

## TRABALHO DO APOIADOR MATRICIAL: DIFICULDADES NO ÂMBITO DA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

Amanda de Araújo ROMERA<sup>a</sup>, Anne Jaquelyne Roque BARRÊTO<sup>b</sup>, Lenilde Duarte de SÁ<sup>c</sup>,  
Sandra Aparecida de ALMEIDA<sup>d</sup>, Jordana de Almeida NOGUEIRA<sup>e</sup>, Célia Maria Cartaxo Pires de SÁ<sup>f</sup>

### RESUMO

Estudo exploratório, tendo como referência a abordagem qualitativa, que objetivou identificar as dificuldades vivenciadas pelo apoiador matricial em sua prática na Atenção Básica em Saúde. O cenário do estudo foram seis unidades de saúde da família localizadas em um dos cinco Distritos Sanitários de João Pessoa-PB. A coleta de informações foi realizada no período de agosto a setembro de 2010, por meio de entrevistas semidirigidas, de que participaram dez profissionais que atuavam como apoiadores matriciais. De acordo com as falas, as dificuldades enfrentadas relacionam-se ao desconhecimento de alguns profissionais da equipe de saúde a respeito da função de apoiador matricial na Atenção Básica em Saúde; à falta de autonomia e à sobrecarga administrativa. Nesse sentido, sugere-se que haja um processo de reflexão sobre o trabalho do apoiador matricial com a equipe de saúde, no intuito de conhecerem melhor possíveis contribuições desse profissional à reorganização do processo de trabalho da equipe de atenção básica.

**Descritores:** Enfermagem. Atenção primária à saúde. Gestão em saúde.

### RESUMEN

*Investigación cualitativa bajo el análisis de contenido, modalidad temática, objetivó identificar las dificultades vividas por el asistente matricial en su práctica en la Atención Primaria de Salud. El escenario del estudio fueron seis unidades de salud de la familia localizadas en uno de los cinco Distritos Sanitarios de João Pessoa-PB. La recopilación de informaciones fue realizada en el período de agosto a septiembre de 2010, por medio de entrevistas semidirigidas, en las que participaron diez profesionales que actuaban como asistentes matriciales. De acuerdo con las declaraciones, las dificultades enfrentadas se relacionan al desconocimiento de algunos profesionales del equipo al respecto de la función de asistente matricial en la Atención Básica; falta de autonomía y la sobrecarga administrativa. En ese sentido, se sugiere que haya un proceso de reflexión sobre el trabajo del asistente matricial con el equipo de salud con la finalidad de (re)conocer qué contribución(es) aporta ese profesional en la atención básica.*

**Descriptorios:** Enfermería. Atención primaria de salud. Gestión en salud.

**Título:** Trabajo del asistente matricial: dificultades en el ámbito de la atención primaria en salud.

a Mestranda em Enfermagem pela UFPB. Enfermeira Assistencial no Complexo Hospitalar de Mangabeira Governador Tarcísio Burity. Membro do Grupo de Estudos e Qualificação em Tuberculose da Paraíba. João Pessoa, Paraíba, Brasil.

b Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Docente da Universidade Federal de Campina Grande e Faculdade de Enfermagem Nova Esperança. Membro do Grupo de Estudos e Qualificação em Tuberculose da Paraíba. João Pessoa, Paraíba, Brasil.

c Pós-Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP). Professor Associado III da UFPB. Coordenadora Geral de Pós-Graduação da UFPB. João Pessoa, Paraíba, Brasil.

d Doutoranda em Enfermagem pela UFPB. Docente da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança. Membro do Núcleo de Estudos em HIV/AIDS, Saúde e Sexualidade vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf) da UFPB. João Pessoa, Paraíba, Brasil.

e Pós-Doutora em Enfermagem pela EERP-USP. Professor Adjunto IV da UFPB. Coordenadora do PPGEnf da UFPB. João Pessoa, Paraíba, Brasil.

f Especialista em Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social e em Gestão de Políticas do Cuidado em Saúde Pública pela UFPB. Docente da Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba. Servidora Municipal da Prefeitura Municipal de João Pessoa.

## ABSTRACT

*Qualitative research under the analysis of contents, thematic modality, aimed to identify the difficulties lived by the matricial supporter in its practice in the Primary Health Care. The scenery of the study were six units of family health located in one of the five Sanitary Districts of João Pessoa-PB. The data collection was performed from August to September 2010, through semi directed interviews, in which ten professionals who worked as matricial supporters participated. According to the speeches the difficulties faced relate to the ignorance of some professionals of the health team toward the function of the matricial supporter in the Basic Health Attention; lack of autonomy and administrative overload. In this sense, it is suggested that a process of reflection about the work of the matricial supporter with the health team aiming to acknowledge which contribution of this professional in the reorganization of the work of the team of basic attention.*

**Descriptors:** Nursing. Primary health care. Health management.

**Title:** Matrix support work: difficulties in the scope of basic healthcare.

## INTRODUÇÃO

A Atenção Primária em Saúde (APS) compreendida como a porta preferencial de entrada para o sistema de saúde é responsável pela coordenação e condução do cuidado do indivíduo, família e comunidade<sup>(1)</sup>.

Nos anos noventa, a concepção da APS no Brasil foi ampliada com objetivo de melhor atender a nova política de saúde implantada, com o Sistema Único de Saúde (SUS), “baseada nos princípios da universalidade, equidade e integralidade e nas diretrizes organizacionais de descentralização e participação social”<sup>(2)</sup>. Nesta perspectiva, no Brasil, passou-se a usar o termo de Atenção Básica em Saúde (ABS) a fim de expressar a concepção ampliada da APS, sendo o Saúde da Família a estratégia prioritária e modelo substitutivo para organização da atenção básica no país<sup>(2,3)</sup>.

As funções primordiais da ABS, a fim de potencializar o funcionamento do sistema, relacionam-se à coordenação da atenção à saúde dos usuários compartilhados em várias instâncias da rede assistencial e a capacidade de selecionar as pessoas que necessitam de acesso a cuidados mais complexos ofertados em outros níveis do sistema de saúde<sup>(4)</sup>. Entretanto, no Brasil, essas funções ainda são pouco praticadas, considerando a construção da integralidade na rede assistencial em saúde no país<sup>(5)</sup>.

O entendimento de integralidade, adotada neste estudo, relaciona-se ao princípio doutrinário do SUS, descrito como: “a garantia do fornecimento de um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos, curativos e coletivos, exigidos em cada caso para todos os níveis de complexidade de assistência, englobando ações de promoção, proteção e recuperação da saúde”<sup>(6)</sup>.

Ao considerar esse entendimento alguns problemas impactam esse processo e estão intimamente

relacionados às questões de ordem organizacional e gerencial, as quais se destacam: a fragmentação da atenção e a responsabilização clínica insuficiente e inadequada; a valorização social/organizacional diferenciada de saberes profissionais e de serviços complementares entre si e; mecanismos de contrato e regulação que não valorizam o território e a corresponsabilidade dos serviços de saúde<sup>(5)</sup>.

Na perspectiva de enfrentar esses desafios, o Ministério da Saúde propôs a estratégia do Apoio Matricial para facilitar o direcionamento dos fluxos na ABS, promovendo uma articulação entre a gestão e equipes de saúde. O Apoio matricial é um arranjo organizacional e uma metodologia para gestão do trabalho em saúde, objetivando ampliar as possibilidades de realizar-se clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões. É um dispositivo que propõe a reorganização dos serviços de saúde fundada na responsabilidade sanitária, o qual utiliza a educação permanente como eixo norteador desse trabalho<sup>(1,5)</sup>.

Nesse sentido, o profissional de saúde, na função de apoiador matricial (AM), deverá possuir competências e habilidades tanto pedagógicas quanto gerenciais que favoreçam a construção dos espaços de diálogos coletivos e democráticos; a fim de desencadear a reorganização do processo de trabalho e a transformação de práticas de cuidado orientadas pela integralidade da atenção<sup>(5)</sup>.

Destaca-se que, na literatura pesquisada, há escassez de estudos que evidenciem as dificuldades no trabalho do apoiador matricial no âmbito da ABS, os que existem, na maioria deles, específicos para área de saúde mental.

Com gradativa inserção do AM nos serviços de ABS, há necessidade de conhecer como é desen-

volvido o trabalho desse profissional relacionado, principalmente, as dificuldades enfrentadas no cotidiano do trabalho.

Na perspectiva de abranger o fenômeno a ser pesquisado, o presente estudo objetivou identificar as dificuldades vivenciadas pelo apoiador matricial em sua prática na ABS.

Este artigo é um recorte da monografia intitulada Apoio Matricial realizado nas equipes de Saúde da Família<sup>(7)</sup>.

## CAMINHO METODOLÓGICO

Trata-se de estudo exploratório, tendo como referência a abordagem qualitativa. A pesquisa foi realizada em seis Unidades de Saúde da Família (USF) localizadas em um dos cinco Distritos Sanitários (DS) do município de João Pessoa/PB. A escolha do DS se fez em função de ser um dos mais populosos do município, com 52 equipes de Saúde da Família e 37 USF. Destas, cabe destacar que seis são Unidades Integradas (UI), ou seja, serviços compostos, cada um, quatro equipes de saúde. Salienta-se que cada UI é acompanhada, em média, por dois AM, somando 12 profissionais nesses serviços. A escolha dessas UI se deu por representarem quase 50% das equipes de saúde da família nesse distrito.

Para a definição da amostra do estudo foram adotados os seguintes critérios: atuar como AM na unidade integrada de saúde da família e estar nessa função na mesma unidade há, minimamente, seis meses. Não se previram critérios de exclusão, todavia, todos os 12 AM das UI se enquadraram. Salienta-se que a finalização da coleta de dados, também, foi orientada pela técnica de saturação amostral, frequentemente empregada nas investigações de pesquisas qualitativas<sup>(8)</sup>. Nessa perspectiva, os depoimentos de 10 AM conformaram o material empírico deste estudo, sendo eles 2 enfermeiros, 4 fisioterapeutas, 2 farmacêuticos, 1 psicólogo e 1 nutricionista.

A coleta de informações foi realizada no período de agosto a setembro de 2010, por meio de entrevistas semidirigidas. Para a realização das entrevistas foi utilizado um roteiro semiestruturado, com seis questões inerentes ao trabalho de apoio e as dificuldades vivenciadas. A coleta de dados só foi realizada após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Salienta-se que todas as entrevistas foram realizadas na sala de reunião

das unidades de saúde pela própria pesquisadora, responsável pelo estudo.

As entrevistas foram áudio-gravadas, com intenção de facilitar e obter um material empírico mais detalhado possível; e transcritas, na íntegra, no mês de outubro de 2010.

Os participantes foram codificados com a sigla AM (apoiador matricial) e números arábicos de acordo com a sequência da realização das entrevistas, de forma a garantir seu anonimato e atender às exigências da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre as normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisas envolvendo os seres humanos.

O material empírico foi analisado por meio da técnica de Análise de Conteúdo, modalidade temática. Esta consiste em uma sequência composta por três etapas básicas para organizar e explorar as informações provenientes das entrevistas: leitura flutuante (pré-análise), exploração do material e/ou codificação e tratamento dos resultados - inferência e interpretação<sup>(9)</sup>.

Na fase de pré-análise e constituição do *corpus* foram selecionadas as dez entrevistas realizadas. Passando para as etapas de exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação, todo o conteúdo das gravações foi ouvido e, em seguida, foram realizadas as transcrições do material gravado de cada sujeito. Uma vez transcritas, foram observadas a homogeneidade, representatividade e a pertinência das informações.

Depois de cumprida a fase de pré-análise, passou-se às fases da leitura nas modalidades flutuante, longitudinal e transversa. Em seguida deu-se início a codificação, com base nas unidades de registro e formulação de pré-hipóteses.

Para o alcance do objetivo proposto, mediante análise prévia das falas obtidas nas entrevistas, foram destacadas as unidades de registro. Por sua vez, as unidades de registro conformaram os seguintes núcleos de sentido: Incompreensão dos profissionais da ESF acerca da ABS e da proposta do AM; e Dificuldades no trabalho do AM: falta de autonomia profissional/governabilidade e sobrecarga administrativa.

Posteriormente, foram considerados os núcleos de sentido identificados nas falas com conteúdos convergentes, divergentes e que se repetiam. Assim, foram feitos recortes dos extratos de falas correspondentes a cada núcleo de sentido. Esta confor-

mação permitiu eleger a unidade temática central: **Trabalho do apoiador matricial: dificuldades no âmbito da Atenção Básica em Saúde.**

O projeto que originou o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (FACENE) sob nº de protocolo 136/2010 e CAEE nº: 3574.0.000.351-10.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na sequência apresentam-se as duas subcategorias que delimitaram a categoria **Trabalho do apoiador matricial: dificuldades no âmbito da Atenção Básica em Saúde.**

### Incompreensão dos profissionais da ESF acerca da ABS e da proposta do AM

Uma das dificuldades identificadas nas falas dos apoiadores matriciais é a questão da falta de compromisso e a não adesão dos profissionais da equipe de saúde em reorganizar o processo de trabalho na unidade de saúde para alcance de melhores resultados na atenção à saúde da população local.

*E outra coisa é a adesão do profissional, [...] às vezes o profissional não colabora. É muito difícil a gente mudar a cabeça do outro, a gente não consegue. (AM7)*

*[...] a questão do compromisso mesmo de todos porque, infelizmente, nem todo mundo tem o mesmo objetivo, nem o mesmo compromisso [...]. (AM5)*

*Outra coisa que dificulta bastante é assim a questão do comprometimento de alguns trabalhadores... tem alguns trabalhadores que não tem comprometimento com o trabalho [...]. (AM6)*

Salienta-se que as instituições de saúde, na história, absorveram em sua forma de organização, estilo de governo e estrutura de poder que condicionaram e determinaram comportamentos e posturas nos serviços de saúde pouco favoráveis à produção de um cuidado humanizado. Esse sistema de poder, fundamentado no modo de produção taylorista, tem em vista estimular descompromisso e alienação entre a maioria dos trabalhadores. Nessa perspectiva, o processo de trabalho centrado em procedimentos; realidade defrontada, ainda, nos dias atuais; e não na produção de saúde tende a diluir o envolvimento das equipes de saúde com os usuários<sup>(5)</sup>.

Nesse sentido, a figura do AM se constitui uma estratégia de gestão, com a finalidade de disparar processos de reflexões e remodelação das práticas de saúde, de modo a fortalecer os ideários da Reforma Sanitária Brasileira, por meio da reorganização do processo de trabalho da atenção básica para o estabelecimento de vínculo, acolhimento e responsabilização do cuidado para com o outro.

Há alguns conceitos e arranjos organizacionais que possibilitam – não garantem – a corresponsabilização do trabalhador da saúde na reformulação da produção do cuidado. Entre eles, vale destacar o esforço para se combinar graus de autonomia dos profissionais com definição explícita de responsabilidade sanitária. Segundo essa perspectiva, o planejamento, a avaliação e, mesmo, eventuais contratos de metas dever-se-ão realizar de modo participativo e com apoio matricial institucional<sup>(10)</sup>.

Outra dificuldade identificada nas falas dos AM refere-se à incompreensão da função do apoio na unidade de saúde. Segundo os sujeitos deste estudo, os profissionais de saúde compreendem que o AM é gerente da unidade (coordenador, diretor), ou seja, figura de poder (fiscalizador), conforme depoimentos:

*Olhe a minha maior dificuldade, fragilidade que eu percebo, é a visão que alguns profissionais têm do apoiador, [...] como o diretor da unidade, a figura que tem o poder [...]. (AM3)*

*É essa questão de que eles (profissionais de saúde) veem os profissionais apoiadores como um fiscal [...]. (AM2)*

*[...] a gente é visto como o gerente, como a pessoa que determina, então isso dificulta a relação com os trabalhadores, com os profissionais e com a comunidade [...]. (AM1)*

Convém pensar que a inserção de um novo trabalhador na unidade de saúde tende favorecer certa dúvida e/ou rejeição por parte dos trabalhadores que ali (no espaço da unidade de saúde) já se encontravam. O desafio é ultrapassar essa primeira barreira e desencadear movimentos comunicativos locais para construção de vínculo entre AM e profissionais da unidade básica de saúde. Cabe destacar que estes profissionais não se reportam apenas ao núcleo governante, mas desempenham funções nas equipes, ajudando-as na gestão e organização de processos de trabalho<sup>(5)</sup>.

Portanto, o AM desempenha funções de auxílio às equipes, na gestão e organização de seus processos de trabalho, trabalham nas equipes dialogicamente, ajudando-as na construção de espaços coletivos onde o grupo analisa, define tarefas e elabora projetos de intervenção. Visto que a estratégia do AM objetiva construir, no campo gerencial, uma cultura organizacional democrática, e no plano epistemológico, a condução do conhecimento valorizando a singularidade dos casos, a mesma tende a favorecer um equilíbrio interativo entre os saberes dos vários profissionais da equipe<sup>(5)</sup>.

A lógica gerencial tradicional diferentemente da metodologia de gestão do cuidado proposta pelo AM, não oferta espaços de reflexão, de construção compartilhada de intervenções, instituindo uma hierarquia de poder verticalizada, sendo uma causa provável desse entendimento errôneo sobre a função do apoiador, ou até mesmo para a não aceitação da mudança de modelo gerencial.

Vale salientar que todo processo de mudança gera conflitos dentro das relações e, neste caso, a figura do AM trouxe insegurança para os profissionais da equipe de saúde, talvez pelo *receio do novo ou da retirada da zona de conforto* cristalizada na rotina, das possíveis modificações que poderão ocorrer no serviço. Assim, a fragilidade em relação às mudanças decorre, muitas vezes, do fato de que os antigos códigos norteadores, ainda que inadequados, asseguram um modelo de conduta e representações comuns, no que tange ao lugar do técnico, a relação profissional<sup>(11)</sup>.

Por fim, a reorganização do processo de trabalho, por meio da colaboração profissional, pressuposto do trabalho do AM, onde há profissionais com distintas especialidades e formados a partir do modelo tradicional de administração, pode levar os trabalhadores a se protegerem de diversas formas, inclusive sob normas, protocolos e outros modos de cristalização dos papéis<sup>(12)</sup>.

Para auxiliar o entendimento dos profissionais da ABS sobre o papel do AM, bem como para a reformulação das práticas dos profissionais de saúde em suas respectivas equipes, condição essencial para a conquista da integralidade, pode-se utilizar a Educação Permanente em Saúde, como estratégia para propiciar espaços de trocas de experiências e de saberes com os outros profissionais e, assim, esclarecer dúvidas referentes à sua função na equipe de SF.

### **Dificuldades no trabalho do AM: falta de autonomia profissional/governabilidade e sobrecarga administrativa.**

De acordo com os relatos, as atribuições administrativas demandam grande parte da carga horária de trabalho dos apoiadores matriciais e interferem no desenvolvimento do seu núcleo específico sendo, assim, descrito como um dos entraves do seu processo de trabalho.

*[...] então a gente tem demandas burocráticas que criam certo entrave no trabalho do apoio, tem muitas vezes que eu passo um mês sem ser {categoria profissional X} [...]. Então assim, às vezes o apoiador tem muito trabalho de demandas burocráticas que a gente deixa de fazer as outras coisas. Na verdade a gente trabalha muitas vezes com o gerenciamento de pessoas e a clínica fica um pouco abafada. (AM8)*

*A maior dificuldade que nós enquanto apoiadores nós encontramos é de exercer de fato a minha profissão, porque assim são tantas questões burocráticas, são tantas questões de gestão, que as pessoas, às vezes, confundem o nosso papel [...]. (AM9)*

Os apoiadores matriciais ao enfatizarem a falta de espaço para o desenvolvimento do trabalho referente à sua formação profissional voltada para o atendimento clínico, o que pressupõe que há fragilidade de compreensão do trabalho do AM tanto pelos profissionais de saúde da ESF quanto pelo profissional que atua como apoio matricial.

Destaca-se que o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) é uma recente proposta do Ministério da Saúde – Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008 – configurado no espaço de práticas do AM. Segundo esta portaria, a equipe do NASF deverá ser constituída por distintos profissionais de saúde, pressupondo um trabalho interdisciplinar, que tem como função principal apoiar a equipe de SF, para que esta aumente sua resolutividade e, embora eles possam fazer atendimento individual, a atividade não é entendida como prioritária<sup>(5,13)</sup>.

O AM atua na gestão do cuidado, cuja finalidade é de ampliar a clínica e aumentar a resolutividade das ações de saúde por meio da atuação integrada dos profissionais da equipe de ABS. Especificamente, o papel dos apoiadores junto às equipes de ABS é auxiliar na gestão – gerencial, política, pedagógica e terapêutica - e organização de seus processos de trabalho, com a construção de espaços coletivos de

discussão onde o grupo avaliará, definirá e elaborará os projetos terapêuticos<sup>(13)</sup>.

Estes profissionais devem compartilhar o acompanhamento longitudinal da clientela adscrita à Unidade de Saúde, potencializando a Rede de Assistência a Saúde com a articulação das ações da equipe ABS a de outros serviços<sup>(5)</sup>. Então, mesmo envolvidos na assistência, por agregarem recursos de saber e contribuírem com intervenções compartilhadas, a responsabilidade pela condução dos casos é da equipe de ABS.

O não entendimento do trabalho do AM pode estar ocorrendo devido ao fato desse profissional abraçar problemas de outros membros da equipe atenção básica e atender às expectativas institucionais em detrimento da concretização dos objetivos de seu próprio serviço. Justificada pelo fato de, como previamente discutido, o papel do apoiador não estar bem claro, assim como a definição das tarefas e de critérios para acionar o AM em função de uma construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias a serem ajustadas entre gestor, equipe do NASF e equipe de atenção básica<sup>(13,14)</sup>.

Além disso, alguns problemas estruturais, como a escassez de serviços especializados na atenção básica, podem utilizar os profissionais que atuam como AM de forma substitutiva, empobrecendo o atendimento e dificultando a compreensão de sua função<sup>(5)</sup>.

Outro aspecto apontado enquanto impeditivo no desenvolvimento do trabalho de AM foi a falta de autonomia profissional e/ou governabilidade para a resolução de alguns impasses e demandas tanto dos usuários, quanto estruturais e também da equipe de atenção básica. Esta questão se refere, principalmente, a normatização da gestão pública.

*Tem alguns problemas como a de garantir certas coisas, para conseguir operar [...]. (AM10)*

*[...] questões administrativas [...] na Unidade está faltando nebulizador, faz um ano em média que está faltando, [...], a gente liga para o setor de licitação para saber como anda o processo de compra, e aí o serviço público às vezes tem alguns entraves que esbarram no nosso trabalho de apoio [...]. (AM8)*

*[...] a gente tem certa dificuldade de resolver problemas estruturais, da estrutura física da unidade, que são importantes, mas que fogem da nossa governabilidade [...]. (AM3)*

A governabilidade, de acordo com o Planejamento Estratégico Situacional, refere-se ao grau de controle de um ator sobre as variáveis intervenientes nos processos organizacionais e em seus resultados<sup>(15)</sup> e constitui-se o ponto central do campo que envolve o planejamento e a gestão.

Reconhece-se, assim, a multiplicidade de atores, com diferentes graus de poder e interesses, disputando projetos e recursos para implementá-los. Desse modo, o planejamento e a gestão deixam de relacionar-se a um problema de administração passando a significar um problema de interação entre os atores na busca de seus objetivos<sup>(16)</sup>.

Como já dito, o trabalho das equipes de ABS junto com o AM tem sido influenciado pelo modelo biomédico e pela lógica taylorista de divisão e organização do trabalho, o que ocasiona a fragmentação do trabalho com separação entre concepção e execução, que associada ao controle gerencial do processo e à hierarquia rígida tem levando a desmotivação e alienação de trabalhadores, bem como desequilíbrios nas cargas de trabalho<sup>(17)</sup>.

A organização dos serviços de saúde segundo o conceito de AM pressupõe três diretrizes: vínculo terapêutico, gestão colegiada e transdisciplinaridade. Na operacionalização da ABS, isto significa uma reformulação de saberes e práticas que gerem mudanças na lógica de funcionamento dos serviços de saúde, com novas formas de operar o processo de trabalho, tanto no que diz respeito à assistência, como na execução de práticas gerenciais e administrativas necessárias ao funcionamento da unidade e o trabalho em equipe.

Com a gestão colegiada, ou seja, com a quebra da regra da verticalidade única e hierarquizada nos fluxos organizativos, pretende-se superar a racionalidade gerencial hegemônica. A gestão colegiada, a roda de cogestão da educação permanente em saúde, instituirá novidade aos atuais Polos de Capacitação em Saúde da Família, viabilizando novos arranjos e novas estruturas organizativas<sup>(19)</sup>.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo evidenciou que há incompreensão por parte dos profissionais acerca da função de AM na ABS; falta de compromisso e a não adesão destes para reorganizar o processo de trabalho local; além de, segundo os AM, desvio da função de apoio para atividades administrativas e prestação de serviços

especializados o que se agrava com a falta de autonomia e governabilidade para o desenvolvimento de suas ações.

Nesta perspectiva, os entraves identificados no trabalho do AM impactam negativamente na consolidação de um modelo de saúde que pressupõe a prática de um cuidado integral e humanizado, permeada pelos princípios e diretrizes que regem a ABS no Brasil.

Sugere-se que haja um processo de reflexão sobre o trabalho do AM com a equipe de saúde e o próprio apoio com objetivo de (re)conhecerem qual(ais) contribuição(ões) desse profissional (AM) na efetivação da ABS. Reconhece que há necessidade de desenvolvimento de outros estudos, não só no município pesquisado, mas em outros cenários com intuito de melhor (re)conhecer o trabalho do AM, sobretudo acerca do processo de trabalho nos serviços de ABS. Indica-se, também, a realização de estudos que considerem a percepção das equipes de saúde da família acerca do trabalho do apoiador matricial.

## REFERÊNCIAS

- 1 Almeida PF, Fausto MCR, Giovanella L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. Rev Panam Salud Pública [Internet]. 2011 [citado 2012 Jul 31];29(2):84-95. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v29n2/a03v29n2.pdf>.
- 2 Giovanella L, Mendonça MHM, Almeida PF, Escorel S, Senna MCM, Fausto MCR, et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2009 [citado 2013 Nov 27];14(3):783-94. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n3/14.pdf>
- 3 Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.
- 4 Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias. Brasília (DF): Unesco; 2002.
- 5 Cunha GT, Campos GWS. Apoio matricial e atenção primária em saúde. Saúde Soc [Internet]. 2011 [citado 2011 Nov 14];20(4):961-70. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902011000400013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400013&lng=en&nrm=iso).
- 6 Brasil. Lei n. 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 [Internet]. Brasília (DF); 1990 [citado 2011 Nov 14]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>.
- 7 Romera, AA. Apoio Matricial realizado nas equipes de Saúde da Família [monografia]. João Pessoa (PB): Faculdade de Enfermagem Nova Esperança; 2010.
- 8 Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. Cad Saúde Pública [Internet]. 2008 [citado 2013 Nov 28];24(1):17-27. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n1/02.pdf>
- 9 Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2011.
- 10 Campos GWS. Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2010 [citado 2010 Set 27];15(5):2337-44. Disponível em: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000500009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500009&lng=en&nrm=iso).
- 11 Cambuy K. Experiências Comunitárias em Saúde Mental: repensando a clínica psicológica no SUS [tese]. Campinas (SP): Pontifícia Universidade Católica; 2010.
- 12 Furtado JP. Arranjos institucionais e gestão da clínica: princípios da interdisciplinaridade e interprofissionalidade. Cad Bras Saúde Mental [Internet]. 2009 [citado 2012 Jul 31];1(1):178-89. Disponível em: [http://www.hc.ufmg.br/gids/anexos/arranjos\\_institucionais\\_e\\_gestao\\_da\\_clinica\\_juarez\\_furtado.pdf](http://www.hc.ufmg.br/gids/anexos/arranjos_institucionais_e_gestao_da_clinica_juarez_furtado.pdf).
- 13 Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família [Internet]. Brasília (DF); 2010 [citado 2011 Abr 24]. Disponível em: [http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_atencao\\_basica\\_diretrizes\\_nasf.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf).
- 14 Montezeli JH, Peres AM. Competência gerencial do enfermeiro: conhecimento publicado em periódicos

- cos brasileiros. Cogitare Enferm [Internet]. 2009 [citado 2010 Out 05];14(3):553-8. Disponível em: [ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/download/16189/10707](http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/download/16189/10707).
- 15 Kurcgant P. Gerenciamento em enfermagem. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010.
- 16 Sá MC. Subjetividade e projetos coletivos: mal-estar e governabilidade nas organizações de saúde. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2001 [citado 2012 Mar 01]; 6(1):155-64. Disponível em: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232001000100013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000100013&lng=en&nrm=iso).
- 17 Matos E, Pires D. Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. Texto & Contexto Enferm. 2006;15(3):508-14.
- 18 Ximenes Neto FRG, Sampaio JJC. Processo de ascensão ao cargo e as facilidades e dificuldades no gerenciamento do território na Estratégia Saúde da Família. Rev Bras Enferm [Internet]. 2008 [citado 2010 Out 06];61(1):36-45. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672008000100006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000100006&lng=en&nrm=iso).
- 19 Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde [Internet]. Brasília (DF); 2009 [citado 2011 Mai 19]. Disponível em: [http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_educacao\\_permanente\\_saude.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf).

---

**Endereço do autor / Dirección del autor /  
Author's address**

Amanda de Araújo Romera  
Rua Horácio Trajano de Oliveira, 985, Cristo Redentor  
58070-450, João Pessoa, PB  
E-mail: [amanda.romera@hotmail.com](mailto:amanda.romera@hotmail.com)

Recebido em: 24.05.2013  
Aprovado em: 17.01.2014