio matricial e a oferta de grupos.

Defendo, baseada em muitas das afirmações aqui expostas, sobretudo no trabalho de Böing e Crepaldi (2010), que precisamos avançar na luta por um lugar mais politicamente definido da psicologia na atenção básica, e devemos enquanto categoria defender o alcance que nossa profissão permite no cuidado a saúde das pessoas.

Vivemos um momento de reestruturação dos serviços de saúde mental. A lógica do trabalho através das redes de apoio, CAPS e o cuidado no território é ainda muito recente e gera dúvidas e inseguranças sobretudo quanto à assistência aos sujeitos com transtornos moderados e graves. Porém esse não é o foco da atenção básica, que inclui também o cuidado e a atenção aos transtornos leves, bem como à promoção e prevenção, que podem e devem ser oferecidos no território.

Acredito que mesmo quando o processo de implantação dos NASF se consolidar e o trabalho das equipes estiver de fato pautado nas diretrizes que lhe são próprias, ainda será necessária a presença do psicólogo como profissional de saúde inserido nas equipes de atenção básica, pois as duas funções não se anulam, mas se complementam.

A demanda de saúde mental é imensa! E reafirmo: a psicologia tem um lugar que lhe cabe nos serviços de atenção básica e que ainda precisa ser reconhecido e conquistado!

4 CONCLUSÕES

Não há como negar o avanço que representa a criação dos NASF e a lógica de apoio matricial para a atenção básica, possibilitando o cuidado à saúde de forma ampliada. Como toda mudança, ainda gera impactos e provoca reflexões que, se consideradas, permitirão sua melhor adaptação.

Certamente, os cursos de Residência em Saúde têm muito a contribuir nessas melhorias, desde que ambos possam integrar suas ações, reflexões e resultados, buscando garantir uma assistência e cuidado em saúde que possa repercutir em qualidade de vida e humanização à população e aos profissionais.

No que tange à psicologia, verificou-se a necessidade de transpor esse lugar de especialista para compor as equipes de atenção básica como profissional de saúde, ampliando a possibilidade de contribuir com a especificidade do seu saber.

Considerando o excesso de demandas que chegam cotidianamente à atenção básica, e que grande parte delas sofre interferência dos fenômenos psicológicos, há que se lutar pela ampliação do espaço da psicologia nas UBS, a fim de que nossa presença seja significativa e efetiva, e que as ações de matriciamento em saúde mental sejam aprimoradas.

Essa é uma luta de toda a categoria e de todos os profissionais que atuam na atenção básica.

REFERÊNCIAS

AFONSO, M. L. M. (Org.). **Oficinas em dinâmica de grupo: um método de intervenção psicossocial**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.



ANJOS, K. F. dos; MEIRA, S. S.; FERRAZ, C. E. de O. et al. Perspectivas e desafios do núcleo de apoio à saúde da família quanto às práticas em saúde. **Saúde em Debate**, vol. 37, n. 99, Rio de Janeiro, out/dez 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042013000400015&lang=pt. Acesso em 28 jul. 2015.

BÖING, E.; CREPALDI, M.A. O Psicólogo na atenção básica: uma incursão pelas políticas públicas de saúde Brasileiras. **Psicologia Ciência e Profissão**, vol. 30, n. 3, Brasília, set. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932010000300014. Acesso em 01 ago. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em 31 jul. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental** (Caderno de Atenção Básica 34). Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176 p. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf. Acesso em 30 jul. 2015.

BRASIL. Ministério da saúde. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família – Volume 1: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano** (CAB 39). Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116 p.

CHIAVERINI, D. H. (ORG). **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, Brasília, 2011. 236 p.

FUERWERKER, L. No olho do furacão: contribuição ao debate sobre a residência multiprofissional em saúde. **Interface** (Botucatu), vol.13, n.28, Botucatu, Jan./Mar. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-2832009000100020&lang=pt. Acesso em 06 ago. 2015.

LEITE, D. F.; NASCIMENTO, D. D. G. do; OLIVEIRA, M. A. de C. Qualidade de vida no trabalho de profissionais do NASF no município de São Paulo. **Physis**, vol.24, n.2, Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312014000200507&lang=pt. Acesso em: 03 ago. 2015.