

MINISTÉRIO DA SAÚDE

**EQUIPE de REFERÊNCIA**  
**e**  
**APOIO**  
**MATRICIAL**

Brasília - DF  
2004

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Secretaria-Executiva  
Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização

**HumanizaSUS**  
**EQUIPE DE REFERÊNCIA E APOIO MATRICIAL**

Série B. Textos Básicos de Saúde

Brasília – DF  
2004

© 2004 Ministério da Saúde.  
Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e não seja para venda ou qualquer fim comercial.  
Todos os direitos patrimoniais de autor, cedidos ao Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde.

Série B. Textos Básicos de Saúde

Tiragem: 1.ª edição – 2004 – 15.000 exemplares

*Elaboração, distribuição e informações:*  
MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Secretaria-Executiva  
Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização  
Espalçada dos Ministérios, bloco G, Edifício Sede,  
3.º andar, sala 336  
CEP: 70058-900, Brasília – DF  
Tels.: (61) 315 2587 / 315 2957  
E-mail: humanizasus@saude.gov.br

Home page: [www.saude.gov.br/humanizasus](http://www.saude.gov.br/humanizasus)

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

*Texto:*  
Raquel Teixeira Lima  
Stella Maris Chebli

*Organização das cartilhas da PNH:*  
Eduardo Passos

*Elaboração de texto, diagramação e layout:*  
Cristina Maria Eitler (Kita)

*Fotos:*  
Delegados participantes da 12.ª Conferência Nacional de Saúde (realizada em Brasília, de 7 a 11 de dezembro de 2003), fotografados no stand do HumanizaSUS

*Fotógrafo:*  
Cléber Ferreira da Silva

#### Ficha Catalográfica

---

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização.

HumanizaSUS: equipe de referência e apoio matricial / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

16 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

1. SUS (BR). 2. Política de saúde. 3. Prestação de cuidados de saúde. I. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. II. Título. III. Série.

NLM WA 30 DB8

---

Catálogo na fonte – Editora MS – OS 2004/1165

*Títulos para indexação:*

Em inglês: HumanizaSUS. Reference Team and Matrix Support

Em espanhol: HumanizaSUS. Equipo de Referencia y Apoyo Matriz

EDITORA MS  
Documentação e Informação  
SIA, trecho 4, lotes 540 / 610  
CEP: 71200-040, Brasília – DF  
Tels.: (61) 233 2020 / 233 1774  
Fax: (61) 233 9558  
E-mail: [editora.ms@saude.gov.br](mailto:editora.ms@saude.gov.br)  
Home page: [www.saude.gov.br/editora](http://www.saude.gov.br/editora)

*Equipe editorial:*  
Normalização: Leninha Silvério  
Revisão: Mara Pamplona, Ricardo Bortoleto

# O Ministério da Saúde Implementa a Política Nacional de Humanização (PNH)

## HumanizaSUS

O HumanizaSUS é a proposta para enfrentar o desafio de tomar os princípios do SUS no que eles impõem de mudança dos modelos de atenção e de gestão das práticas de saúde. O Ministério da Saúde decidiu priorizar o atendimento com qualidade e a participação integrada dos gestores, trabalhadores e usuários na consolidação do SUS. Eis a aposta do HumanizaSUS.



Por humanização entendemos a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde. Os valores que norteiam esta política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a participação coletiva no processo de gestão e a indissociabilidade entre atenção e gestão.



A PNH não é para nós um mero conjunto de propostas abstratas que esperamos poder tornar concreto. Ao contrário, partimos do SUS que dá certo. Para nós, então, o HumanizaSUS se apresenta como uma política construída a partir de experiências concretas que identificamos e queremos multiplicar. Daí a importância da função multiplicadora das “Cartilhas da PNH”. Com elas, esperamos poder disseminar algumas tecnologias de humanização da atenção e da gestão no campo da saúde.

Brasília, 2004



**A** reforma e ampliação da clínica e das práticas de atenção integral à saúde – como a responsabilização e a produção de vínculo terapêutico – dependem, fundamentalmente, da instituição de **novos padrões de relacionamento entre os profissionais de saúde e os usuários dos serviços.**

Os padrões de relacionamento, por sua vez, são decorrentes, em grande parte, dos estilos de gestão e da estrutura de poder existente nas instituições. Um serviço de saúde onde as decisões são tomadas por um pequeno grupo que ocupa cargos mais altos na hierarquia deste serviço, e cuja organização é baseada no poder das corporações profissionais, tende a gerar descompromisso e falta de interesse de participação na maioria dos trabalhadores. Processos de trabalho



centrados em procedimentos burocráticos, e que se restringem a prescrever, tendem a fragilizar o envolvimento dos profissionais de saúde com os usuários.

Para evitar tais tendências é preciso investir na mudança da estrutura assistencial e gerencial dos serviços de saúde. É preciso criar novas formas de organização, **novos arranjos organizacionais**, capazes de produzir outra cultura e de lidar com a singularidade dos sujeitos.

Esses novos arranjos devem ser **transversais**, no sentido de produzir e estimular padrões de relação que perpassem todos trabalhadores e usuários, favorecendo a troca de informações e a ampliação do compromisso dos profissionais com a produção de saúde.

As **equipes de referência** e o **apoio matricial** são dois arranjos organizacionais que apresentam essas características de **transversalidade**.



A equipe de referência contribui para tentar resolver ou minimizar a falta de definição de responsabilidades, de vínculo terapêutico e de integralidade na atenção à saúde, oferecendo um tratamento digno, respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo.

É muito comum, quando não se tem a equipe de referência, que o usuário seja responsável de todos os profissionais e, ao mesmo tempo, de nenhum. Cada um se preocupa com a “sua” parte (que é cada vez menor com a especialização e burocratização) e ninguém se preocupa com a “costura” das diversas intervenções num projeto terapêutico coerente e negociado com o usuário e na equipe. Ou seja, supõe-se que o sujeito pode ser fatiado em pedaços e reduzido a diagnósticos, por abordagens profissionais diferentes, e que no fim da “linha de produção”, depois que cada profissional *apertou um parafuso*, chegar-se-á num usuário integralmente atendido e com seus problemas resolvidos. Não é o que acontece. Um ditado popular ilustra bem esta situação: “cão com muitos donos passa fome”.

As equipes de referência propõem um novo sistema de referência entre profissionais e usuários, cujo funcionamento pode ser descrito







da seguinte forma: cada unidade de saúde se organiza por meio da composição de equipes, formadas segundo características e objetivos da própria unidade, e de acordo com a realidade local e disponibilidade de recursos. Essas equipes obedecem a uma composição multiprofissional de caráter transdisciplinar, isto é, reúnem profissionais de diferentes áreas, variando em função da finalidade do serviço/unidade (por exemplo: equipe de saúde da família quando for uma Unidade de Saúde da Família).

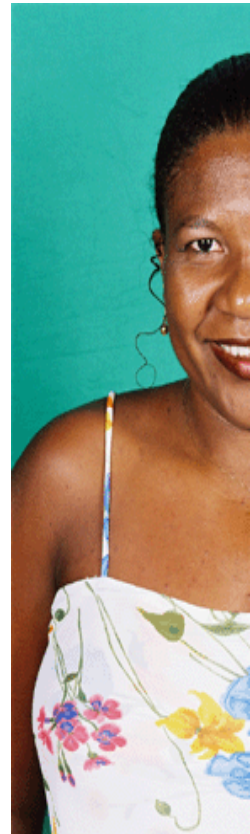
As equipes podem também se organizar a partir de uma distribuição territorial. Neste caso, os usuários de um território são divididos em grupos, sob a responsabilidade de uma determinada equipe de saúde, denominada **equipe de referência territorial**.

Assim, em uma unidade de saúde mental, de reabilitação, ou em um hospital ou ambulatório de especialidades, são organizadas equipes de referência

multiprofissionais com caráter transdisciplinar (variando segundo o objetivo e característica do serviço) que se responsabilizam pela saúde de um certo número de pacientes inscritos, segundo sua capacidade de atendimento e gravidade dos casos.

Do mesmo modo, em uma unidade/serviço de saúde da família, que já trabalha com a concepção de equipes de referência territoriais, várias famílias são selecionadas e registradas para ficarem sob a responsabilidade de um médico, enfermeira de família, auxiliares e agentes comunitários de saúde.

**Cada equipe de referência torna-se responsável pela atenção integral do doente, cuidando de todos os aspectos de sua saúde, elaborando projetos terapêuticos e buscando outros recursos terapêuticos, quando necessário (ver apoio matricial).**





Essa equipe passa a ter a responsabilidade principal pela condução do caso. Geralmente, as equipes de referência, para existirem de fato, precisam disponibilizar períodos de tempo para se reunir, discutir seus projetos terapêuticos e conversar. E para isso é preciso que haja um clima democrático propício à livre expressão das idéias, independente da profissão de cada um.

**A diferença profissional e pessoal de cada membro da equipe possibilita vínculos e olhares diferentes sobre o sujeito doente. Estas diferenças permitem enxergar caminhos para o projeto terapêutico. Caminhos que, de maneira isolada, dificilmente seriam encontrados.**

Nas equipes de referência fica evidenciada a importância de cada trabalhador e a interdependência entre os diferentes profissionais, o que possibilita uma valorização profissional atrelada a resultados, e não somente ao *status* ou prestígio de determinadas profissões. Por isso

as equipes de referência dependem (e são instrumentos) de um modelo de gestão mais democrático, centrado nos resultados para o usuário, e não na produção de procedimentos terapêuticos.

○ **apoio matricial** é um arranjo na organização dos serviços que complementa as equipes de referência. Já que a equipe de referência é **A** responsável pelos **SEUS** pacientes, ela geralmente não os encaminha, ela pede apoio. A quem a equipe de referência pede apoio? Tanto aos serviços de referência/especialidades (e/ou aos especialistas isolados) quanto a outros profissionais que lidam com o doente.

Os serviços de referência/especialidades que dão apoio matricial passam a ter dois “usuários” sob sua responsabilidade: “os usuários do serviço” para o qual ele é referência e “o próprio serviço”. Isso significa que o serviço de referência/especialidades participa junto com as equipes de referência, sempre que necessário,





da confecção de projetos terapêuticos dos pacientes que são tratados por ambas as equipes, e ajuda as equipes de referência a incorporarem conhecimentos para lidar com casos mais simples. Por exemplo: um centro de referência em oncologia pode desenvolver formas de contato com as equipes de atenção básica ou secundária, que implique em participar de reuniões das equipes para discutir projetos terapêuticos de pacientes tratados conjuntamente.

Pode, também, fazer seminários para que a equipe incorpore conhecimentos (como tratar determinados aspectos da quimioterapia, por exemplo), realizar atendimentos conjuntos, disponibilizar contatos para situações emergenciais, etc. Sem esquecer que o próprio serviço de referência pode trabalhar internamente com equipes de referência e apoio matricial.

Tudo isso ajuda a superar a velha idéia de encaminhamento (e de referência e contra-referência), torna possível o vínculo terapêutico

e coloca o tratamento mais próximo do usuário e das equipes que o conhecem há mais tempo.

**Como dissemos anteriormente, a equipe de referência pede apoio não somente a especialistas, mas também a profissionais que estão mais próximos do usuário, e que por isto mesmo são capazes de enxergar outros aspectos de sua vida (sua inserção social, situação afetiva, outros problemas orgânicos, etc.). Isto garante que, no conjunto das intervenções terapêuticas, ocorram mais benefícios do que danos e que o projeto terapêutico envolva um compromisso com o usuário.**

O apoio matricial é, portanto, uma forma de organizar e ampliar a oferta de ações em saúde, que lança mão de saberes e práticas especializadas, sem que o usuário deixe de ser cliente da equipe de referência.

A equipe de referência e o apoio matricial, juntos,





permitem um modelo de atendimento voltado para as necessidades de cada usuário: as equipes conhecem os usuários que estão sob o seu cuidado e isso favorece a **construção de vínculos terapêuticos e a responsabilização** (definição de responsabilidades) das equipes. Esse modelo, além de reunir profissionais de diferentes áreas do conhecimento permite que estes atuem de **modo transdisciplinar**, sem utilizar percursos de encaminhamentos intermináveis, e sem lançar mão da burocracia da referência – o serviço de origem, onde o usuário deu entrada – e da contra-referência – o serviço para o qual o sujeito é referido. Permite ainda a expressão dos saberes, desejos e práticas dos profissionais, bem como um melhor acompanhamento do processo saúde/doença/intervenção de cada sujeito-usuário. As equipes de referências e o apoio matricial constituem-se, assim, como **ferramentas indispensáveis para a humanização da atenção e da gestão em saúde.**

## CONHEÇA AS OUTRAS CARTILHAS DA PNH:

- ACOLHIMENTO COM AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
- AMBIÊNCIA
- CLÍNICA AMPLIADA
- GESTÃO E FORMAÇÃO NOS PROCESSOS DE TRABALHO
- GESTÃO PARTICIPATIVA/CO-GESTÃO
- GRUPO DE TRABALHO DE HUMANIZAÇÃO
- PRONTUÁRIO TRANSDISCIPLINAR E PROJETO TERAPÊUTICO
- VISITA ABERTA E DIREITO A ACOMPANHANTE
- HUMANIZAÇÃO E REDES SOCIAIS





