

## Apoio Matricial e Produção de Autonomia no Trabalho em Saúde

### Matrix Support and the Production of Autonomy in Health Work

### Apoyo Matricial y la Producción de Autonomía en el Trabajo de Salud

*Daniel Goulart Rigotti<sup>1</sup>*

*Centro Universitário Padre Anchieta (UniAnchieta)*

*Daniele Pompei Sacardo*

*Universidade Estadual de Campinas (Unicamp)*

---

#### Resumo

Como diretriz do Sistema Único de Saúde (SUS), o Apoio Matricial busca ampliar a capacidade analítica dos trabalhadores de saúde e sua corresponsabilização nas ações desenvolvidas nos serviços. Objetivou-se compreender sua influência para a autonomia dos apoiadores no trabalho em saúde, por suas percepções. Analisaram-se narrativas elaboradas a partir de grupos focais e os resultados mostraram o processo de trabalho dos apoiadores matriciais sustentado em três eixos: autonomia, fragmentação do trabalho/cuidado e processos de gestão, associados à proposta do SUS de produzir trabalhadores criativos e capazes de analisar seu contexto. Revelaram-se a ampliação de autonomia para desenvolver o trabalho cotidiano; o reconhecimento da contradição entre a integralidade e a fragmentação do trabalho e do cuidado; e o impacto das formas de gestão na produção desses sujeitos. Finalmente, apontamos para a necessidade de maiores investimentos institucionais no Apoio Matricial como política efetiva de ampliação de compromisso e autonomia dos trabalhadores e de processos de cogestão.

*Palavras-chave:* apoio matricial, processo de trabalho em saúde, autonomia profissional, integralidade em saúde

#### Abstract

As a guideline of the Brazilian National Health Service (SUS), the Matrix Support seeks to expand the analytical capacity of health workers and their co-responsibility in the actions developed in the services. The objective was to understand its influence on the autonomy of supporters in health work by their perceptions. We analyzed narratives elaborated from focus groups, and the results showed the work process of the matrix supporters sustained in three axes: autonomy, fragmentation of work/care, and management processes, in association with SUS proposal to produce creative and capable workers to analyze its context. It was revealed the expansion of autonomy to develop daily work, the recognition of the contradiction between the comprehensiveness and fragmentation of work and care, and the impact of management forms on the production of these subjects. Finally, we point to the need for greater institutional investments in Matrix Support as an effective policy of increasing commitment and autonomy of workers and co-management processes.

*Keywords:* matrix support, health work process, professional autonomy, integrality in health

#### Resumen

Como directriz del Sistema Único de Salud (SUS), el Apoyo Matricial busca ampliar la capacidad analítica de los trabajadores de la salud y su corresponsabilización en las acciones desarrolladas en los servicios. Se objetivó comprender su influencia para autonomía de los apoyadores en el trabajo en la salud, por sus percepciones. Se analizaron narrativas elaboradas a partir de grupos focales, y los resultados mostraron el proceso del trabajo de los apoyadores matriciales sostenido en tres ejes: autonomía, fragmentación del trabajo/cuidado y procesos de gestión, asociados a la propuesta del SUS de producir trabajadores creativos y capaces de analizar su contexto. Se revelaron el aumento de autonomía para desarrollar el trabajo de rutina, el reconocimiento de la contradicción entre la integridad y la fragmentación del trabajo y del cuidado, y el impacto de las formas de gestión en la producción de esos sujetos. En último lugar, indicamos la necesidad de grandes inversiones institucionales en el Apoyo Matricial como política efectiva de aumento de compromiso y autonomía de los trabajadores y de procesos de cogestión.

*Palabras clave:* apoyo matricial, proceso de trabajo en la salud, autonomía profesional, integralidad en salud

---

<sup>1</sup> Endereço de contato: Rua Clóvis Bevilacqua, 185, sala 7, Campinas, SP. CEP 13.073-02. E-mail: dgrigotti@gmail.com

## Introdução

Desde sua implantação em 1989, o Sistema Único de Saúde (SUS) vem se institucionalizando por meio de diversas práticas, tanto na gestão quanto na assistência à saúde mais diretamente, entre as quais destacamos o Apoio Matricial, objeto deste estudo.

O Apoio Matricial foi implantado inicialmente como uma experimentação em diversas cidades cujos gestores apostaram nessa estratégia para o desenvolvimento da atenção em saúde, tais como Campinas e Paulínia, SP; Betim e Belo Horizonte, MG; Quixadá e Sobral, CE; Recife, PE; Aracaju, SE; e Rio de Janeiro, RJ (Campos, 1999; Castro, Oliveira & Campos, 2016). Posteriormente, foi incorporado como diretriz para a atenção à saúde pelo Ministério da Saúde, como forma de enfrentar o desafio de implantar ações em saúde que promovam cuidado dos sujeitos e coletivos de forma integral, em oposição à fragmentação ainda bastante presente no trabalho em saúde no SUS (Brasil, 2012).

Seguindo a proposta fundamental do Método da Roda, ou Paideia, desenvolvido por Campos (2015), que busca promover o encontro concreto entre diversos trabalhadores de saúde, como uma reunião, o Apoio Matricial constitui-se como uma ferramenta para análise de seu cotidiano de trabalho. Campos (2015) defende que, a partir da análise compartilhada de seu contexto, os trabalhadores de saúde consigam organizar-se para a construção de coletivos mais autônomos que enfrentem o modo dominante de gestão autoritária, produtivista e fragmentadora predominante nos serviços de saúde, produzindo-se, nesse processo, dialeticamente como sujeitos. Na perspectiva desse autor, tais coletivos se organizam como estratégias metodológicas, localizadas num tempo e lugar, para que as equipes interfiram concretamente nos sistemas produtivos, de forma a impor a cogestão dos processos de trabalho, diminuir ou eliminar o autoritarismo da gestão institucionalizada, garantir a participação dos usuários, trabalhadores e gestores envolvidos nos processos de produzir saúde, bem como distribuir igualmente o poder de decisão entre eles (Campos, 2015).

O Apoio Matricial é, portanto, ao mesmo tempo, um arranjo para gestão do trabalho e uma estratégia para compartilhamento de conhecimentos, conforme Campos (1992; 1999) e Campos e Domitti (2007). Consiste essencialmente em criar espaços potentes de diálogo entre distintos profissionais da saúde, os especialistas apoiadores matriciais e os da atenção básica, para, a partir do compartilhamento de um determinado núcleo de conhecimento, construir intervenções que ampliem a comunicação e o campo de atuação de todos os profissionais, intervindo na organização dos serviços e dos processos de trabalho em saúde (Campos & Domitti, 2007; Figueiredo & Onocko Campos, 2009; Gomes, 2006; Castro *et al.*, 2016; Castro & Campos, 2016; Bispo Júnior & Moreira, 2017).

Dessa forma, espera-se que possa auxiliar no reconhecimento das diversas situações que chegam às equipes de saúde como demandas, possibilitando distinguir as que são individuais das coletivas; as que são do cotidiano da vida e que podem ser acolhidas pelas equipes das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e por outros recursos sociais da comunidade daquelas que demandam atuação especializada em saúde. Aproximando-se as equipes de diferentes níveis de atenção, seria produzida uma permeabilidade em seus campos de atuação, favorecendo, assim, a corresponsabilização para novas ofertas de promoção de saúde (Castro & Campos, 2016; Bispo Júnior & Moreira, 2017).

O Apoio Matricial intervém diretamente no processo de trabalho em saúde, definido por Peduzzi e Schraiber (2008) como a prática cotidiana dos trabalhadores de saúde imersos na

produção e no consumo de serviços de saúde, bem como a dinâmica que acontece entre o objeto, o instrumento e a atividade dessa prática. Além disso, tal trabalho tem como característica somente existir no momento de sua produção e em função dessa, isto é, nas práticas de cuidado constituídas na relação entre o agente trabalhador/ produtor e o agente usuário/ consumidor; nas palavras de Merhy (2013), é o “trabalho vivo, em ato”, em que a essência do trabalho em saúde é a própria ação. Nesse sentido, o trabalhador de saúde é, ao mesmo tempo, instrumento, recurso e sujeito na ação de trabalhar, pois também insere nesse processo, na medida do possível, seus próprios projetos, pessoais e coletivos, ao que já estava previsto como projeto e finalidade do trabalho em saúde (Peduzzi & Schraiber, 2008).

Podemos compreender, então, que essa atividade implica necessariamente dimensões objetivas e subjetivas para sua realização. Entre as objetivas, temos a própria ação de trabalhar materializada nas diversas formas de cuidado. Já as subjetivas implicam dimensões nem sempre conscientes para os trabalhadores. Para González Rey (2012), a subjetividade é um fenômeno singular e particular de cada sujeito na sua relação com o mundo objetivo e suas próprias percepções desse mundo, que não se separa da realidade objetiva, mas dá sentido a ela, num movimento dialético, e, portanto, contribui para determinar a produção de ações e novas percepções dos sujeitos acerca da sua realidade e de como a vivenciam. Ou seja, é um processo ativo, mais que uma instância ou um lugar mental.

Dessa forma, o trabalho em saúde pode ser compreendido também como um processo que produz, ao mesmo tempo, sujeitos em parte autônomos e em parte alienados. Campos (2015) defende a ideia de que a alienação presente nos processos de trabalho em saúde no SUS está relacionada a formas de gestão tayloristas, influenciadas pelas ideias de F. W. Taylor (1990), criador de um método de organização do trabalho designado por ele como científico, que transferia dos trabalhadores para os gerentes da empresa o conhecimento de todas as etapas da produção, fragmentando o trabalho em nome de maior produtividade. No caso da saúde, a gestão dos serviços de saúde caracteriza-se por uma racionalidade gerencial hegemônica, fundamentada no taylorismo, portanto com uma verticalização do poder dos gestores (Campos, 2015; Vargas & Macerata, 2018). Isso impediria aos trabalhadores o exercício da cogestão e a apropriação de seu trabalho e, conseqüentemente, de dar algum sentido a esse como sendo de sua própria produção. Essa atribuição de sentido se daria pelo reconhecimento de si mesmo naquilo que produziu e a satisfação decorrente do próprio ato de produzir, o que poderia ser tanto em nível individual quanto coletivo, produzindo nesse processo maior autonomia, por se perceber ativo e criativo em sua produção. Essa ideia aproxima-se de Dejours (1992), quando este define que o não reconhecimento de seu trabalho como uma obra gera sofrimento nos trabalhadores. Sousa e Batista dos Santos (2017), ao estudarem esse tema em Dejours, também apontam para a impossibilidade de se encontrar sentido no trabalho pela organização desse na realidade atual, fazendo com que os trabalhadores não se reconheçam na direção de seu próprio trabalho, atendendo somente às demandas.

Reafirma-se, então, que, como qualquer outro, o trabalho em saúde é fundamental para a construção de identidades e subjetividades dos trabalhadores, na medida em que, conforme Navarro e Padilha (2007), constitui-se como “fonte de identificação e de autoestima, de desenvolvimento das potencialidades humanas, de alcançar sentimento de participação nos objetivos da sociedade” (p. 14).

Nesse sentido, o modo de produção e a organização do trabalho também interferem e são determinantes no processo de subjetivação dos trabalhadores, na medida em que, para sobreviver psiquicamente e como sujeito, esses têm de se adaptar às imposições típicas do modo de produção capitalista e da organização taylorista do trabalho impregnados nos processos de trabalho em saúde e evidenciados pela ênfase na produtividade, pela fragmentação, pela gestão autoritária e pela dissociação entre o fazer e o sentido desse fazer (Campos, 2015; Dejours, 1992; Sousa & Batista dos Santos, 2017). Assumindo-se que esses elementos (modos de produção, organizações do trabalho, sujeitos e subjetividades) são produzidos historicamente, da mesma forma o são as necessidades em saúde que devem ser atendidas pelo trabalho em saúde, as quais, em nossa sociedade capitalista, são transformadas em mercadorias, e o valor de uso do trabalho em saúde é convertido em valor de troca, perdendo-se a relação de sentido entre o trabalho e sua utilidade, que passa a ter seu valor definido a partir da lógica de mercado, fragmentando o processo de cuidar em saúde e aprofundando a alienação no modelo privatista de saúde (Campos, 2015; Peduzzi & Schraiber, 2008).

Dessa forma, defende-se aqui que é preciso opor-se a essa situação, considerando que devem ser constituídos processos de trabalho que ampliem a autonomia dos sujeitos envolvidos na produção de bens e serviços de saúde, trabalhadores, gestores e usuários, como um dos objetivos centrais do sistema de saúde (Onocko Campos & Campos, 2012). Para Campos (2015), uma forma seria a valorização e o fortalecimento de processos que produzam participação e corresponsabilização, em cogestão.

Portanto, o objetivo do presente artigo é compreender se a realização do Apoio Matricial tem produzido maior autonomia nos apoiadores matriciais em Campinas, SP, cenário da pesquisa realizada, e se contribui para ampliar a cogestão do processo de trabalho e, consequentemente, maior corresponsabilização pelo cuidado em saúde.

### Método

Este estudo é decorrente de uma pesquisa de mestrado profissional, desenvolvida no Departamento de Saúde Coletiva/FCM/Unicamp, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, pelo parecer n. 1.016.685.

Foram participantes deste estudo 53 trabalhadores da rede pública de saúde de Campinas, SP, matriculados no Curso de Especialização em Apoio Matricial do Departamento de Saúde Coletiva da Unicamp, entre maio de 2014 e outubro de 2015. A maior parte desses trabalhadores-alunos já atuava como apoiadores matriciais na época da realização da pesquisa e foram convidados no início do referido curso de especialização a participarem de um grupo focal cujo objetivo era conhecer as percepções dos alunos acerca de temas previamente delineados num roteiro, incluindo questões sobre o Apoio Matricial. Tal escolha do momento foi intencional para evitar possíveis interferências pela apresentação dos conteúdos e conceitos ao longo do curso. A técnica dos grupos focais, conforme Minayo (2014), busca o entendimento de diferentes percepções e atitudes que se revelem durante a discussão do grupo sobre o tema em questão.

Ressalta-se que este estudo era parte de uma pesquisa mais ampla, “Avaliação do Método de Apoio Paideia como Estratégia de Educação Permanente para Profissionais do SUS”, sob responsabilidade do Coletivo de Estudos e Apoio Paideia (Departamento de Saúde Coletiva/

FCM/Unicamp), e os grupos focais discutiram o tema Apoio Matricial a partir de um roteiro que buscava atender a mais pesquisas em andamento, além da que originou este artigo. Devido à quantidade de participantes, foram organizados três grupos focais, com cerca de 17 pessoas por grupo, e as sessões foram gravadas e transcritas na íntegra. De todo o material obtido pelos grupos focais nas transcrições, foram selecionados para análise apenas os trechos que respondiam aos objetivos do presente estudo.

Para a análise dos dados, foram seguidas rigorosamente quatro etapas, nesta sequência: 1) leitura das transcrições, em que se fez uma primeira separação de trechos dos discursos individuais nos grupos focais e sua organização por núcleos argumentativos; 2) a partir destes, identificaram-se ideias-chave, separando-as e as reagrupando por eixos temáticos que se desvelaram nesse processo, sendo selecionados três para este artigo: Autonomia, Fragmentação do Trabalho e do Cuidado e a Relação com Processos de Gestão; 3) construíram-se então narrativas distintas para cada eixo temático, na terceira pessoa do plural, de acordo com Onocko Campos e Furtado (2008), procurando contemplar ao máximo a variedade e complexidade de opiniões e compreensões que surgiram nos grupos focais, mesmo quando eram contraditórias; e 4) interpretação dos resultados à luz do referencial teórico e do cotejamento com a revisão bibliográfica realizada, em que as narrativas e as discussões conseguintes procuraram dialogar com as histórias vividas no cotidiano pelos participantes.

Foram observados todos os aspectos éticos envolvidos na pesquisa com seres humanos, conforme o proposto pela Resolução n. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

## Resultados e Discussão

Os resultados apresentados aqui mostraram que a produção do processo de trabalho dos apoiadores matriciais em Campinas sustenta-se em três importantes dimensões constituintes do fazer, tomadas aqui como categorias de análise: a autonomia; a fragmentação do trabalho e do cuidado; e a relação com processos de gestão. Tais dimensões ou categorias associam-se e fundamentam a proposta de construção de processos de trabalho do SUS que façam emergir os sujeitos trabalhadores em sua potência criativa e com capacidade de análise de sua realidade de trabalho, em que pesem a ampliação de sua autonomia para o desenvolvimento do seu trabalho cotidiano; o reconhecimento da contradição entre a integralidade e a fragmentação do trabalho e do cuidado; e o impacto percebido das diversas formas de gestão sobre a emergência desse sujeito trabalhador.

### Autonomia

Em relação à produção de autonomia, observamos o que Onocko Campos e Campos (2012) afirmam como coprodução e ampliação da autonomia pelas relações entre os sujeitos, na medida em que, nas narrativas, suas características pessoais, somadas a fatores externos de sua realidade, deixam marcas no Apoio Matricial desenvolvido, sendo possível reconhecê-los no trabalho realizado.

Visto que a constituição do sujeito e do mundo sempre dependerá da relação dialética entre o sujeito e as condições objetivas, sociais e históricas, as ações do matriciamento foram identificadas com a apreensão e transformação da realidade, tal como descrito por Campos (2000) e Onocko Campos e Campos (2012).

Na narrativa a seguir, percebe-se a liberdade para experimentar formas de realizar o Apoio Matricial, construindo-o de acordo com as realidades e necessidades encontradas nos territórios das unidades:

*O jeito como começamos a fazer o Apoio Matricial em Campinas não tinha um método a priori, e aprendemos fazendo, de acordo com o entendimento de cada um, e reconhecendo que cada território tinha características distintas e demandas específicas.*

Dessa forma, os apoiadores matriciais perceberam a possibilidade para criar seu trabalho ao mesmo tempo em que se o fazia, construindo e se apropriando de uma metodologia que não estava colocada, inicialmente, num processo dialético, em que as possibilidades são produzidas a partir da ação, cujos sentidos são atribuídos a cada momento, como resultado da ação e da percepção de cada trabalhador.

Não há definição de formas preestabelecidas de se realizar o Apoio Matricial, mas encontra-se nos próprios guias institucionais a constituição de um espaço dialógico entre equipes e profissionais, como uma “proposta de intervenção pedagógico-terapêutica” (Chiaverini *et al.*, 2011, p. 13), numa expectativa de o Apoio Matricial se compor por ações criativas e transversais, decisões compartilhadas, e com potencial de provocar mudanças nos envolvidos (Brasil, 2007; Brasil, 2004; Chiaverini *et al.*, 2011). Nesse sentido, para Bispo Júnior e Moreira (2017), o Apoio Matricial atuaria também na lógica da educação permanente em saúde, como estratégia para suprir a precariedade da formação acadêmica dos profissionais em saúde no Brasil para, entre outros temas, a corresponsabilização e o trabalho em equipe.

Ao propor o Apoio Matricial, Campos (1999) esperava que este pudesse ser utilizado pelos trabalhadores da forma o mais livre possível, e que se buscasse reunir nas ações desenvolvidas tanto o que fosse necessário ser feito quanto os elementos de interesse pessoal dos trabalhadores, como forma de ampliação da autonomia dos profissionais, promovendo e produzindo sujeitos livres e responsáveis, corresponsáveis pela assistência e pela gestão e organização do trabalho. Entretanto, naquele momento, ele sugeriu algumas ações para a produção do cuidado, tais como atividades grupais, atividades físicas, até mesmo artísticas, não em caráter de definição de um modo de fazer, mas sim como possibilidades para os profissionais (Campos, 1999). A isso, Cunha e Campos (2011) chamaram de “cardápio de atividades” (p. 964), sugerindo a ideia de se poder escolher, entre as várias opções, a que mais convier no momento.

Assim, permitir-se vivenciar o não saber e as incertezas do como fazer o Apoio Matricial parece ter produzido nos apoiadores transformações subjetivas, como o saber produzido pela experiência transformadora de que nos fala Bondía (2002), na qual os acontecimentos afetam os sujeitos, transformam-se neles de forma singular e particular e os transformam em novos sujeitos. A partir da expressão “aprendemos fazendo”, relatada pelos apoiadores, relacionamos essa experiência com o que Campos, Cunha e Figueiredo (2013) definem como o objetivo da função apoio, ou seja, a produção de sujeitos livres, e com o processo de subjetivação de acordo com González Rey (2012), em que o sentido da realidade se produz pela relação com ela.

Outro trecho das narrativas também esclarece esse modo de se produzir criativamente e coletivamente o trabalho em saúde pelo Apoio Matricial e como tal ação é percebida como transformadora do olhar e da potência dos trabalhadores para maiores graus de autonomia, como preconizado por Campos (2015):

Quando nos encontramos com as equipes para o matriciamento, nossas percepções sobre os problemas também são afetadas no contato com as outras formas de ver e compreender os mesmos problemas ou situações dos outros profissionais. Assim, temos percebido que é possível ampliar as possibilidades para o enfrentamento desses problemas, no cotidiano. Para nós, o matriciamento é construir junto conhecimento e soluções para os problemas, é ensinar e aprender. Diferente das capacitações relativas a temas específicos, o apoio matricial é percebido por nós como mais interessante porque nos permite maior liberdade para compor o trabalho.

Essa seria uma premissa do próprio trabalho em saúde, que deveria sempre constituir-se como um processo que permita a novidade, a criação, “encaminhando o trabalho para a produção de vida, de cuidados e cidadania, pois é no dia a dia que os trabalhadores e suas práticas são vivenciadas e reproduzidas” (Camuri & Dimenstein, 2010, p. 811).

Em consonância com essa liberdade para criar, percebida mais individualmente, os encontros dos matriciadores com as equipes, seja nas reuniões instituídas ou não, aparecem nas narrativas como espaços potentes para a transformação da relação dos trabalhadores com suas práticas, como observa-se nos trechos a seguir:

*As reuniões das equipes são percebidas por nós como o momento por excelência do matriciamento, como encontro entre nós e os profissionais matriciados, e vemos que é uma característica do modo de fazer matriciamento em Campinas.*

*(...) e reconhecendo que cada território tinha características distintas e demandas específicas. O que fizemos, então, foi discutir os casos com as equipes de cada local para pensar quais ações eram mais adequadas para cada território e para os seus usuários. Além disso, entendíamos que precisávamos fazer uma ponte entre as equipes e as especialidades.*

*Alguns de nós percebemos que é mais fácil construir ações quando compartilhamos os problemas e pensamos juntos as saídas com a equipe. Isso é possível quando participamos frequentemente do cotidiano dessa equipe.*

As reuniões foram percebidas como espaços de compreensão ampliada dos casos discutidos e construção coletiva de soluções para esses problemas, permitindo a todos a apropriação do fazer o cuidado em saúde, valorizando e integrando os diversos núcleos de saber. Tornaram-se os espaços coletivos estratégicos para a cogestão, com tempo e lugar definidos, dos quais Campos (2015) nos fala.

Para os apoiadores matriciais, tanto a sua compreensão dos significados do Apoio Matricial quanto a forma como o executam são pautadas pelo princípio do fazer coletivo, em relações nas quais todos os sujeitos envolvidos se permitem afetar uns pelos outros, reconhecendo em si e no outro seus conhecimentos e suas práticas com limites e potências singulares, reconfigurando-se para ambos as visões sobre os problemas e ampliando os olhares sobre as soluções possíveis. Produzem-se então, nesse encontro, subjetividades, pois, segundo González Rey (2012) e Campos (2015), a constituição do sujeito se dá na relação permanente entre dois planos, o interno e o externo ao indivíduo, que se interferem e se recriam continuamente.

Dessa forma, nos resultados que obtivemos, o matriciamento parece alcançar o objetivo esperado por Campos (1999; 2015) de ser uma ferramenta potente para ampliar a autonomia

dos profissionais como sujeitos livres e responsáveis, na medida em que puderam assumir corresponsabilidade pela assistência prestada e pela gestão e organização do trabalho.

As narrativas evidenciam a essência do matriciamento como a criação desses espaços de diálogo entre distintos profissionais, a partir do compartilhamento de um determinado núcleo de conhecimento, para construir intervenções que ampliem a comunicação e o campo de atuação de todos os profissionais (Campos & Domitti, 2007; Figueiredo & Onocko Campos, 2009, Castro & Campos, 2016).

Nesse sentido, o matriciamento preconiza a promoção da interlocução entre os profissionais para atender a dois objetivos: a) organizar os serviços e processos de trabalho, como uma estratégia para possibilitar que as diversas situações que chegam às equipes sejam percebidas em suas diferenças e nas diferentes necessidades que demandam; e b) tornar as especialidades mais próximas das equipes da atenção básica, permeando seu campo de atuação e favorecendo a corresponsabilização por essas demandas (Gomes, 2006).

Os encontros referidos pelos apoiadores matriciais possibilitam a descoberta de potenciais da própria equipe da atenção básica para resolver problemas, como vemos no seguinte trecho:

*Temos visto que as discussões de caso no matriciamento geralmente produzem soluções a partir das condições da própria equipe matriciada, nem sempre envolvendo uma ação direta nossa, e reconhecemos a potência do PSF [Programa de Saúde da Família] para lidar com os problemas.*

Evidencia-se aqui a função de compartilhamento de saber do Apoio Matricial, para que outros profissionais das equipes possam incorporar em suas ações de campo esses saberes, produzindo intervenções (Campos, 2000; Campos & Domitti, 2007). Quando os sujeitos estão implicados com o processo de cogestão, da sua interação surgirão propostas de ações para resolver os problemas, ofertadas tanto pelos apoiadores quanto pelos outros trabalhadores, que não devem perder seu caráter reflexivo, isto é, de voltar seu pensamento também para esse processo de cogestão, analisando sistematicamente sua sustentabilidade e os resultados (Campos *et al.*, 2013).

Para que se efetive a possibilidade de cogestão, é preciso que se constitua uma grupalidade nos coletivos, como intenção do apoiador matricial, promovendo a criação de possibilidades para que os membros do grupo se identifiquem entre si e com o próprio grupo, tendo como eixo um objetivo ou projeto em comum. Ou seja, esses espaços coletivos produzidos pelos encontros no Apoio Matricial revelam sua característica de transicionalidade, operando como intermediários, mediadores entre o mundo interno daqueles coletivos (reuniões) e o mundo externo (problemas de saúde), tornando possível a experimentação de outras formas de fazer e onde se analisa o resultado para obter mais aprendizado (Campos *et al.*, 2013).

### **Fragmentação do Trabalho e do Cuidado**

A fragmentação do trabalho se revelou nas dificuldades existentes para o cuidado compartilhado e para o diálogo nas equipes matriciadas ou dentro das próprias equipes, apontadas nas narrativas, que vêm ao encontro do que é observado em diversos estudos (Campos, 1999; Gomes, 2006; Cunha & Campos, 2011; Campos *et al.*, 2013; Castro e Campos, 2016; Castro *et al.*, 2016; Bispo Júnior & Moreira, 2017; Vargas & Macerata, 2018). Esses afirmam que, atualmente, uma das características marcantes do trabalho em saúde é sua fragmenta-



ção, evidenciada por processos de trabalho reducionistas e restritivos, calcados no modelo biomédico e sustentados pela concepção de processo saúde-doença que nega sua produção histórica e social.

Tal concepção a-histórica embasa a formação profissional, percebida como dicotomizante e como produtora e reprodutora de cuidado fragmentado (Bispo Júnior & Moreira, 2017). Encontramos ressonância dessa percepção na afirmação de Cunha e Campos (2011) de que a própria formação dos profissionais de saúde incentiva a disputa entre as profissões, negando sua complementaridade, e investe para que cada núcleo de saber seja considerado “senão suficiente na intervenção terapêutica, pelo menos protagonista” (p. 967).

Há, porém, nas narrativas, uma aposta de que o matriciamento possa desvelar essa contradição e auxiliar a superá-la, na percepção de que as reuniões e os encontros de matriciamento têm sido fundamentais para a ampliação do olhar clínico, resultando em diminuição da fragmentação do cuidado. Essa expectativa está em acordo com a proposta da política, pois, em relação à assistência, o Apoio Matricial pretende enfrentar o desafio de implantar ações em saúde que promovam cuidado dos sujeitos e coletivos de forma integral, em oposição à fragmentação (Brasil, 2012).

Nota-se uma grande fragilidade para a sustentação dos princípios inovadores para o cuidado propostos pela prática do matriciamento, e mesmo os defendidos pelo próprio SUS. Ao se depararem com as diferenças de concepção acerca do cuidado, os apoiadores matriciais retornavam aos seus núcleos de saber como um movimento defensivo e que lhes garantia maior segurança quanto ao que fazer. As narrativas a seguir ilustram esse movimento:

*Vemos que ainda há encaminhamentos externos que são difíceis de serem tratados em rede, de forma integrada, quando envolvem outras políticas, mas o que é do nosso núcleo é mais fácil de resolver. No nosso cotidiano, vemos que ainda está presente a concepção de saúde-doença como elementos separados.*

*Há entre nós uma percepção de que o olhar da maioria dos profissionais, inclusive o nosso, para as pessoas, é segmentado, e não conseguimos enxergar o sujeito em sua integralidade. Acreditamos que isso justificaria a dificuldade no compartilhamento do cuidado. Sabemos que a compreensão de saúde-doença considerando a integralidade e a subjetividade ainda é um desafio e que pode ter relação com a formação dos profissionais de saúde, que é insuficiente para resolver os problemas.*

Podemos notar aqui algumas contradições, como um retorno à prática fragmentada de produzir o cuidado, indo no sentido oposto à diretriz da integralidade, e a forte influência do modelo biomédico presente nas práticas e nos saberes dos profissionais. É contraditório na medida em que os movimentos se direcionam para o rompimento dos modelos fragmentadores, mas essencialmente esses ainda formam a base de sustentação das práticas de cuidado, desconsiderando o processo de coprodução.

É evidente que estamos falando aqui de um campo de disputa entre modelos de atenção, mas que carregam em si elementos ideológicos, sendo, em última análise, uma disputa por poder, no sentido de domínio do saber sobre a compreensão do processo saúde-doença. Campos (2015) nos alerta para o fato de que os modelos teóricos ganham certa autonomia em relação aos grupos, que passam a aderir a eles sem o devido distanciamento crítico, tomando-os como verdades fundamentais. Entretanto, neste caso, observamos que falar

sobre isso já é um movimento para o restabelecimento da crítica por parte dos profissionais sobre seu próprio trabalho e para o reconhecimento de que a adesão ao modelo biomédico também é problematizada por vários trabalhadores no seu cotidiano.

### Relação com Processos de Gestão

Campos (2015) afirma que a falta de interesse em participar dos processos de gestão de seu trabalho revela o êxito da função alienante da gestão sustentada em moldes tayloristas. De acordo com Matos (1994), a fragmentação do sujeito e do cuidado pode ser percebida como um dos elementos do trabalho em saúde que contribuem para processos de alienação dos trabalhadores, visto que seu fazer cotidiano, seu ofício e seu investimento profissional passam a ser realizados de modo técnico e frequentemente desprovido de significado social.

Para Onocko Campos (2007), essas posturas individuais são resultado da internalização e reprodução de processos alienantes diante do novo, e seria uma função de gestão, aqui referida como a gerência dos serviços de saúde, direcionar a organização do trabalho para a produção de maior autonomia e criatividade, diminuindo a alienação.

Outro aspecto importante das formas de gestão para o Apoio Matricial é como este é reconhecido como ação de saúde nos serviços de saúde, como nas narrativas a seguir:

*Por isso, achamos que é preciso que o coordenador compreenda que o Apoio Matricial também é trabalho. Isso dá um incentivo.*

*Parece que muitos deles só veem como trabalho os atendimentos e, se você não está atendendo porque foi matricular, parece que não está trabalhando.*

De acordo com Campos (1999) e Campos *et al.* (2013), a forma de organização dos serviços de saúde em que o trabalho multiprofissional e a construção de relações transdisciplinares são dificultados e quase impedidos de acontecer também produz a fragmentação. Isto é, além de uma dimensão de assistência, há uma dimensão da gestão influenciando no Apoio Matricial, no sentido de um processo subjetivo e dinâmico que possa produzir condições para acontecimentos e/ou ações (Onocko Campos & Campos, 2012).

Some-se a isso o fato de que, no município de Campinas, o Apoio Matricial não é diretriz municipal desde 2005, não havendo mais investimentos reais para que tal ação se realizasse (Castro & Campos, 2016). Apesar disso, de acordo com esses autores e com os resultados obtidos pela pesquisa que originou este artigo, o Apoio Matricial vem acontecendo por iniciativa dos próprios trabalhadores e de parte dos gestores, visto sua penetração no processo de trabalho desde sua implantação no município. Nas palavras de Castro & Campos (2016, p. 1626), “percebe-se que o Apoio Matricial manteve-se incorporado ao discurso e às práticas de diversos profissionais da atenção básica e especializada”.

Nas narrativas, a agenda aparece como um instrumento de gestão utilizado ora para facilitar o acontecimento do Apoio Matricial, ora como um impeditivo, a depender do olhar do gestor local para essa ação no cotidiano do serviço de saúde. Entretanto, os participantes deste estudo afirmaram que assumem, na maior parte das vezes, a gestão de sua própria agenda, como ilustrado por este trecho de uma narrativa:

*Percebemos o Apoio Matricial, hoje em dia, como dependente de nossas disponibilidades individuais para acontecer, principalmente no que diz respeito a reservar horários*

*em nossas agendas para realizar o apoio junto às equipes que matriciamos. Se nós não insistirmos e não administrarmos nós mesmos nossas agendas, elas serão tomadas pelos atendimentos em nossas especialidades.*

Essa autonomia, destacada também em outros estudos (Castro & Campos, 2016; Castro *et al.*, 2016), contudo, tem um limite, e, na medida em que o Apoio Matricial pode ser contemplado nas agendas dos profissionais, podemos reconhecer nas narrativas a função necessária de suporte da ação de gestão para a constituição de relações intersubjetivas que permitam experimentar as diferenças de forma construtiva (Onocko Campos, 2007).

### Considerações Finais

Neste artigo, buscou-se responder se o Apoio Matricial influencia na produção de maior grau de autonomia dos trabalhadores apoiadores matriciais e se amplia a cogestão dos processos de trabalho, gerando maior corresponsabilização pelo cuidado em saúde.

Os resultados obtidos apontaram para o que vem se consolidando na literatura científica sobre o tema, de forma a corroborar achados de outros estudos, e reafirmam o Apoio Matricial como produtor de novos trabalhadores-sujeitos e novas realidades para o processo de trabalho em saúde, afastando-se do modelo taylorista, fragmentador do trabalho e de seu produto, o cuidado em saúde.

Observamos que os resultados indicaram o Apoio Matricial como importante ferramenta para a produção de maiores graus de autonomia nos processos de trabalho em saúde, descritos como a liberdade para criar o modo de fazer o próprio trabalho, incorporação do sentido de seu trabalho e de seus resultados e maior implicação com as diretrizes que norteiam o SUS, bem como com a produção de saúde.

A autonomia dos trabalhadores também se evidenciou em processos de cogestão no cotidiano do trabalho entre apoiadores matriciais e profissionais das UBS, concretizados nos encontros organizados entre os profissionais, percebidos como bastante potentes para construir novas possibilidades de ações de saúde e de afirmação do protagonismo dos trabalhadores na organização do próprio trabalho, com ampliação de corresponsabilidade.

Entretanto, mesmo que as narrativas tenham revelado a potência do Apoio Matricial para a desconstrução do trabalho fragmentado, a fragmentação do trabalho em saúde ainda predomina nas práticas dos profissionais, fundamentadas pelo modelo biomédico e por processos de gestão produtivistas e autoritários, que tendem a impedir a autonomia e criatividade dos trabalhadores, bem como sua constituição como sujeitos. A disputa por modos de gestão democráticos tem sido o cotidiano dos apoiadores matriciais em Campinas, conforme os resultados deste estudo, contrapondo-se à forma como a municipalidade tem conduzido a gestão do Apoio Matricial, não mais reconhecido como diretriz institucional. Esse campo de disputa demonstra a expectativa dos apoiadores matriciais por uma melhor articulação entre si e os serviços, constituindo uma rede de verdade, e evidencia o campo dinâmico de forças que se constitui como o terreno por excelência do fazer o Apoio Matricial.

Como limites deste estudo, trata-se de um estudo qualitativo de uma realidade específica, o município de Campinas, em um determinado momento histórico, não sendo possível realizar generalizações, mas sim compreendê-lo no contexto delimitado desta pesquisa. Entretanto, espera-se que esses resultados possam contribuir para o fortalecimento das

políticas orientadas para a construção de práticas em saúde no SUS que sejam democráticas e geradoras de sujeitos com maior autonomia, apontando para a necessidade de maiores investimentos institucionais no Apoio Matricial como política efetiva de ampliação de compromisso, autonomia dos trabalhadores e de processos de cogestão.

### Referências

Bispo Júnior, J. P. & Moreira, D. C. (2017). Educação Permanente e Apoio Matricial: formação, vivências e práticas dos profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e das equipes apoiadas. *Cadernos de Saúde Pública [on-line]*, 33(9), e00108116. doi:<https://doi.org/10.1590/0102-311X00108116>

Bondía, J. L. (2002). Notas sobre a experiência e o saber de experiência. *Revista Brasileira de Educação*, 19, 20-28. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbedu/n19/n19a02.pdf>

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. (2004). *HumanizaSUS: Equipe de Referência e Apoio Matricial* (Série B. Textos Básicos de Saúde). Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/equipe\\_referencia.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/equipe_referencia.pdf)

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. (2007). *Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular* (2a ed., Série B. Textos Básicos de Saúde). Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica\\_ampliada\\_2ed.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf)

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2012). *Política Nacional de Atenção Básica* (Série E. Legislação em Saúde). Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>

Campos, G. W. S. (1992). *Reforma da reforma: Repensando a saúde*. São Paulo: Editora Hucitec.

Campos, G. W. S. (1999). Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4(2), 393-403. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81231999000200013>

Campos, G. W. S. (2000). Saúde pública e saúde coletiva: Campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2, 219-230. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232000000200002>

Campos, G. W. S. (2015). *Um método para análise e cogestão de coletivos: A constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições – O método da roda* (5a ed.). São Paulo: Hucitec.

Campos, G. W. S. & Domitti, A. C. (2007). Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(2), 399-407. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200016>

Campos, G. W. S., Cunha, G. T., & Figueiredo, M. D. (2013). *Práxis e formação paideia: Apoio e cogestão em saúde*. São Paulo: Hucitec.

Camuri, D., & Dimenstein, M. (2010). Processos de trabalho em saúde: práticas de cuidado em saúde mental na estratégia saúde da família. *Saúde e Sociedade*, 19(4), 803-813. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n4/08.pdf>

Castro, C. P. de & Campos, G. W. de S. (2016). Apoio Matricial como articulador das relações interprofissionais entre serviços especializados e atenção primária à saúde. *Physis*

*Revista de Saúde Coletiva*, 26(2), 455-481. Disponível em <https://www.scielosp.org/pdf/phis/2016.v26n2/455-481/pt>

Castro, C. P., Oliveira, M. M., & Campos, G. W. S. (2016). Apoio Matricial no SUS Campinas: análise da consolidação de uma prática interprofissional na rede de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva [on-line]*, 21(5), 1625-1636. doi:<https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.19302015>.

Chiaverini, D. H., Gonçalves, D. A., Ballester, D., Tófoli, L., Chazan, L., Almeida, N., & Fortes, S. (2011). *Guia prático de matriciamento em saúde mental*. Brasília: Ministério da Saúde/Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva.

Cunha, G. T., & Campos, G. W. S. (2011). Apoio matricial e atenção primária em saúde. *Saúde e Sociedade*, 20(4), 961-70. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000400013>.

Dejours, C. (1992). *A loucura do trabalho: Estudo de psicopatologia do trabalho* (5a ed. ampl. ed.) (A. I. Paraguay, & L. L. Ferreira, Trans.). São Paulo, SP: Cortez; Oboré.

Figueiredo, M. D., & Onocko Campos, R. (2009). Saúde mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1), 129-138. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000100018>.

Gomes, V. G. (2006). *Apoio matricial: Estratégia de interlocução na rede de saúde de Campinas/SP* (Monografia de Aprimoramento em Saúde Mental e Gestão, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas). Disponível em <https://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/paganex/tcc2005vanessagimenesgomes.pdf>

González Rey, F. (2012). *O social na Psicologia e a Psicologia Social: A emergência do sujeito* (3a ed.) (V. M. Joscelyne, Trad.). Petrópolis, RJ: Vozes.

Matos, A. G. (1994). Alienação no serviço público. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 14(1-3), 23-33. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98931994000100006>

Merhy, E. E. (2013). O cuidado é um acontecimento e não um ato. In: T. B. Franco, & E. E. Merhy, *Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: Textos reunidos* (1a ed., pp. 172-182). São Paulo: Hucitec.

Minayo, M. C. (2014). *O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde* (14a ed.). São Paulo: Editora Hucitec.

Navarro, V. L., & Padilha, V. (2007). Dilemas do trabalho no capitalismo contemporâneo. *Psicologia & Sociedade* [on-line], 19 (n. spe.), 14-20. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822007000400004>

Onocko Campos, R. (2007). A gestão: Espaço de intervenção, análise e especificidades técnicas. In: G. W. Campos, *Saúde Paidéia* (3a ed., pp. 122-149). São Paulo: Hucitec.

Onocko Campos, R. T., & Campos, G. W. S. (2012). Coconstrução de autonomia: o sujeito em questão. In: G. W. S. Campos, J. R. Bonfim, M. C. Minayo, M. Akerman, M. Drumond Júnior, & Y. M. Carvalho, *Tratado de saúde coletiva* (2a ed. rev., aum., pp. 719-738). Rio de Janeiro: Editora Hucitec.

Onocko Campos, R. T., & Furtado, J. P. (2008). Narrativas: utilização na pesquisa qualitativa em saúde. *Revista de Saúde Pública*, 42(6), 1090-1096. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102008005000052>

Peduzzi, M., & Schraiber, L. B. (2008). Processo de trabalho em saúde. In: I. B. Pereira, & J. C. Lima, *Dicionário da educação profissional em saúde* (2a ed. rev., ampl., pp. 320-328). Rio de Janeiro: EPSJV.

Sousa, J. C., & Batista dos Santos, A. C. B. (2017). A psicodinâmica do trabalho nas fases do capitalismo: análise comparativa do taylorismo-fordismo e do toyotismo nos contextos do capitalismo burocrático e do capitalismo flexível. *Revista Ciências Administrativas*, 23(1), 186-216. Disponível em <https://www.redalyc.org/pdf/4756/475655252008.pdf>

Taylor, F. W. (1990). *Princípios de administração científica* (8a ed.). São Paulo: Atlas.

Vargas, E. R. & Macerata, I. (2018). Contribuições das equipes de Consultório na Rua para o cuidado e a gestão da atenção básica. *Revista Panamericana de Salud Pública* [on-line], 42, e170. Disponível em <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.170>

*Recebido em: 30/07/2019*

*Última revisão: 20/02/2020*

*Aceite final: 08/05/2020*

#### **Sobre os autores:**

**Daniel Goulart Rigotti:** Mestre em Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde. Professor da Graduação em Psicologia do Centro Universitário Padre Anchieta (UniAnchieta). **E-mail:** [dgrigotti@gmail.com](mailto:dgrigotti@gmail.com), **Orcid:** <http://orcid.org/0000-0001-8757-6931>

**Daniele Pompei Sacardo:** Doutora em Saúde Pública. Professora do Programa de Mestrado Profissional Saúde Coletiva, Política e Gestão em Saúde. **E-mail:** [danielesacardo@gmail.com](mailto:danielesacardo@gmail.com), **Orcid:** <http://orcid.org/0000-0002-2688-1905>