UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

YANNA CRISTINA MORAES LIRA NASCIMENTO

A ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E AS AÇÕES DE MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL:

Análise a partir da organização dos serviços de saúde em municípios alagoanos no período de 2016 a 2022

MACEIÓ-AL
2024

YANNA CRISTINA MORAES LIRA NASCIMENTO

A ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E AS AÇÕES DE MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL:

Análise a partir da organização dos serviços de saúde em municípios alagoanos no período de 2016 a 2022

Tese apresentada ao Programa de Pós Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Alagoas, como requisito à obtenção do título de Doutora em Serviço Social.

Orientadora: Profª. Drª Rosa Lúcia Trindade Prédes

MACEIÓ-AL

2024

Catalogação na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico
Bibliotecária: Taciana Sousa dos Santos – CRB-4 – 2062

N244a Nascimento, Yanna Cristina Moraes Lira.
A atenção psicossocial no Sistema Único de Saúde (SUS) e as ações de matriciamento em saúde mental : análise a partir da organização dos serviços de saúde em municípios alagoanos no período de 2016 a 2022 / Yanna Cristina Moraes Lira Nascimento. – 2024.
335 f. : il. color.

Orientadora: Rosa Lúcia Trindade Prédes.
Tese (Doutorado em Serviço Social) – Universidade Federal de Alagoas. Faculdade de Serviço Social. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. Maceió, 2024.

Bibliografia: f. 294-317.
Apêndices: 319-329.
Anexos: f. 331-335.

1. Serviços de saúde – SUS. 2. Atenção psicossocial. 3. Matriciamento. 4. Saúde mental. I. Título.

CDU: 364 : 614

FOLHA DE APROVAÇÃO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL – PPGSS

Membros da Comissão Julgadora de Defesa da Tese de Doutorado de **YANNA CRISTINA MORAES LIRA NASCIMENTO**, intitulada "A ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E AS AÇÕES DE MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL: ANÁLISE A PARTIR DA ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE EM MUNÍCIPIOS ALAGOANOS NO PERÍODO DE 2016 A 2022", apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Alagoas em 30 de agosto de 2025, às 9 horas, na Faculdade de Serviço Social/FSSO.

gov.br Documento assinado digitalmente
ROSA LUCIA PREDES TRINDADE
Data: 30/08/2024 17:35:17 -0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

ROSA LUCIA PREDES TRINDADE
UFAL - Presidente - ORIENTADOR(A)

gov.br Documento assinado digitalmente
DIEGO DE OLIVEIRA SOUZA
Data: 02/09/2024 11:53:07 -0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

DIEGO DE OLIVEIRA SOUZA
UFAL - Examinador(a) Interno(a)

gov.br Documento assinado digitalmente
MARIA VALERIA COSTA CORREIA
Data: 04/09/2024 21:42:02 -0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

MARIA VALERIA COSTA CORREIA
UFAL - Examinador(a) Interno(a)

gov.br Documento assinado digitalmente
MARIA CICERA DOS SANTOS DE ALBUQUERQUE
Data: 15/09/2024 18:19:44 -0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

MARIA CICERA DOS SANTOS DE ALBUQUERQUE
UFAL - Examinador(a) Externo(a) ao Programa

gov.br Documento assinado digitalmente
SILVANA MARCIA DE ANDRADE MEDEIROS
Data: 02/09/2024 09:20:56-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

SILVANA MARCIA DE ANDRADE MEDEIROS
UFAL - Examinador(a) Externo(a) ao Programa

Dedico esta tese a todos os profissionais matriciadores em saúde mental, por serem um dos protagonistas na construção contínua e implementação das políticas de saúde, e em especial de saúde mental.

AGRADECIMENTOS

Chegar até aqui, não foi uma conquista somente minha, acredito que sou o que sou, porque existe uma rede que me apoia, composta por pessoas que me inspiraram, me deram forças, me compreenderam e me motivaram! Que caminharam juntinhos a mim seja no plano terreno ou no espiritual, deixando mais leve meu caminho e minha alma. Anjos que deixaram marcas intrínsecas nesta caminhada de tamanha superação.

Assim, agradeço primeiramente a Deus e Nossa Senhora de Fátima, ao qual sou devota, pela força espiritual e coragem para enfrentar todos os percalços durante esta jornada. A fé foi um suporte fundamental!

Em segundo lugar, e primeiramente no plano terrestre, nada disto seria possível sem o apoio de minha família que estiveram ao meu lado diariamente, desde o momento da inscrição no processo seletivo e aflição na divulgação dos resultados do programa, no transcorrer destes longos quatro anos, inclusive enfrentando muitos desafios ao atravessar um período de temor e incertezas agudizadas por um período de pandemia da COVID-19, até a última linha escrita desta tese. Agradeço aos meus filhos, João Paulo e Anna Lis, que mesmo pequeninos, precisaram fazer silêncio e compreender minha ausência nas brincadeiras em alguns momentos, para que eu pudesse estudar. Ao meu esposo, Paulo Rogério, pelo amor e compreensão nos momentos que não pude participar do lazer em família, que deitei tarde, ou acordei cedo, meu muito obrigada pelo companheirismo em assumir, por muitas vezes, a liderança nas responsabilidades de nosso lar, para que eu continuasse a produzir. A minha mãe Iradir, minha inspiração como mulher, mãe, amiga, trabalhadora e dona de casa, por todo amor e carinho que sempre teve comigo, quando várias vezes por zelo e preocupação preparou o almoço e cuidou dos meus filhos para que eu estivesse livre (por alguns instantes) para escrever, e pela motivação contínua na conclusão do curso e orientações nas adversidades da vida. Sem vocês com certeza não conseguiria alcançar mais esta etapa na carreira profissional!

Em terceiro lugar quero agradecer a minha orientadora, e amiga de trabalho Rosa Predes, pela orientação tão tranquila, acolhedora, reflexiva e estimulante. A organiz
maestria com a qual conduziu este processo só aumentou minha admiração pela pe
profissional de excelência que és.

Também quero agradecer a todos os profissionais que colaboraram com as informações essenciais à pesquisa, desde aqueles lotados nas secretarias e conselhos estaduais

de saúde que abriram os caminhos e possibilitaram o acesso aos sujeitos do estudo, bem como ao acervo documental; como àqueles profissionais nos diversos municípios alagoanos que diretamente disponibilizaram seus tempos e doaram seus relatos fundamentais à apreensão do objeto de estudo.

Agradeço ainda aos professores participantes da banca, Cicera, Silvana, Diego e Valéria, pela tamanha contribuição a partir das reflexões e referenciais teóricos que me dispuseram, extremamente relevantes ao aprofundamento do debate, e à elaboração dos argumentos à defesa desta tese.

Por fim, quero agradecer à Universidade Federal de Alagoas, pela oportunidade de cursar este doutorado, e de conceder-me como servidora pública a possibilidade de assim realizá-lo com qualidade, tempo, destreza e compromisso.

A todos minha eterna GRATIDÃO!

“Para tudo há um tempo, para cada coisa há um momento debaixo dos céus: tempo de nascer, e tempo para morrer; tempo para plantar, e tempo para arrancar o que foi plantado [...]; tempo para guardar, e tempo para jogar fora; tempo para rasgar, e tempo para costurar; tempo para calar, e tempo para falar; tempo para amar, e tempo para odiar; tempo para a guerra, e tempo para a paz. Que proveito tira o trabalhador de sua obra? Eu vi o trabalho que Deus impôs aos homens: todas as coisas que Deus fez são boas, a seu tempo [...]. Assim eu concluí que nada é melhor para o homem do que alegrar-se e procurar o bem-estar durante sua vida;e que comer, beber e gozar do fruto de seu trabalho é um dom de Deus”.

(Bíblia, Eclesiastes, 3: 1-2, 6-13)

RESUMO

Esta tese objetivou analisar os impactos da organização dos serviços de saúde do SUS na atenção psicossocial para as ações de matriciamento em saúde mental nos municípios alagoanos no período de 2016 a 2022 no contexto de aprofundamento neoliberal. Inicialmente realizou-se pesquisa exploratória à construção do estado da arte na Biblioteca Virtual em Saúde, *SciELO*, *Dialnet*, Periódicos CAPES, Catálogo de teses e dissertações, *Pubmed* e *Cochrane*. Adotou-se abordagem qualitativa e pressupostos teórico-metodológicos do materialismo histórico e dialético. Para fundamentação e análise de conjuntura, livros de referências foram utilizados além de documentos como portarias, decretos, planos estaduais e municipais de saúde, políticas de saúde em órgãos públicos e sites oficiais do governo; e pesquisa de campo aprovada pelo CEP/UFAL sob protocolo 6485.9922.0.0000.5013. Na primeira etapa da pesquisa de campo participaram 120 profissionais, sendo 67 coordenadores municipais/ responsáveis pela atenção primária e 53 pela saúde mental de 89 dos 100 municípios alagoanos com CAPS, ENASF-AP ou EMulti. Na segunda etapa participaram 10 coordenadores, sendo 06 de CAPS e 04 de ENASF-AP, de 05 municípios alagoanos. Para a obtenção das informações utilizou-se questionários e grupos focais, consolidando-as em planilhas, tabelas, gráficos e relatos transcritos, que sob o auxílio da análise temática de Bardin foram organizadas em três seções temáticas: a) As políticas de saúde no capitalismo monopolista e o SUS no Brasil; b) O matriciamento como estratégia de articulação entre serviços de saúde; e c) A organização do trabalho em serviços de saúde e sua realização em equipes multiprofissionais: potencialidades e desafios para o matriciamento. No início abordaram-se as mudanças socioeconômicas e políticas do capitalismo monopolista sobre a dinâmica dos serviços de saúde, impactadas pela questão social, intervenção do Estado e políticas sociais. Na seção seguinte aprofundou-se o matriciamento como estratégia de articulação entre serviços de saúde mental e atenção primária do território conforme definições da política de saúde brasileira norteada pelo SUS, pontuando mudanças regulamentadoras ao longo do tempo, inclusive no contexto alagoano em que o matriciamento é realizado em 63,72% dos municípios mesmo sem normativas locais, destacando-se o debate sobre obstáculos e desafios à implementação. Na última seção temática foram resgatadas as compreensões gerais e conceituais sobre o trabalho, e trabalho nos serviços de saúde até a constituição das equipes multiprofissionais em saúde no SUS, apontando-se os desafios do matriciamento nos municípios alagoanos a partir da organização do trabalho e realização de ações matriciais, desde questões que envolvem a formação e experiência profissional, formas e critérios de contratação profissional a partir de indicações políticas, precarização do trabalho, prioridades da gestão, perfil dos profissionais contratados, até o uso superficial de algumas ferramentas. A tese defende que reformulações políticas são possíveis e necessárias a organização do SUS, é preciso definir normas à contratação de profissionais e continuidade do trabalho na assistência, que a permanência dos trabalhadores não esteja condicionada a indicação política ou trocas de gestão municipal para que a política de saúde mental seja efetivada com reflexão crítica sobre as formas e estratégias de enfrentamento da precarização do trabalho no contexto neoliberal.

Palavras Chaves: serviços de saúde; política de saúde; saúde mental; assistência integral à saúde; trabalho; apoio matricial em saúde mental; equipe multiprofissional; trabalho em saúde.

ABSTRACT

This thesis aimed to analyze the impacts of the organization of health services within the SUS (Unified Health System) on psychosocial care for mental health matrix support actions in Alagoas municipalities from 2016 to 2022, within the context of deepening neoliberalism. Initially, exploratory research was conducted to build the state of the art in the Virtual Health Library, SciELO, Dialnet, CAPES Journals, Thesis and Dissertation Catalog, PubMed, and Cochrane. A qualitative approach and theoretical-methodological assumptions of historical and dialectical materialism were adopted. For foundation and situational analysis, reference books were used alongside documents such as ordinances, decrees, state and municipal health plans, health policies in public agencies, and official government websites; and field research approved by the CEP/UFAL under protocol 6485.9922.0.0000.5013. In the first stage of the field research, 120 professionals participated, including 67 municipal coordinators/responsible for primary care and 53 for mental health from 89 of the 100 Alagoas municipalities with CAPS (Psychosocial Care Centers), ENASF-AP (National Policy for the Support of Primary Care), or EMulti. In the second stage, 10 coordinators participated, comprising 6 from CAPS and 4 from ENASF-AP, from 5 Alagoas municipalities. To gather information, questionnaires and focus groups were utilized, consolidating data into spreadsheets, tables, graphs, and transcribed reports, which, with the aid of Bardin's thematic analysis, were organized into three thematic sections: a) Health policies in monopolistic capitalism and SUS in Brazil; b) Matrix support as a strategy for coordination between health services; and c) The organization of work in health services and its execution in multiprofessional teams: potentialities and challenges for matrix support. The initial discussion addressed the socioeconomic and political changes of monopolistic capitalism on the dynamics of health services, influenced by social issues, state intervention, and social policies. The next section deepened the concept of matrix support as a strategy for coordination between mental health services and primary care in the territory, according to definitions of Brazilian health policy guided by SUS, highlighting regulatory changes over time, including in the Alagoas context where matrix support is implemented in 63.72% of municipalities despite the lack of local regulations, emphasizing the debate on obstacles and challenges to implementation. The final thematic section revisited general and conceptual understandings of work, and work in health services until the establishment of multiprofessional health teams in SUS, pointing out the challenges of matrix support in Alagoas municipalities based on the organization of work and execution of matrix actions, addressing issues related to professional training and experience, forms and criteria for professional hiring based on political indications, job precarization, management priorities, profiles of hired professionals, and superficial use of some tools. The thesis argues that political reformulations are possible and necessary for the organization of SUS, emphasizing the need to define norms for hiring professionals and continuity of work in care, ensuring that the permanence of workers is not conditioned by political indications or changes in municipal management so that mental health policy can be effectively implemented with critical reflection on the forms and strategies to confront job precarization in the neoliberal context.

Keywords: Health Services; Health Policy; Mental Health; Comprehensive Health Care; Work; Matrix Support In Mental Health; Patient Care Team, Health Work.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURAS

Figura 1 - Organograma sucinto da Secretaria do Estado da Saúde de Alagoas 33
Figura 2 - Fluxograma das referências selecionadas nas bases de dados com resultados das etapas de identificação, seleção, elegibilidade e inclusão, conforme recomendações do *PRISMA* 41
Figura 3 - Municípios alagoanos participantes da pesquisa por região 131
Figura 4 - Mapa das Regiões de Saúde do Estado de Alagoas e os equipamentos CAPS, ENASF-AP e Equipe Multiprofissional em funcionamento quanto a realização do matriciamento 136
Figura 5 - Folder produzido pelo Projeto de Extensão MatriciaMENTE para divulgar o matriciamento em saúde mental no município de Maceió para a atenção primária 139
Figura 6 - Fluxograma de Saúde Mental e Classificação de Risco do Município do Rio de Janeiro 278
Figura 7 - Fluxograma e perfil de atendimento para Matriciamento em Maceió.....279

GRÁFICOS

Gráfico 1 - Informações sobre o número de serviços municipais de saúde divergentes dos Órgãos Estaduais descritas por um único coordenador/responsável 132
Gráfico 2 - Informações sobre o número de serviços municipais de saúde divergentes entre coordenadores municipais de saúde mental e atenção primária, e entre estes coordenadores e Órgãos Estaduais 134

QUADROS

Quadro 1 - Dispositivos de Saúde Mental e de Atenção Primária segundo distribuição por região de Saúde em Alagoas 129
Quadro 2 - Caracterização dos participantes do grupo focal quanto as condições de formação profissional e experiência de atuação 205
Quadro 3 - Caracterização dos participantes do grupo focal quanto às formas de contratação de trabalho e carga horária, remuneração salarial, outros vínculos empregatícios, e associações a entidades de classe 218
Quadro 4 - Critérios de seleção e experiência profissional exigidos aos profissionais para ocupar o cargo de coordenação 232

Quadro 5 - Lista de municípios alagoanos que receberam incentivo financeiro para a construção do Plano de Educação Permanente habilitados pela portaria 3.342/2017.....236
Quadro 6 - Ações de Saúde Mental realizados nos municípios alagoanos.....238

TABELAS

Tabela 1 - Apoio Matricial em Saúde Mental realizado por ENASF-AP, eMulti, e CAPS nos municípios pesquisados 135
Tabela 2 - Presença de normativas ao processo de apoio matricial nos municípios alagoanos relatados pelos coordenadores 138
Tabela 3 - Incentivo da gestão municipal e federal, e interesse do município à realização do apoio matricial em saúde mental 140
Tabela 4 - Perfil dos Coordenadores/Responsáveis da Atenção Primária dos municípios alagoanos 200
Tabela 5 - Perfil dos Coordenadores/Responsáveis pela Saúde Mental dos municípios alagoanos 203
Tabela 6 - Quantitativos de município alagoanos em relação à forma de contratação de trabalho e número de profissionais 207
Tabela 7 - Distribuição de coordenadores/responsáveis pelos serviços de saúde matriciadores de acordo com o gênero 228
Tabela 8 - Profissionais contratados pelos serviços ENASF-AP, EMulti e CAPS nos municípios alagoanos 229
Tabela 9 - Forma de gerenciamento dos serviços nos municípios alagoanos 230
Tabela 10 - Contratação e critérios no processo seletivo das ENASF-AP/ eMulti e CAPS nos municípios alagoanos 231
Tabela 11 – Necessidades para implantar/melhorar ações de apoio matricial segundo os coordenadores da atenção primária e da saúde mental 244
Tabela 12 - Atividades de apoio matricial realizadas pelos municípios alagoanos que possuem CAPS 250
Tabela 13 - Nível de comunicação entre ENASF-AP/ eMulti com CAPS e com eSF/eAP nos municípios alagoanos 254
Tabela 14 - Ações de apoio matricial registradas em sistemas de informações pelas ENASF-AP, eMulti e CAPS 263

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABCD	Municípios paulistas: Santo André, São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul, Diadema, Mauá, Ribeirão Pires e Rio Grande da Serra
ACE	Agente de combate às endemias
ACS	Agente comunitário de saúde
AISs	Ações Integradas de saúde
AM	Apoio Matricial
ABA	Análise do Comportamento Aplicada
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APAC	Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade
App	Aplicativos
APS	Atenção Primária à Saúde
BNB	Banco Nacional de Habitação
BPA	Boletins de Produção Ambulatorial
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPs	Caixas de Aposentadoria e Pensões
CAPSad	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil
CDS	Coleta de Dados Simplificado
CEP/UFAL	Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFAL
CF	Constituição Federal
CGR	Colegiados de Gestão Regional
CIB	Comissão Intergestora Bipartite
CIES	Comissão Estadual de Integração Ensino Serviço
CIR	Comissão Intergestora Regional
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CnaR	Consultório na Rua
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COI	Centros de Orientação Infantil
COJ	Centros de Orientação Juvenil

CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
Coord.	Coordenador
COSEMS/AL	Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Alagoas
COVID-19	*Coronavirus Disease* 2019
CPMF	Contribuição Provisória de Movimentação Financeira
CRAS	Centros de Referência de Assistência Social
CREAS	Centros de Referência Especializado de Assistência Social
CSN	Companhia Siderúrgica Nacional
CUT	Central Única dos Trabalhadores
DOOC	Despesa Obrigatória de Caráter Continuado
eAB	Equipes da Atenção Básica
eAP/ EAP	Equipe de Atenção Primária
EAD	Equipe de Cuidados Domiciliares
EAPP	Equipe de Atenção Primária Prisional
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
ECR	Equipe dos Consultórios na Rua
EMAD	Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar
EMAESM	Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental
EMAP	Equipe Multidisciplinar de Apoio
EMSI	Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena
eMulti	Equipe(s) Multiprofissional(is)
ENASF-AP	Equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Primária
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia de Saúde da Família
eSF	Equipes de Saúde da Família
ESMs	Equipes de Saúde Mental
FEDPs	Fundações Estatais de Direito Privado
FGTS	Fundo de Garantia por Tempo de Serviço
FHC	Fernando Henrique Cardoso
GAP	Gerência de Atenção Primária
GDES	Gestão de Desenvolvimento e Educação na Saúde
GEVP	Gerência Executiva de Valorização de Pessoas
GDES	Gerência de Desenvolvimento e Educação na Saúde

GPESAM	Grupo de Pesquisa em Saúde Mental, Álcool e outras Drogas Austregésilo Carrano Bueno
Inamps	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
IAPs	Institutos de Aposentadoria e Pensão
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LRF	Lei de Responsabilidade Fiscal
MEI´s	Microempreendedores Individuais
MDB	Movimento Democrático Brasileiro
Naab	Núcleo de Apoio à Atenção Básica
NASF	Núcleos Ampliados de Saúde da Família
Nasf	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
NEP	Núcleo de Educação Permanente
NOAS	Norma Operacional de Assistência a Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OSCIPs	Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público
ONGs	Organizações Não Governamentais
OS	Organizações Sociais
OSS	Organizações Sociais da Saúde
PAB	Piso da Atenção Básica
PACs	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
Pasep	Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público
PEC	Prontuário Eletrônico do Cidadão
PEEPS	Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde
PET	Programa de Educação Tutorial
PIB	Produto Interno Bruto
PIS	Programa de Integração Social
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNASH	Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares
PPGSS	Programa de Pós-Graduação em Serviço Social

PRISMA	*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*
PROFAE	Programa de Formação de Trabalhadores na área de Enfermagem
PSD	Partido Social Democrático
PSDB	Partido da Social Democracia Brasileira
PSF	Programa de Saúde da Família
PT	Partido dos Trabalhadores
PTB	Partido Trabalhista Brasileiro
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RJU	Regime Jurídico Único
RS	Regiões de Saúde
RT	Responsável Técnico
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAPS	Secretaria de Atenção Primária à Saúde
SciELO	*Scientific Electronic Library Online*
SCNES	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
SESAU	Secretaria do Estado da Saúde de Alagoas
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIASUS	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
SISAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SISAB	Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
Sisnad	Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas
SISREG	Sistema de Regulação
SM	Saúde Mental
SMS	Secretaria de Saúde do Município
STF	Supremo Tribunal Federal
SUAP	Supervisão da Atenção Psicossocial
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
Suds	Sistema Único e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
TIC	Tecnologia de informação e comunicação

UBSF	Unidade Básica de Saúde Fluvial
UDN	União Democrática Nacional
UFAL	Universidade Federal de Alagoas
UNCISAL	Universidade de Ciências da Saúde de Alagoas

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 18

2 AS POLÍTICAS DE SAÚDE NO CAPITALISMO MONOPOLISTA E O SUS NO BRASIL 45

2.1 A política social do Estado burguês no capitalismo monopolista: do *Welfare State* ao neoliberalismo 46

2.2 A tardia constituição da seguridade social no Brasil: desafios na consolidação de um sistema de saúde universal e de um paradigma de produção de saúde 61

3 O MATRICIAMENTO COMO ESTRATÉGIA DE ARTICULAÇÃO ENTRE SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL E DE ATENÇÃO PRIMÁRIA NO BRASIL EM MUNICÍPIOS DE ALAGOAS 99

3.1 O matriciamento na história do SUS e os princípios que o regem 100

3.1.1 Normativas da política de saúde relacionadas à saúde mentale ao matriciamento no contexto brasileiro até o ano de 2017 110

3.1.2 Mudanças no financiamento das Políticas Públicas de Saúde de2017 a 2023: impactos diretos na manutenção da lógica matricial 117

3.2 Caracterização da organização do SUS e do matriciamento nos municípios em Alagoas no período de 2016 a 2022 127

3.3 O debate sobre obstáculos e desafios ao matriciamento no SUS 141

3.3.1 Inconsistências sobre o modelo de assistência em saúde compartilhadoem rede e sobre as concepções acerca da política de saúde mental 141

3.3.2 Dificuldades subjetivas do profissional durante atuação 144

3.3.3 Lacunas no processo de formação profissional 149

3.3.4 Terceirização, privatização dos serviços estatais de saúde e envolvimento dos gestores 154

3.3.5 Estrutura e funcionamento da rede de assistência em saúde 157

3.3.6 Formas de organização do trabalho em saúde 163

4 A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO EM SERVIÇOS DE SAÚDE E SUA REALIZAÇÃO EM EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS: POTENCIALIDADES E DESAFIOS PARA O MATRICIAMENTO 169

4.1 O trabalho em serviços de saúde e a constituição de equipes multiprofissionai SUS 171

4.2 Desafios do matriciamento nos municípios alagoanos a partir daorganização do trabalho das equipes multiprofissionaisem saúde no SUS no período de 2016 a 2022 199

4.2.1 Formação e experiência profissional dos coordenadores/ responsáveis pelo matriciamento nos municípios de Alagoas 200

4.2.2 Formas e critérios de contratação dos profissionais matriciadores nos municípios de Alagoas 207

4.2.3 Violação dos direitos trabalhistas e precarização do trabalho 218

4.2.4 Perfil de gênero: a mulher trabalhadora no matriciamento 226

4.2.5 Prioridades da gestão na contratação e processo seletivo dos profissionais 229

4.2.6 A educação permanente no trabalho matriciador nos municípiosde Alagoas 235

4.3 Desafios na realização de ações matriciais nos municípios em Alagoas 250

4.3.1 Atividades de apoio matricial realizadas pelos municípios alagoanos: articulações, utilização de instrumentos e comunicação entre equipes 250

4.3.2 Caráter individual e coletivo de ações das equipes matriciadoras 258

4.3.3 Registros documentais das informações do matriciamento 264

4.3.4 Definição de fluxos para a efetivação do matriciamento e o acompanhamento das ações da equipe 273

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....285

REFERÊNCIAS 296

APÊNDICES 320

A- *Cards* explicativos sobre a pesquisa e links com os questionários 320

B- Termo de Consentimento Livre Esclarecido –TCLE 321

C- Questionário da pesquisa aos Coordenadores de Atenção Primária 323

D- Questionário da pesquisa aos Coordenadores de Saúde mental 326

E- Roteiro para os grupos focais e Caracterização do participante 329

ANEXOS 331

A - Autorização do Comitê de Ética da UFAL 331

B - Termo de autorização da SESAU para a realização da pesquisa 335

1. INTRODUÇÃO

A presente tese intitulada '*A Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde (SUS) e as ações de matriciamento em saúde mental: análise a partir da organização dos serviços de saúde em municípios alagoanos no período de 2016 a 2022'* foi desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social (PPGSS) da Universidade Federal de Alagoas (UFAL) nos anos de 2020 a 2024, e tem como objeto de estudo os impactos da organização dos serviços de saúde do SUS na atenção psicossocial para as ações de matriciamento em saúde mental nos municípios alagoanos no período de 2016 a 2022.

O interesse no doutorado por esta temática surgiu a partir de inquietações no processo de implantação do Apoio matricial em saúde mental no município de Maceió desde o ano de 2015, quando a Universidade Federal de Alagoas (UFAL) foi convidada pela Secretaria de Saúde do Município (SMS) de Maceió a elaborar um Projeto de extensão que a assessorasse neste processo matriciador. Neste momento sela-se meu engajamento, enquanto docente da Escola de Enfermagem da UFAL e pesquisadora vinculada ao Grupo de Pesquisa em Saúde Mental, Álcool e outras Drogas Austregésilo Carrano Bueno (GPESAM), a partir de estudos sobre apoio matricial em saúde mental, e ao coordenar um projeto de extensão piloto à implantação do apoio matricial em saúde mental no município de Maceió.

Entende-se o apoio matricial ou matriciamento em saúde mental como um suporte técnico e pedagógico especializado em saúde mental dado a uma equipe de atenção primária, é uma estratégia de cogestão para o trabalho interprofissional e em rede, que valoriza a concepção ampliada do processo saúde/doença, da interdisciplinaridade, do diálogo e da interação entre profissionais que trabalham em equipes ou em redes e sistemas de saúde (Campos, 1999; Campos, Domitti, 2007). É uma estratégia que está inserida na perspectiva antimanicomial em defesa a uma política assisntencial de saúde mental voltada à liberdade e dignidade humana, com direito a tratamentos menos invasivos e restritivos realizados em serviços de base comunitária que estimulam a vida em sociedade e valorizam os laços de afeto.

Vale destacar que desde 2007 estou inserida em discussões sobre a política de saúde mental na atenção psicossocial, bem como, alinhada ao posicionamento ético-político de cunho crítico em defesa da perspectiva antimanicomial. Experiências de atuação profissional foram solidificando meu percurso na área de saúde mental, primeiro enquanto enfermeira residente de saúde mental, em seguida como docente da área de saúde mental na Escola de Enfermagem da UFAL (a partir de 2008), depois como supervisora técnica na Secretaria do

Estado da Saúde de Alagoas (SESAU) (em 2009) e militante de movimentos sociais inclusive articuladora do Fórum de Saúde Mental da UFAL Nise da Silveira (de 2017 a 2020), o que tem ratificado meu envolvimento e preocupação com a implantação das políticas de saúde voltadas à saúde mental.

Destarte, o interesse em aprofundar os estudos teóricos deste objeto no Doutorado em Serviço Social, partiu inicialmente da experiência interdisciplinar com o *Grupo de Pesquisa Serviço Social, trabalho, profissão e políticas públicas* vinculado ao PPGSS da Faculdade de Serviço Social da UFAL, através da participação e coordenação de programas e projetos de extensão e pesquisa, dentre eles: A contribuição de Estudantes e Professores da UFAL na Organização das etapas Regionais de Alagoas da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial (2010), Programa de Educação Tutorial (PET) Saúde em Redes de atenção à saúde (2013/2015), Projeto MatriciaMENTE: estimulando ações de matriciamento em Maceió (2015), Projeto e Programa CuidadosaMENTE: ações de promoção, prevenção, reabilitação e educação permanente em saúde mental, álcool e outras drogas (2017) e mais recentemente o Projeto MatriciaMENTE: fortalecendo ações de matriciamento em saúde mental no município de Maceió (2018)[1]. A vinculação com o grupo de pesquisa da Faculdade de Serviço Social possibilitou-me perceber o quão indispensável é a compreensão histórica-econômica das relações de trabalho no âmbito das políticas públicas sob o qual a formação em Serviço Social possui inestimável domínio de conhecimento.

Outra motivação era compreender os impactos que as reformulações políticas e a organização do aparelho estatal reproduzem sobre o processo de trabalho no SUS, bem como as condições em que este trabalhador possui para se co-responsabilizar pelo cuidado prestado e pactuado entre pessoa, família e serviços. Além disso, o entendimento desta organização do sistema de saúde em um determinado contexto possibilita a compreensão da postura profissional adotada pelo trabalhador no exercício de sua profissão, inclusive seu posicionamento na implementação da política de saúde mental e de ações de apoio matricial.

[1]O projeto MatriciaMENTE teve como objetivo inicial ser um projeto piloto de implantação do matriciamento em Maceió articulado à SMS em 2015, e na segunda versão, em 2018 e 2019, fortalecer ações de matriciamento em saúde mental no município de Maceió a partir de oficinas semanais planejadas e articuladas junto aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), as antigas Equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Primária (ENASF-AP), Consultório na Rua (CnaR) e gestores da SMS de Maceió e da SESAU. Os resultados das discussões ocorridas nos encontros consolidaram-se na construção do Guia de Matriciamento em Saúde Mental para os profissionais dos CAPS e NASF contendo toda orientação sobre a organização das ações matriciadoras no município de Maceió.

Quanto ao desdobramento da pesquisa, os resultados encontrados poderão contribuir à implementação de estratégias de gestão, organização no processo de trabalho e formulação de políticas locais de saúde mental no Estado de Alagoas. Para o Programa de Doutorado em Serviço Social, cuja área de concentração é 'Serviço Social, trabalho e direitos sociais' é de fundamental importância agregar conhecimentos sobre políticas de saúde e trabalho na área de saúde mental, tendo em vista ser uma área na saúde mental ainda pouco explorada nas pesquisas pelo Serviço Social. Esta tese está vinculada à linha de pesquisa *Questão social, direitos Sociais e Serviço Social*.

Sobre a atuação do serviço social em serviços de saúde mental, a literatura traz registros sobre a inserção do assistente social nesta área a partir de 1913, com a pioneira Miss Many Jarret que dirigia o Hospital Psiquiátrico de Boston nos Estados Unidos por meio do auxílio moral e retorno do doente para o seio familiar, assim iniciando o envolvimento do serviço social com o trabalho em clínicas de orientação infantil (Barbosa, 2006). No Brasil estes primeiros registros na saúde mental, ocorrem a partir da década de 1940, quando a assistência ainda era dominada pela psiquiatria tradicional, pelas práticas higienistas, caritativas e clínicas sob fortes influências norte-americanas na metodologia de estudo de caso (Bisneto, 2007; Silva, 2008, Barbosa, 2006).

Neste período o Serviço Social em serviços de saúde mental no Brasil, em especial no Rio de Janeiro, atuava com o método de diagnóstico e tratamento de crianças que apresentassem alguma alteração de comportamento que não atendesse às normas sociais estabelecidas na época nos Centros de Orientação Infantil (COI) e Juvenil (COJ), difundindo-se a tradição do Serviço Social Clínico ao proporcionar um ambiente adequado ao tratamento. À medida que na década de 1940 as primeiras assistentes sociais se formavam, as instituições formadoras iam inserindo-as nos hospitais psiquiátricos, ainda que, submissas aos profissionais médicos, sendo responsáveis por levantar dados sociais dos pacientes e realizar contato familiar para alta, elaboração de atestados sociais e encaminhamentos (Silva, 2008; Barbosa, 2006).

Havia poucos manicômios, realidade que passa a sofrer pequenas mudanças aqui no Brasil, somente a partir da década de 1960, através do financiamento aos serviços de saúde privados e abertura de hospitais no período da ditadura militar. Entretanto, vale ressaltar que o trabalho realizado nestes serviços ainda era pautado no modelo de assistência manicomial, e, portanto, as experiências renovadoras que vinham acontecendo desde a década de 1940 no contexto mundial, não haviam se destacado em nosso país.

As experiências exitosas de assistência à saúde mental ocorridas nas décadas de 1940 e 1950 em várias partes do mundo, só provocaram impactos mais significativos no Brasil, 30 anos depois. Então, algumas práticas da psiquiatria reformada ocorrida em países como Inglaterra, Itália e Estados Unidos, apesar de influenciar alguns profissionais brasileiros, inclusive a médica Nise da Silveira[2] no Rio de Janeiro quando incorpora prática mais humanizada, somente começam a ser incisivamente disseminadas no Brasil no final de 1970. Nise se contrapôs ao modelo psiquiátrico asilar da época, promovendo mudanças fundamentais no modo de assistência, introduzindo atividades ocupacionais, profissionalizantes e artístico-expressivas aos internos de hospitais psiquiátricos. Nestas atividades desenvolvidas em oficinas, muitas assistentes sociais estagiaram aprendendo abordagens mais humanizadas considerando a história dos sujeitos e seus direitos enquanto cidadãos (Bisneto, 2007; Silva, 2008).

Apesar do histórico de trabalho do assistente social está diretamente ligado às políticas sociais, sua inserção na saúde foi gradativa, principalmente porque antes das reformas dos sistemas de saúde no país, ocorridos após 1964, o direito à assistência à saúde pública estava direcionado somente a classe trabalhadora contribuinte da previdência social (Bisneto, 2007; Barbosa, 2006). E apesar da notável expansão do Serviço Social na saúde mental antes mesmo da reforma psiquiátrica, é preciso frisar que esta inserção ocorria em clínicas e hospitais psiquiátricos numa perspectiva de atuação moralizante, pautadas em modelos de tratamento moral importados da França[3].

No Brasil, após a instalação da ditadura militar (1964), houve incentivos estatais financeiros à implantação de muitas clínicas e hospitais psiquiátricos privados, e muitos

[2]Nise da Silveira, médica psiquiatra, iniciou seu trabalho no Centro Psiquiátrico Nacional - hoje Centro Psiquiátrico Pedro II, no Rio de Janeiro em meados da década de 1940, se opondo a práticas de eletrochoques, lobotomias e terapias químicas e medicamentosas. Para ela, a vida psíquica deveria ser pensada como processo de interação com aquilo que cerca o ser humano. Nise gerenciou um setor sem recursos no Centro Psiquiátrico Nacional, o Setor de Terapia Ocupacional, dando-lhe fundamentação científica, transformando-o em um campo de pesquisa, investigando efeitos nocivos dos tratamentos psiquiátricos tradicionais, e comprovando capacidades criativas e de aprendizado das pessoas com esquizofrenia. Nesse período, foram desenvolvidos, progressivamente, dezessete núcleos de atividades: encadernação, marcenaria, trabalhos manuais, costura, música, dança, teatro, etc., nos quais procuravam oferecer atividades que estimulassem o fortalecimento do ego dos pacientes, o amplo relacionamento com o meio social como meio de expressão. Introduziu uma forma inovadora de assistência à saúde mental, gerando conflitos no espaço asilar e provocando resistências com seus pares, enaltecendo a terapia ocupacional e inserindo no tratamento a arte, a criatividade, o afeto, o cuidado, a compreensão, a terapia com animais domésticos e o estímulo à autonomia (Castro, Lima, 2007).

[3]Modelo francês de tratamento moral, vigilância e reclusão social, implantado por Philippe Pinel em Bicetrê na França, influenciado pelo iluminismo e a importância da "razão", deste modo, quando esta condição estava ausente era necessário ser submetido a um tratamento moral. Ou seja, o tratamento era baseado em ajustar comportamentos humanos aos padrões de normas culturais aceitas na época, através de castigos e punições para o alcance do comportamento adequado.

assistentes sociais passaram a compor obrigatoriamente estas equipes interprofissionais (Bisneto, 2007). Esse incremento de assistentes sociais na saúde acompanhava a expansão das políticas sociais na modernização do estado promovida pelos governos da ditadura militar a partir de 1964. Nesta conjuntura a profissão se expandiu já com sua regulamentação federal, garantida por lei em 1957, e com estrutura de conselho e fiscalização profissional a partir de 1962.

É importante salientar que as bases que determinam a origem e o desenvolvimento do Serviço Social estão inseridas no processo de complexificação da sociedade capitalista, a partir da sua fase monopolista. Nas relações de exploração da classe proletária (composta por trabalhadores que precisavam vender sua força de trabalho muitas vezes em condições subumanas) em prol da acumulação de capital à classe burguesa (composta pelos senhores possuidores da propriedade privada), evidenciava-se o aumento da miséria, as diversas manifestações da questão social e o agravamento das desigualdades sociais, que por sua vez muito estimularam mecanismos reguladores e moralizadores favoráveis aos interesses dos dominantes, a burguesia (Silva, 2008; Barbosa, 2006).

O "Serviço Social relaciona-se ao surgimento das mazelas próprias à ordem burguesa, ou seja, a inserção do Serviço Social [...] é um produto histórico determinado pela contradição entre classes subalternas e classe dominante no enfrentamento da questão social" (Silva, 2008, p. 40). Para administrar os efeitos destas relações contraditórias, a intervenção estatal[4] através das políticas sociais vai necessitar da atuação e do reconhecimento de assistentes sociais como agentes técnicos capazes de formular e implementar políticas sociais, no entanto, estas funções desempenhadas por estes profissionais passam a ser contraditórias. Vejamos, esses serviços são originados de tributos pagos pela população ao Estado que serão convertidos em políticas sociais favoráveis a melhorias de vida da classe trabalhadora, porém sua implementação reforça o poder da classe dominante quando o Estado, através destas políticas, supre as necessidades do trabalhador, retroalimentando o ciclo de exploração do capital sobre o trabalhador (Silva, 2008; Barbosa, 2006).

Este arcabouço estimulou a contratação de assistentes sociais nos serviços, e aqui em especial nos serviços de saúde psiquiátricos, na tentativa de reduzir contradições do sistema manicomial, ao intervir nas questões derivadas da pobreza, abandono, miséria, relações

[4] O Estado no início do século XX compreendia a questão social como questão moral, em que intervenções para manter a ordem eram necessárias, "e os problemas sociais eram tratados como casos de polícia"(Barbosa, 2006, p. 57). Um pouco mais tarde ao Estado é posto um cenário de luta entre as classes sociais e se redefinirão as formas de enfrentamento da questão social em que terá nas políticas sociais seu principal meio de intervenção (Barbosa, 2006). No entanto, é importante destacar que a questão social como questão moral decorre dos pressupostos liberais que preconizam o afastamento da intervenção do Estado.

opressivas de gênero, do poder, violência, conflitos, crimes, uso de drogas, das precárias condições de trabalho, e do adoecimento. Neste sentido, a profissão de serviço social chega a estes espaços com a função de executora de serviços sociais inseridos nas políticas sociais, porém benéficas à lógica manicomial (Bisneto, 2007; Faleiros, 2014; Barbosa, 2006). E somente na década de 1980, a partir da reforma psiquiátrica brasileira, é que a atuação do serviço social passa por mudanças fundamentadas nas experiências incorporadas em alguns serviços de saúde (Bisneto, 2007).

Com a reforma psiquiátrica, na década de 1990, diversos serviços de saúde mental são criados em substituição aos hospitais psiquiátricos, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Residências Terapêuticas, Centros de convivência, leitos de saúde mental em hospitais gerais e Unidades de acolhimento (Magaldi, 2019; Silva *et al.*, 2020; Cruz, Gonçalves, Delgado, 2020), em que amplia-se o cenário de atuação do assistente social na saúde mental inclusive nas ações de apoio matricial, como defensor de uma assistência comunitária e mantenedora de vínculos familiares e sociais. A partir dos princípios defendidos pela Reforma Psiquiátrica, ratifica-se que a atuação do assistente social resguardada pelos princípios ético-políticos contidos no atual Código de Ética do Assistente Social está em comum acordo (Silva, 2008).

O atual Código de Ética do/a Assistente Social, vigente desde 1993, é composto por onze princípios, os quais expressam o direcionamento da profissão na contemporaneidade. Entre eles estão o reconhecimento da liberdade inerente à autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais; a defesa intransigente dos direitos humanos e a recusa do arbítrio e do autoritarismo; a ampliação e consolidação da cidadania; a defesa do aprofundamento da democracia, enquanto socialização da participação política e da riqueza socialmente produzida; o posicionamento em favor da equidade e da justiça social; a eliminação de todas as formas de preconceito; a articulação com os movimentos sociais e outros, que estão explicitamente coadunados aos princípios da reforma psiquiátrica (Silva, 2008). À pessoa com transtorno mental deve ser ofertada uma assistência à saúde que preze a liberdade e autonomia do sujeito, que o estimule a sua emancipação enquanto cidadão de direitos, oferecendo ações de saúde menos restritiva possível, que trabalhe para a redução dos estigmas sociais e culturais carregada pela imagem da loucura articulada à periculosidade ou invalidez, enfim a todos profissionais de saúde, e aqui em especial ao assistente social, pôr em prática todos os princípios da reforma psiquiátrica.

A atuação das assistentes sociais na saúde mental em Alagoas, segundo uma pesquisa realizada em 2008 com 25 profissionais de CAPS, demonstrou que estas profissionais, em sua

maioria, possuiam conhecimento acerca da legislação em saúde mental do Brasil, o que possibilitam práticas conforme princípios preconizados pela reforma psiquiátrica, em defesa de um modelo de assistência à saúde de base comunitária que preza pelo vínculo social e a não exclusão dos cidadãos com transtornos mentais (Silva, 2008). No entanto, em Alagoas, é necessário destacar que ainda há assistentes sociais atuando em hospitais psiquiátricos, mesmo com a presença, desde 1990, de profissionais atuando em CAPS, época em que estes serviços não tinham sido regulamentados juridicamente (Barbosa, 2006).

É importante reforçar ao assistente social que também é sua função desenvolver ações de saúde mental, e aqui especialmente às relacionadas ao apoio matricial, já "que cabe ao Serviço Social contribuir para viabilização de direitos sociais e lutar pela garantia da qualidade dos serviços prestados às pessoas com transtornos mentais e a qualquer outro indivíduo da sociedade buscando erradicar qualquer forma de discriminação" (Silva, 2008, p. 51), principalmente na articulação com a atenção primária, onde as estatísticas apontam que os conflitos emocionais surgem, e onde intervenções nesta área são indispensáveis ao bem-estar do sujeito.

Assim, é relevante a produção de conhecimento na área de saúde mental que defenda a atuação do assistente social, e dos demais profissionais da saúde, nos modelos de atenção à saúde ampliada baseada nos princípios da reforma sanitária brasileira como um articulador político e social, e que saiba apreender a determinação social do processo saúde-doenca em suas múltiplas facetas. Facetas estas manifestadas pela desigualdade social, fome, preconceito, estigma, desemprego, falta de moradia, e trabalhos precarizados que vão muito além das demandas somente de saúde mental, mas que estão totalmente conectadas às condições de viver bem (Netto, 2013).

Ademais, ainda há muitas limitações na formação universitária para entender as manifestações da loucura nas expressões sócio-históricas e políticas e na atuação profissional nesta área de saúde mental, quiçá nas intervenções baseadas em técnicas de cogestão, como aquelas aplicadas no apoio matricial. É relevante debater conteúdos nos currículos de graduação, nas residências multiprofissionais, sobre o apoio matricial na matriz curricular, sobre as interações entre profissionais da atenção primária e dos serviços especializados em saúde mental, dentre os quais o assistente social. Isto porque este profissional pode estimular à crítica a sociedade burguesa e ao adoecimento mental no capitalismo monopolista, resistindo a perspectivas tradicionalistas da psiquiatria, e incorporando de fato o movimento reformado e a responsabilidade de trabalhar o social, a crítica, a subjetividade seja no campo micro e macropolítico de uma economia que enaltece a acumulação do capital.

Estas discussões só emergem quando são propiciadas num debate científico, além disso, realizar pesquisa nesta área amplia os conhecimentos não só ao Serviço Social, mas a todas as profissões envolvidas com a saúde, gerando informações indispensáveis aos processos de ensino-aprendizagem tanto na academia, quanto aos serviços que compõem a rede de atenção psicossocial. A pesquisa contribuiu com a produção de conhecimentos sobre políticas de saúde e trabalho, na perspectiva de que mudanças políticas interferem na organização e execução dos serviços.

Compreender a totalidade historicamente construída através das mudanças sociopolíticas e econômicas ocorridas no mundo e seus impactos na forma de realização do trabalho são aspectos fundamentais a todo profissional, inclusive ao profissional enfermeiro, minha formação acadêmica de graduação, que possui envolvimento direto na construção e efetivação do Sistema Único de Saúde, o SUS.

Cabe reforçar que um dos princípios doutrinários do SUS é a integralidade, e para que esse princípio seja de fato alcançado diversas visões e ações são necessárias. Quanto mais ampliado o olhar, mais soluções podem ser encontradas, e uma forma de ampliar os olhares é através da interdisciplinaridade, de analisar uma situação sob o olhar de diversas áreas em diferentes contextos. Neste sentido, como enfermeira, estar inserida em um programa de Doutorado em Serviço Social que possui como missão formar um egresso capaz de interpretar a complexidade da questão social na perspectiva da teoria social crítica favoreceu a ampliar meus horizontes, através do aprofundamento crítico sobre as políticas de saúde e sobre o trabalho dos profissionais.

Destarte, para aprofundar tais questões apresentarei a seguir os *percursos teórico-metodológicos adotados* que conduziram a construção deste estudo juntamente a exposição do problema de pesquisa e dos objetivos. Então, parti da discussão sobre o método, seguindo o tipo de abordagem, a descrição dos procedimentos teórico-metodológicos utilizados.

Por mais de cinco anos tenho experimentado algumas limitações e vulnerabilidades na implantação do matriciamento no município de Maceió, principalmente no período que coordenei projetos de extensão sobre a temática em parceria com a SMS de Maceió. Apesar da experiência ter contribuído nos rearranjos locais para a gestão realizar tais ações, oriundas de um processo coletivo de reuniões, discussões e articulações políticas entre os envolvidos para se esclarecer o que era o matriciamento, e como era possível implementá-lo, ainda assim, eu sentia que não era o suficiente para ocorrer de fato tal implantação.

A cada ano trabalhado, a sensação que me causava era que mesmo com os notáveis avanços na realização do matriciamento e nos registros estatísticos, muitas questões no

processo de execução não dependiam diretamente da motivação de trabalhadores, e sim da organização do sistema, que ora era favorável, ora não, às ações matriciais. E neste sentido, fui buscando conhecer cada vez mais este processo e entender onde poderíamos atuar para que, de fato, as estatísticas exigidas pelos indicadores de saúde se traduzissem em excelência na qualidade do atendimento à população.

A construção do projeto desta tese foi movida pelas inquietações vivenciadas na prática, em que foram sendo aprimoradas a cada orientação e seminário de tese com a oportunidade em aprofundar a temática estudada. Quanto ao recorte temporário me detive a analisar as particularidades ocorridas no período de 2016, durante o governo de Michel Temer em que mudanças significativas na política de saúde mental e atenção básica aconteceram; até 2022 com o término do governo de Jair Bolsonaro em que ocorre o aprofundamento do neoliberalismo, sem desconsiderar a análise de conjuntura para chegar ao delineamento deste período, bem como posterior a ele.

Sendo assim, surgiu para identificar e compreender os elementos que interferem na realização de ações matriciais em saúde mental, o seguinte problema de pesquisa: *Quais os impactos da organização dos serviços de saúde do SUS na atenção psicossocial para as ações de matriciamento em saúde mental nos municípios alagoanos no período de 2016 a 2022?*

Na busca em responder este problema de pesquisa, defini como objetivo geral do estudo: *Analisar os impactos da organização dos serviços de saúde do SUS na atenção psicossocial para as ações de matriciamento em saúde mental nos municípios alagoanos no período de 2016 a 2022 no contexto de aprofundamento neoliberal.* Também defini como objetivos específicos:

- ✔ Aprofundar estudos teóricos sobre os serviços de saúde nas políticas sociais no capitalismo monopolista e no SUS no Brasil;
- ✔ Entender o matriciamento como estratégia de articulação entre serviços de saúde mental e de atenção primária no Brasil, na história do SUS e nos municípios alagoanos;
- ✔ Averiguar a organização do trabalho em serviços de saúde e sua realização por equipes multiprofissionais a partir das potencialidades e desafios do matriciamento em Alagoas.

A definição destes objetivos permitiu defender a hipótese do estudo de que serviços de saúde terceirizados e precarizados, geridos pela lógica neoliberal, em que a rotatividade de profissionais, e a contratação de trabalhadores pouco qualificados para os serviços de saúde

através de indicação política dificultam a atuação destes profissionais na compreensão e realização do matriciamento.

Assim como, a desmotivação da equipe, a insegurança dos profissionais ao intervir em saúde mental, a falta de política de saúde mental estadual e municipal com direcionamentos bem definidos, e o não entendimento da política no modelo ampliado de saúde, e a intencionalidade de manter um projeto de assistência à saúde privatista, fragmentado e biologicista que distorcem normativas regulamentadoras e diretrizes do SUS a fim de manter práticas focais, lucrativas e não resolutivas, tornando-se fatores impeditivos ou retardatários à consolidação da política de saúde mental e à realização do apoio matricial em Alagoas.

Os objetivos traçados nesta tese ajudaram a defender a hipótese do matriciamento ser visto como um projeto estruturante do SUS já que na sua efetivação diretrizes como a universalidade, equidade e integralidade são ratificadas a todo instante. E que para sua consolidação, os desafios do matriciamento estão para além da motivação do profissional, eles dependem da cultura local, da gestão dos serviços e do trabalho, da logística e dos interesses do Estado, e por fim da organização do SUS.

Quanto ao caminho teórico-metodológico escolhido para a realização do estudo e alcance de tais objetivos, primeiramente defini o referencial que guiaria o estudo, e o método com os quais obteria as informações necessárias ao aprofundamento do debate. Sendo assim:

Para atender ao caráter desta pesquisa e longe de constituir-se como o único entendimento, mas de se configurar como uma compreensão aprofundada e reflexiva, a abordagem qualitativa e os pressupostos metodológicos do materialismo histórico e dialético sob o olhar do teórico Karl Marx foram adotados no estudo.

Nas ciências sociais o objeto de estudo é histórico, pois as sociedades vivem o presente sob marcas do passado e perspectiva de um futuro, em que marcas do antigo e do novo estão imbricadas em uma construção contínua que enriquece a humanidade (Minayo, 2010). “Isso significa compreender o global, e o local, convivendo e sendo, ao mesmo tempo, mutáveis e permanentes” (Minayo, 2010, p. 40). E deste modo não cabe um objeto de estudo que não seja essencialmente qualitativo dentro das ciências sociais, como no caso deste objeto de pesquisa.

A abordagem qualitativa reconhece a complexidade do objeto, teorizando-o, definindo conceitos, categorias, utilizando técnicas adequadas e análises contextualizadas, buscando “compreensão em profundidade dos valores, práticas, lógicas de ação, crenças, hábitos e atitudes de grupos e indivíduos sobre a saúde, doença, as terapêuticas, políticas, os programas e demais ações protagonizadas pelos serviços de saúde” (Minayo, 2010, p. 75). No entanto, no

método dialético que falarei mais adiante, as contradições surgem desde o entendimento do tipo de abordagem.

Nos processos de transformação, segundo Minayo, “as mudanças são quantitativas e concomitantemente qualitativas [...]. A qualidade está sempre presente nas quantidades, sendo a quantidade em si uma qualidade do objeto ou da realidade” (2010, p. 341), ou seja, há entendimentos contraditórios nas correntes de pensamentos que restringem a compreensão da realidade em uma única expressão, a ser quantitativa ou qualitativa, mas que para a dialética estas expressões se misturam e se complementam, pois há a tentativa de se explicar o desenvolvimento do fenômeno dentro de seu contexto e “evidenciar a contradição interna no interior do fenômeno; compreender o movimento de unidade dos contrários; trabalhar com a unidade da análise e da síntese numa totalização das partes; correlacionar as atividades e relações” (Minayo, 2010, p.340).

E neste sentido mapear e quantificar as ações de apoio matricial no estado de Alagoas foi o primeiro passo da pesquisa empírica para a definição da amostra estudada, e para a compreensão da realidade local, do processo de implantação e realização das ações propostas pela política de Saúde Mental.

A escolha por esta compreensão metodológica que auxilia o entendimento dos achados da pesquisa também defende que cada coisa, ou fenômeno, é um processo dinâmico, que vai se constituindo de forma espiral e não cíclica, pois nada volta a ser como era antes, as transformações são constantes em um período histórico vivido, e que tudo traz suas contradições, ou seja, a síntese de suas afirmações e negações (Minayo, 2010). Com este método materialista histórico-dialético foi possível perceber de forma mais ampla o fenômeno estudado.

Método considerado materialista por respeitar a integralidade do ser em submeter à subjetividade a objetividade, pois a consciência tem uma base natural, mas não surge de uma transcendência, ela é criada na realidade social e objetiva. Não se pode desconsiderar ontologicamente o intercâmbio do homem com a natureza, do qual resulta o ser social em um processo cada vez mais complexo do predomínio de leis de caráter social e intervenções amplamente conscientes. As relações do homem com a natureza acabam se dando de forma muito mercantilista que acaba desumanizando o próprio homem e o distanciando de sua natureza orgânica em função de um ser cada vez mais social (Tonet, 2013).

O caráter histórico deste método vai para além da sequência de fatos que ocorrem no ser social, se assim o fosse não seria possível “sustentar a existência de uma identidade essencial do gênero humano, de uma história humana que fosse mais do que a simples soma

de histórias particulares" (Tonet, 2013, p. 87). Não há como explicar um fenômeno de forma real e universal se os diversos aspectos e contextos não forem considerados em seu tempo histórico; se a essência não for analisada junto ao fenômeno sem nenhuma distinção ontológica (Tonet, 2013).

Como o entendimento deve ocorrer considerando-se o transcorrer histórico, traços serão consolidados durante o tempo que implicará ao ser social uma identidade, mas que por ser "produtos de atos históricos sempre diferentes, eles mesmos trazem em si este caráter de identidade e de não-identidade, próprio do movimento dialético. De modo que posso dizer que a essência é aquilo que, embora mudando, guarda sempre a sua identidade" (Tonet, 2013, p. 89-90). Ou seja, no estudo da essência e fenômeno com as mudanças ocorridas no tempo, as contradições sempre aparecem. É preciso lembrar que para este método de análise o "fenômeno não é uma simples e direta derivação da essência" (Tonet, 2013, p.90). A essência possibilita o espaço para que os fatos, ou os fenômenos ocorram, e estes fatos também podem alterar traços da essência, bem como do próprio fenômeno, ou seja, são dimensões indissociáveis, e por tanto analisar um problema de pesquisa com este viés, busca-se analisá-lo em sua totalidade.

A escolha deste método não é captar todos os aspectos da realidade, a dialética compreende a realidade na totalidade que possui sua própria estrutura, que é mutável (Behring, Boschetti, 2016) e para auxiliar o entendimento, o caráter histórico da realidade é indispensável. "É a dialética das relações entre indivíduo e sociedade, entre ideias e base material, entre realidade e a sua compreensão pela ciência, como também as correntes que enfatizam o sujeito histórico e a luta de classes" (Minayo, 2010, p. 107). Método que problematiza o "desenvolvimento das políticas sociais, no contexto da acumulação capitalista e na luta de classes, com a perspectiva de demonstrar seus limites e possibilidades na produção do bem-estar" (Behring, Boschetti, 2016, p. 37), ou seja, através desta teoria é possível compreender os impactos nas relações humanas e de trabalho advindas das mudanças políticas.

A humanidade só consegue se desenvolver na interação com seus pares, e o ato que funda o ser social é o trabalho, é nele que abstrações, generalizações, interações com a realidade ocorrem, relações de poderes são tecidas em reproduções complexas, e neste contexto:

> Marx afirma que o homem é um ser genérico e universal, pois o devir do indivíduo não se dá apenas, e nem principalmente, como um desdobramento de leis genéticas, mas implica, sobretudo, a apropriação das objetivações que se tornaram patrimônio

> do gênero humano [...]. Que o indivíduo é social por natureza e não porque viva em sociedade (Tonet, 2013, p.90).

É nesta perspectiva que esta pesquisa propôs estudar os impactos de mudanças econômicas e políticas nas condições de trabalho dos profissionais de saúde, considerando-se o profissional como sujeito que reproduz o movimento do objeto, sendo esse ativo, que indaga, não havendo neutralidade, pois as visões de mundo impregnam sujeito e objeto. O conhecimento não é absoluto, pois é possível apreender as múltiplas determinações dos objetos. A essência se manifesta no fenômeno, cada fenômeno pode ser apreendido como um momento da totalidade compreendida com suas múltiplas determinações (Behring, Boschetti, 2016), e assim entender os nexos causais do fenômeno para além de suas descrições.

Deste modo, a tese foi sendo construída em quatro âmbitos de pesquisa:

*1º Pesquisa exploratória***.** Pesquisa sistemática fundamental para a construção do Estado da arte sobre os obstáculos ao matriciamento realizada nas bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), *Dialnet*, Periódicos CAPES, Catálogo de teses e dissertações, *Pubmed* e *Cochrane*.

2º Pesquisa bibliográfica. Configurou-se na pesquisa bibliográfica como meio para obter a fundamentação teórica necessária à tese, via leituras exaustivas de livros de referência, periódicos, artigos, dissertações e teses para a compreensão do contexto histórico vivenciado.

3º Pesquisa documental. A partir da pesquisa documental, identifiquei portarias, decretos, planos estaduais e municipais de saúde, políticas de saúde, e outros documentos arquivados nos órgãos públicos e dos sites oficiais do governo que foram fundamentais a compreensão da conjuntura do Estado capitalista, do SUS, das Políticas de Saúde mental e das ações de Apoio Matricial.

4º Pesquisa de campo. Realizada em duas etapas, nos municípios alagoanos, definidas pela necessidade de alcançar o objetivo do estudo no cenário estabelecido, por informações fornecidas pelos sujeitos envolvidos com o auxílio de instrumentos elaborados para tal fim.

Sendo uma pesquisa de abordagem qualitativa, para a obtenção das informações, principalmente na pesquisa de campo, questões éticas precisaram ser amplamente consideradas, incluindo a viabilidade de execução do estudo. O projeto foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Alagoas (CEP/UFAL) sob protocolo de número 6485.9922.0.0000.5013 (Anexo A), do qual esclarece todos os passos da pesquisa considerando princípios éticos estabelecidos pela

resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) n.º 466/12 para a área da Saúde e a nova resolução CNS n.º 510/16 para as áreas Social e Humana.

Também foi solicitada a autorização (Anexo B) para a coleta dos dados à SESAU através da Supervisão da Atenção Psicossocial (SUAP), Gerência de Atenção Primária (GAP), e da Gerência de Desenvolvimento e Educação na Saúde (GDES).

Quanto aos critérios de inclusão e exclusão dos sujeitos do estudo para a pesquisa de campo, foram incluídos na primeira etapa os municípios alagoanos que possuíam profissionais nos CAPS, nas Equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Primária (ENASF-AP) e nas Equipes Multiprofissionais (eMulti) e/ou multidisciplinares, tendo em vista, os profissionais ainda se confundirem com a diversidade de nomenclaturas existentes entre estas equipes no momento que ocorreu a coleta de dados e que explicarei profundamente na seção 3 sobre mudanças políticas historicamente ocorridas.

Vale destacar, que as mudanças definitivas nessas nomenclaturas ocorreram somente no final de junho de 2023, momento em que se havia colhido às informações e encerrado a primeira fase da pesquisa, sendo necessário manter nomenclaturas antes definidas em fidelidade às informações recebidas. Somado a isto, mudanças de gestão governamental e de alterações no sistema de informações, dificultaram a identificação da classificação específica de cada eMulti, inclusive das Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental (EMAESM), fazendo-me incluir na pesquisa todos os municípios que tivessem ao menos um tipo de eMulti, independentemente de serem EMAESM ou não.

Para então selecionar quais municípios seriam incluídos no estudo, primeiramente a SESAU disponibilizou a lista de todos os municípios que possuíam alguma equipe multiprofissional ou multidisciplinar, e a partir de então excluí do estudo àqueles que não possuíam nenhuma delas, nem ENASF-AP e nem CAPS, resultando assim em 100 municípios alagoanos.

Para a etapa II da pesquisa de campo participaram aqueles municípios que realizavam o apoio matricial. Em posse dos nomes destes municípios, submeti-los ao segundo critério de inclusão: o município possuir em suas equipes (seja ENASF-AP, seja EMAESM, ou qualquer outra equipe multiprofissional) profissionais de saúde mental, tendo em vista serem serviços estabelecidos por documentos federais orientadores, como matriciadores de saúde mental referência para a atenção primária, no momento da coleta de dados. Em seguida, apliquei-lhes o terceiro critério de inclusão: municípios preferencialmente com equipes de Saúde da Família (eSF) que possuíam cobertura de atenção primária superior a 80%. Após resultados

parciais, outros dois critérios de exclusão também foram aplicados: municípios que não registravam ações de matriciamento como ações de educação permanente no Sistema de Informação da Atenção Básica (SISAB), e municípios que um dos coordenadores/ responsáveis pela atenção primária ou saúde mental deixou de responder um dos questionários da fase I da pesquisa. Resultando em seis municípios alagoanos selecionados, dos quais cinco aceitaram participar da FASE II da pesquisa de campo.

Deste modo, foram *sujeitos do estudo* na pesquisa de campo os profissionais responsáveis pela gestão dos serviços matriciadores. Participando na primeira etapa, a FASE I, 120 profissionais responsáveis pela gestão que aceitaram participar do estudo[5]: sendo 67 coordenadores municipais/responsáveis pela atenção primária e 53 coordenadores municipais/responsáveis pela saúde mental das SMS de 89 dos 100 municípios alagoanos que possuíam CAPS, ENASF-AP ou eMulti. Nesta etapa, foram enviados 152 questionários, sendo 95 encaminhados aos coordenadores de Atenção Primária (daqueles municípios que possuiam ENASF-AP ou eMulti) e 59 aos coordenadores de Saúde Mental dos municípios alagoanos que possuíam CAPS. Destas 122 respostas, considerando a exigência de se ter no mínimo um serviço com possíveis profissionais matriciadores no município (CAPS, ENASF-AP ou eMulti), dois questionários foram excluídos do estudo, por não constarem nenhum destes três serviços em dois municípios alagoanos (Barra de São Miguel e Coqueiro Seco), resultando assim na inclusão de 120 respostas. 11 Municípios não aderiram à pesquisa pela ausência de retorno do coordenador/responsável ao contato telefônico e e-mail enviado. Acredita-se que a mudança de gestão municipal no momento da coleta de dados (e por conseguinte mudança dos coordenadores na nova gestão), pode ter sido a causa dessa não adesão.

Já na FASE II da pesquisa de campo, a segunda etapa, foram convidados todos (13) os coordenadores dos serviços CAPS, ENASF-AP e eMulti de 06 municípios selecionados. Destes, 10 aceitaram participar dos grupos focais (06 de CAPS e 04 de ENASF-AP) de 05 municípios alagoanos, que não foram explicitamente identificados para conservarmos o anonimato dos sujeitos. Três dos municípios contemplados foram da 1ª Macrorregião de

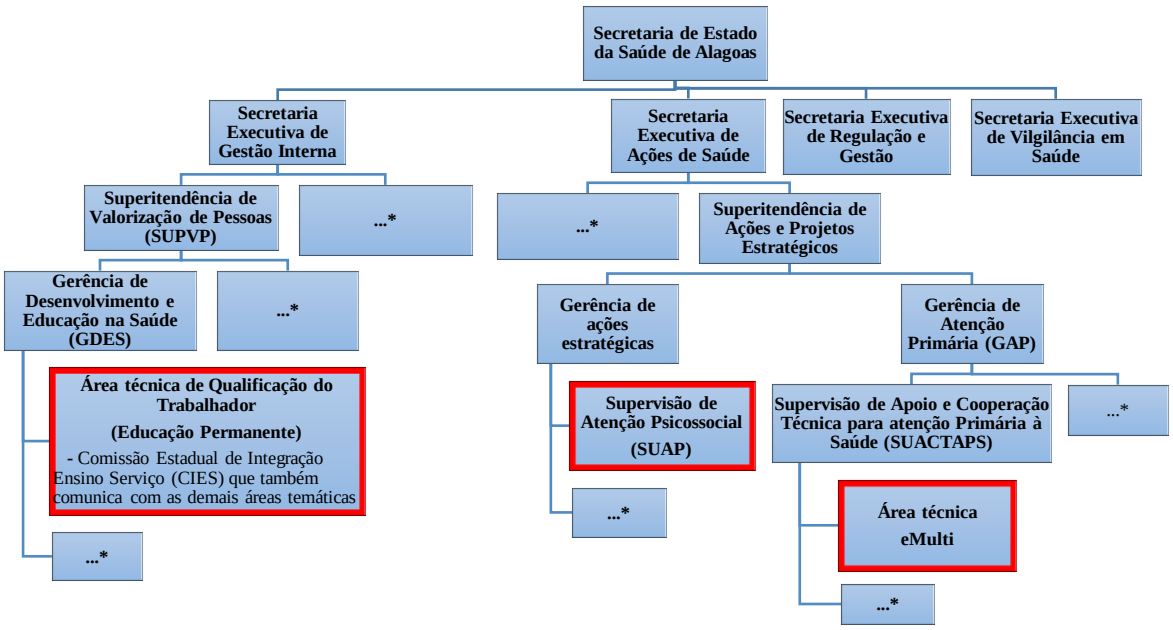
[5] Os envios dos questionários foram direcionados aos 102 municípios, ou seja, a 152 coordenadores, tendo em vista, alguns municípios terem dois coordenadores, quando possuiam ENASF-AP e/ou EMulti interligados a atenção primária, e CAPS interligado a atenção especializada. No entanto, nem todos os municípios que possuiam ambas as equipes (ou mesmo uma delas) enviaram as respostas dos dois coordenadores (ou do único coordenador quando o município só possuía uma das equipes), mesmo após várias tentativas de contato, o que acabei por descartar supostas respostas de 11 municípios das quais não obtive retorno, e duas respostas por não terem em seus municípios equipes de saúde mental. Resultando na amostra considerada 120 questionários incluídos.

Saúde (municípios A, B e C) e dois da 2ª Macrorregião de Saúde (municípios D e E). Dentre os sujeitos, havia enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, educadores físicos, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, administradores e pedagogos.

Para o processo de obtenção das informações, optei por me guiar construindo o caminho da pesquisa sob referência do *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ*), buscando atender ao máximo os critérios definidos no domínio 1 em relação à descrição da equipe de pesquisa e sua reflexividade; no domínio 2, em relação ao conceito do estudo, procedimento metodológico adotado, seleção da amostra, cenário escolhido, e os recursos utilizados; e no domínio 3, em relação à análise e resultados, identificação de codificadores e categorias temáticas, descrição da técnica de análise, observação dos relatórios, seleção das citações, e a clareza e consistência dos dados (Souza *et al*., 2021).

Inicialmente foi feito contato com os representantes da gestão da SESAU, através da SUAP, da Área técnica de eMulti da GAP, e Setor de Qualificação do Trabalhador (Educação Permanente) da Superintendência de Valorização de Pessoas (SUPVP), para conhecimento da organização administrativa de suportes técnicos da SESAU através das supervisões e setores conectados às gerências, conforme apresentado na figura 1, e planejamento da execução da pesquisa de campo.

Figura 1 - Organograma sucinto da Secretaria do Estado da Saúde de Alagoas.



*Nota: *Outras Superintendências, Gerências, Setores e Áreas técnicas.*
Fonte: Compilação do autor[6].

[6] Organograma construído pela autora a partir de informações fornecida pela SESAU com base na Lei nº 52 de 10 de fev. 2023. Disponível em: https://www.saude.al.gov.br/organograma/. Acesso em: 11 de set. 2024.

O ponto de partida para os contatos às secretarias municipais foi através destes técnicos institucionais de referência da SESAU, conforme a gerência da qual estavam vinculados. Contato que foi facilitado pela rede ampla de apoio oriunda de minha participação nos projetos de extensão da UFAL, dos quais coordenei em parceria com a SESAU, e também pela minha participação como supervisora técnica de saúde mental da SESAU em anos anteriores.

Em seguida, sob indicação da área técnica de qualificação do servidor, entrei em contato com o Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Alagoas (COSEMS/AL) para solicitar a divulgação da pesquisa entre os secretários de saúde, para isto, em fevereiro de 2023 foi confeccionado alguns *Cards* explicativos sobre a pesquisa e links com os questionários (Apêndice A) construídos pela plataforma *Google Doc* e aplicativo *Canva* para encaminhá-los de forma eletrônica ao grupo do *WhatsApp* do COSEMES/AL sob o apoio da secretaria executiva. Para reforçar este contato e convite aos municípios, participei de duas reuniões da Comissão Intergestora Regional (CIR) da 2ª Macrorregião de saúde do estado de Alagoas em 10/03/2023 no município de Arapiraca, e da 1ª Macrorregião de saúde do Estado de Alagoas em 02/04/2023 no município de Maceió, onde foi possível apresentar o projeto de pesquisa como informes.

Concomitantemente, ao receber a lista de secretarias e coordenadores da atenção primária e de saúde mental dos municípios através da SESAU, iniciei os contatos por meio digital encaminhando um e-mail para os endereços eletrônicos oficiais das secretarias municipais. Sendo posteriormente reforçados por meio telefônico e aplicativo de *WhatsApp* a cada coordenador, encaminhando o link para acesso ao questionário da pesquisa. Também tivemos apoio e colaboração dos três setores da SESAU: GAP, SUAP, e a GEDS, para reforçar a solicitação do preenchimento dos questionários com o prazo final de recolhimento aos 100 municípios alagoanos participantes do estudo.

Na FASE II da pesquisa de campo, após os resultados da FASE I e em posse de contatos dos coordenadores dos 06 municípios selecionados, foi enviado um convite por ligação telefônica e mensagem por *WhatsApp* aos coordenadores dos serviços CAPS e ENASF-AP ou eMulti. Os coordenadores/representantes de 05 municípios aceitaram e participaram de forma voluntária do estudo, após estarem esclarecidos em relação aos objetivos e passos da pesquisa, riscos e benefícios de colaboração.

Os riscos se configuraram em desconforto ao expor suas opiniões e em atraso à execução do exercício profissional no momento da coleta de informações, diante do tempo

despendido à participação da pesquisa. Para reduzir estes riscos, como pesquisadora, conduzi a coleta de dados com habilidade técnica de mediação de grupo garantindo um ambiente de respeito aos valores culturais, sociais, morais, religiosos, e aos costumes dos participantes; também foi pactuado com os profissionais e gestão a realização dos grupos focais e o preenchimento dos questionários no horário de trabalho sem nenhum ônus ao trabalhador quanto ao tempo disponibilizado.

Também foi garantido o anonimato dos entrevistados, a fim de manter preservado qualquer meio de identificação ou de possíveis constrangimentos, bem como foram orientados a retirar-se da pesquisa quando assim o desejassem, respeitando a vontade de permanência no estudo. Foi esclarecido que a participação na pesquisa não geraria nenhum bônus, nem ônus financeiro, e que para participarem seria necessária a assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) que se encontra no apêndice da tese (Apêndice B).

Quanto aos benefícios, que foram indiretos, os participantes colaboraram com o mapeamento do apoio matricial em saúde mental de Alagoas, apontando os impactos organizacionais do trabalho no SUS às equipes multiprofissionais na realização das ações. Estes benefícios permitirão à gestão municipal e estadual traçarem melhorias na assistência integral visando transformações no modelo de saúde ampliado e acessível, bem como na promoção de qualidade digna de vida, a partir do respeito aos direitos civis e trabalhistas dos profissionais de saúde que realizam o apoio matricial.

Aqueles que aceitaram participar do estudo, começaram a participar do grupo de *WhatsApp* nomeado como Grupo Focal, em que foram encaminhadas todas as orientações de participação do encontro, bem como a pactuação de datas e horários. Os dois grupos focais ocorreram nos meses de maio e junho de 2023. Os Encontros foram *on-line* e ocorreram através da plataforma *Microsoft Teams*. No dia escolhido, 2 horas antes do combinado, foram enviadas as orientações de acesso à plataforma, inclusive o link para a sala de reunião e um formulário para a caracterização do sujeito, bem como para a leitura do TCLE e autorização de participação na pesquisa.

Para a *obtenção de informações* alguns instrumentos[7] e técnicas foram utilizados. Na FASE I da pesquisa de campo foram aplicados dois questionários, um elaborado para os coordenadores da atenção primária com 21 questões (Apêndice C) e outro para os coordenadores da saúde mental dos municípios com 15 questões (Apêndice D) para

[7] Os questionários e roteiros dos grupos focais utilizados neste estudo foram elaborados sob auxílio de alguns instrumentos implantados em outras pesquisas de doutorado (Castro, 2015; Viana, 2018; Iglesias, 2015) que trabalharam matriciamento.

traçarmos: o perfil profissional dos coordenadores e o perfil de assistência dos municípios a fim de mapear o território quanto à realização do apoio matricial, e as percepções do coordenador sobre a realização do matriciamento, incluindo suas sugestões. Estes questionários foram transformados em questionário eletrônico e publicizados através de um link gerado pelo programa *Google* formulário postado no *card* gerado pelo *Canva*.

A escolha do questionário facilitou a coleta por se tratar de uma série ordenada de perguntas respondida pelos sujeitos da pesquisa de forma mais objetiva e pontual, levantando informações, habilidades e opiniões sem que a presença do pesquisador fosse exigida (Ramos *et al.*, 2019). Após dois meses de coleta e recebimento dos questionários respondidos, foi possível mapear o apoio matricial em Alagoas, identificando-se os municípios que o realiza e possui uma rede de atenção psicossocial estabelecida favorável às ações.

Além dos questionários, outra técnica utilizada foi à realização de grupos focais escolhidos por ser um método de coleta de dados bastante utilizado nas pesquisas para reunir pessoas afins com o objetivo de discutir e comentar a partir de suas experiências, crenças, sentimentos, conceitos e reações sobre um tema específico. O moderador do grupo, neste tipo de grupo, faz a discussão fluir criando condições para que isto ocorra, coletando-se muitas informações em um espaço reduzido de tempo, observando-se os consensos, as divergências e contradições de um determinado tema (Gatti, 2012). Nesta pesquisa os grupos focais foram utilizados no aprofundamento da questão. Foi moderado por mim, por possuir vasta experiência com trabalho em grupos na área de saúde mental, e não necessitando de assistentes colaboradores, tendo em vista a própria plataforma digital utilizada para o grupo focal realizar a transcrição e gravação de forma instantânea.

Observei que estes grupos também possibilitaram “um momento de desenvolvimento para os participantes, tanto nos aspectos comunicacionais como nos cognitivos e afetivos” (Gatti, 2012, p.14), ou seja, na medida em que as concepções sobre o apoio matricial surgiam, as trocas de conceitos ampliavam as visões dos participantes estimulando-os a implementarem ações matriciadoras em seus municípios, servindo como uma espécie de oficinas de aprendizagem sobre a temática.

Antes de iniciar o grupo focal todos os critérios éticos foram esclarecidos. Durante a condução do grupo houve auxílio de um roteiro semiestruturado (Apêndice E) em que perguntas abertas e fechadas (somente para traçar o perfil do participante) permitiram o facilitador do grupo discorrer sobre o tema sem se prender a respostas formuladas (Minayo, 2010).

De posse destes resultados, as informações coletadas no estudo após tratadas e defendidas na tese, serão apresentadas aos coordenadores municipais e estadual (gestão) para possíveis intervenções políticas ao apoio matricial em Alagoas. Momento que poderá ser configurado como início de outras pesquisas ou projetos de extensão que possam colaborar com assessorias e apontar soluções em formas de relatórios, diários de campo, notas técnicas, guias, resoluções ou portarias a serem implementadas pela gestão.

Após as informações colhidas pelos questionários e grupos focais passei para a sistematização e análise dos dados empíricos. O tratamento ocorreu consolidando-se os dados do questionário em planilhas, tabelas e gráficos com o auxílio do *Microsoft Excel* que em seguida, juntamente com os relatos advindos dos grupos focais, também foram analisados sob o olhar do conteúdo na modalidade de análise temática **(**Minayo, 2010; Bardin, 2016).

A análise de conteúdo permitiu tornar replicáveis e confiáveis as inferências sobre dados de um determinado contexto, levando em consideração a validade dos procedimentos de coleta e dos resultados, a verificação de fidelidade dos dados e a ênfase na análise da frequência como critério de objetividade e cientificidade (Minayo, 2010). É uma técnica exploratória que aumenta a propensão para descoberta servindo de prova para determinadas hipóteses ou pressupostos. Não se trata de um instrumento, mas de um conjunto de técnicas e procedimentos sistemáticos e objetivos que visam descrever o conteúdo das mensagens de modo a possibilitar inferências dos conhecimentos produzidos (Bardim, 2016).

A análise de conteúdo partiu primeiramente do resultado dos questionários e da leitura das falas, depoimentos e documentos, aprofundando continuamente a leitura do material coletado para ultrapassar os sentidos manifestos. Mas, como existem várias modalidades de análise de conteúdo, para esta tese a modalidade que mais se adequou foi a *análise temática*, a análise dos significados (Minayo, 2010; Bardim, 2016).

Para Minayo (2010) o tema está ligado a uma afirmação a respeito de determinado assunto e que essa modalidade de análise comporta um conjunto de relações que podem ser graficamente apresentadas através de uma palavra, uma frase ou um resumo. O tema torna-se, então, a unidade de significação que se liberta de um texto analisado (Bardim, 2016). Fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que estão presentes na comunicação.

Para a operacionalização dessa técnica, três etapas foram seguidas. A primeira delas foi a pré-análise, com o preparo do material, sendo editadas/transcritas integralmente todos os grupos focais gravados pela plataforma digital *Microsoft Teams*, incluindo falas, hesitações, risos, choros, silêncios e estímulos do entrevistador deixando na margem da folha um espaço

para possíveis anotações. Também foram reunidas todas as respostas escritas do questionário numa espécie de relatório gerado pela ferramenta do *google.docs*. Em seguida foi realizada leituras flutuantes de todo o material coletado mergulhando-se intensamente no conteúdo descrito. Mas, não basta ler para compreender, normalmente, é necessário usar como auxílio perguntas do tipo:

> O que está dizendo esta pessoa realmente? Como isso é dito? Que poderia ela ter dito diferente? O que ela não diz? Que diz sem o dizer? Como as palavras, as frases e as sequências se encadeiam entre si? Qual é a lógica discursiva do conjunto? Será que posso resumir a temática de base e a lógica interna esprcífica da entrevista? [...] esta pessoa manifesta em tal site, tal tema, onde é que já o vi noutra entrevista? Ou, que outra pessoa encontrei num contexto equivalente? Será que posso nomear a especificidade de determinada entrevista, dar-lhe um título, por exemplo? (Bardim, 2016, p.98).

Após essa leitura flutuante, ainda na fase de pré-análise, foram formuladas e reformuladas hipóteses e objetivos. Nessa fase, determinaram-se as unidades de registros, ou unidades de contexto que são os recortes dos relatos, favorecendo a exploração do material (Minayo, 2010; Bardim, 2016).

A etapa seguinte foi a exploração do material codificando-o. A codificação corresponde a uma transformação dos dados brutos do texto após recortados, agregados e enumerados em unidades de registro que permitem a compreensão do conteúdo e o surgimento das categorias temáticas, que seria a próxima etapa chamada de categorização (Minayo, 2010).

> A categorização é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto [...], é um processo de tipo estruturalista e comporta duas etapas: o inventário, isolar os elementos; e a classificação, repartir os elementos para organizá-los (Bardim, 2016, p.147-148).

Deste modo surgiu a seguinte distribuição categórica após análise exaustiva do material resultante da pesquisa de campo: omatriciamento em Alagoas na atualidade, no contexto de organização do SUS nos municípios; e os Desafios do matriciamento em Alagoas a partir da organização do trabalho em saúde no SUS nos municípios alagoanos. E que após a teorização, última etapa da análise temática, foi reorganizada na tese juntamente com a pesquisa bibliográfica, documental e exploratória.

Assim sendo, toda a tese foi construída sob 5 seções: a *Seção 1* composta por esta parte em que trouxe as motivações e justificativa da temática estudada, bem como o percurso teórico-metodológico adotado para o alcance dos objetivos do estudo, e o estado da arte do apoio matricial na perspectiva do trabalhador. Na *seção 2* discuti sobre as políticas de saúde

no capitalismo monopolista em países centrais e em especial no Brasil, reforçando os desafios presentes na Organização do SUS na implantação de metodologias mais participativas, como o matriciamento e os impactos que influências políticas possuem sobre ele.

Na *Seção 3* abordei o matriciamento como estratégia de articulação entre serviços de saúde mental e de atenção primária no Brasil em municípios de Alagoas. Refiz historicamente o percurso do matriciamento no Brasil e as influências de tais mudanças normativas na efetivação da lógica matricial no nosso estado. Também se encontra nesta seção quais municípios alagoanos vêm realizando matriciamento. E por fim apresentei vários estudos, em todo território nacional, que tratam dos obstáculos e desafios à efetivação do matriciamento, desde questões conceituais, a questões de formação acadêmica e organizacionais dos serviços.

Na *Seção 4*, tratei da organização do trabalho em serviços de saúde e sua realização em equipes multiprofissionais: potencialidades e desafios para o matriciamento, começando pela fundamentação teórica sobre o trabalho, perpassando pelo trabalho em saúde realizado por equipes multiprofissionais nos serviços. Em que discuti conceitualmente o trabalho material e imaterial, produtivo e improdutivo, vivo e morto, e o trabalho multiprofissional, bem como a influência dos modelos de produção na construção de uma concepção ampliada de saúde que possibilita a realização do matriciamento.

Ainda nesta *seção 4*, abordei os desafios do matriciamento nos municípios alagoanos, a partir da organização do trabalho das equipes multiprofissionais no SUS no período de 2016 a 2022. Identifiquei os problemas que as equipes multiprofissionais enfrentam diante das condições de trabalho das quais estão submetidas, a forma de contratação, formação e experiência profissional. Para concluir a seção 4, trouxe ao debate com maior aprofundamento os desafios na realização de ações matriciais em Alagoas, trazendo além das atividades matriciais desenvolvidas nos municípios alagoanos, as limitações no desempenho das ações, pela ausência de normatizações locais e comunicações definidas e publicadas, bem como a presença de fluxos indefinidos no território de atuação.

Por fim, na última seção da tese, a *Seção 5*, fiz uma síntese do conteúdo e dos argumentos nas considerações finais, apontando elementos defendidos e sugestões para o melhoramento do matriciamento em saúde mental no estado.

É importante destacar que para a construção da tese, logo no início do processo de pesquisa, como atividade prevista e realizada no Seminário de tese 1 (no semestre letivo 2022.1), realizei o estado da arte sobre o tema do estudo, norteado pela seguinte questão: quais obstáculos à prática do apoio matricial em saúde mental na atenção primária são apontados nas diversas regiões brasileiras? O levantamento das produções científicas sobre o

tema possibilitou a construção do estado da arte sobre obstáculos, ou impasses à efetivação do matriciamento na ótica de profissionais matriciadores e gestores mergulhados na diversidade cultural, econômica e de gestão das distintas regiões do país.

Adotei como técnica de revisão a *Revisão Integrativa* que permitiu a síntese de estudos disponíveis sobre a temática investigada, fundamental à prática baseada em evidências (Botelho, Cunha, Macedo, 2011; Mendes, Silveira, Galvão, 2008). Segui as recomendações da diretriz *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA)*, mesmo compreendendo que tais recomendações são mais adequadas às revisões sistemáticas que integrativas, mas mantive seu uso como instrumento guia à seleção das publicações elegíveis (Moher *et al.*, 2009).

Foram delineados como critérios de inclusão na revisão integrativa: estudos de 2017 (marco das novas alterações na política de Saúde Mental com a publicação da portaria 3588/2017 que institui a Rede de Atenção Psicossocial) até 2022 (ano atualizado que concluí a revisão) em repositórios de dissertações e teses, bem como em bases de periódicos nacionais e internacionais revisados por pares, que tratassem de apoio matricial na saúde mental. Foram excluídas do estudo pesquisas não disponibilizadas na íntegra, repetidas, aquelas que não mencionaram apoio matricial/matriciamento nos títulos ou resumos, pesquisas cujos sujeitos não eram profissionais matriciadores, bem como artigos/estudos de revisão, de reflexão, ou editoriais e no modo *preprint*.

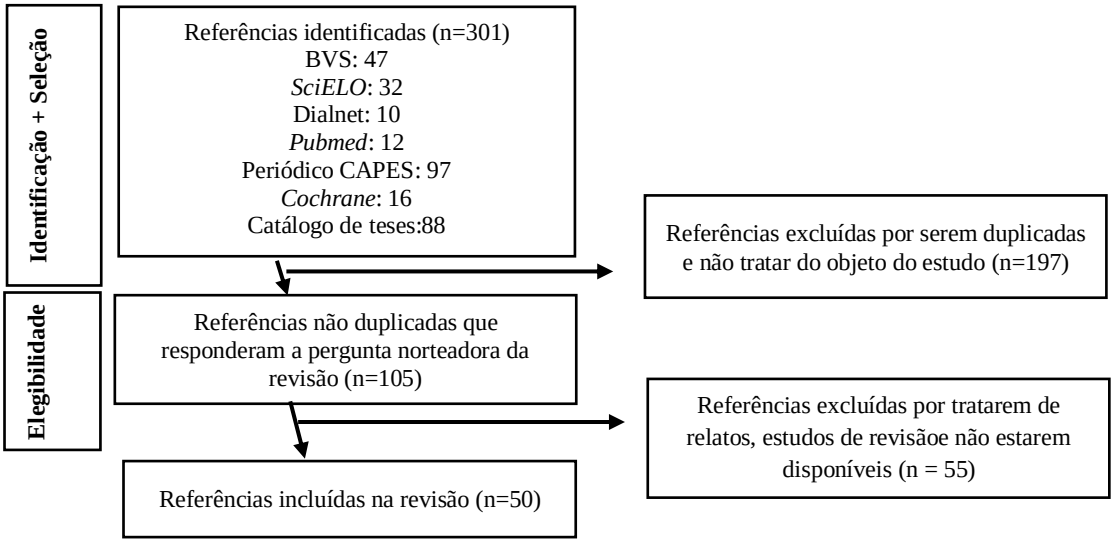
No primeiro momento, a busca por artigos publicados foi realizada nas bases de dados de periódicos da: BVS, *Scientific Electronic Library Online (SciELO)*, *Dialnet*, Periódicos CAPES, *Pubmed* e *Cochrane*[8] realizada em abril e maio de 2022. Utilizei como estratégia de busca o termo ‘apoio matricial’ ou ‘matriciamento’ e como filtro pesquisas realizadas a partir de 2017, acrescida do descritor ‘Saúde Mental’. Nesta busca encontrei 214 estudos que após submetidos aos critérios de inclusão e exclusão resultaram em 22 artigos selecionados.

No segundo momento, a busca por teses e dissertações que tratassem da temática foi realizada na base de dados da CAPES no Catálogo de Teses em novembro de 2022, utilizando a mesma estratégia de busca sem o termo ‘Saúde Mental’. Nesta busca encontri 88 pesquisas

[8] Em especial nas bases da *Pubmed* e *Cochrane*, houve algumas limitações na estratégia de busca no momento em que o estado da arte estava sendo realizado, inicialmente não identifiquei os termos Mesh relacionados ao apoio matricial, o que me fez adotar na estratégia de busca as palavras-chaves traduzidas para a língua inglesa *matrix support* associada ao termo mesh *mental health* possibilitando-me identificar alguns trabalhos relevantes dos quais foram incluídos no estudo. No entanto, ao término da tese observei que um termo mesh utilizado para o apoio matricial na arena internacional poderia ser *shared care* e seus sinônimos, surgindo um novo resultado de estudos para ser analisado, o que percebo como possibilidades para um futuro objeto de pesquisa de abrangência internacional.

que após critérios de exclusão resultaram em 28 estudos, sendo 24 dissertações e 09 teses. É válido destacar que 03 dissertações e 02 teses já haviam sido contempladas como artigos publicados nos periódicos em outras bases de dados. Deste modo, a presente sessão foi construída baseada em 50 estudos conforme fluxograma recomendado no *PRISMA*, representados pela figura 2.

Figura 2 - Fluxograma das referências selecionadas nas bases de dados com resultados das etapas de identificação, seleção, elegibilidade e inclusão, conforme recomendações do *PRISMA*.



Fonte: Sistematização realizada pela autora.

Para análise realizei a leitura das 50 produções na íntegra e organizei o conteúdo em um quadro síntese para facilitar a visualização dos obstáculos em cada cenário. Antes de iniciar a análise dos estudos sobre os obstáculos encontrados para efetivação do apoio matricial, foi preciso caracterizar em que contexto os estudos selecionados estão inseridos. Dos 50 estudos analisados, prevaleceram os produzidos na região sudeste, com 31 estudos que evidenciaram os obstáculos em municípios dos estados do Rio de Janeiro (12 estudos), São Paulo (11 estudos), Minas Gerais (5 estudos) e Espírito Santo (1 estudo), 3 estudos não especificaram os Estados da região sudeste contemplados, e 1 dos estudos abordou 3 estados na mesma pesquisa, incluindo 1 estado da região sul do país. Na sequência, 10 estudos publicados revelaram os obstáculos em 6 estados da região Nordeste: Piauí (1 estudo), Maranhão (1 estudo), Ceará (3 estudos), Pernambuco (1 estudo), Alagoas (3 estudos), e Sergipe (1 estudo). Quanto à região Sul, foram encontrados 8 estudos nos estados do Paraná (2 estudos), Santa Catarina (3 estudos) e Rio Grande do Sul (3 estudos). Na região Centro-oeste foi identificado somente 1 estudo sobre Dourados, Mato Grosso do Sul. Quanto à região

norte do Brasil, nas bases de dados pesquisado não foi identificado nenhum estudo na perspectiva aqui defendida para esta revisão.

Quanto ao ano da produção, encontrei 9 estudos em 2017, 7 estudos em 2018, 13 estudos em 2019, 11 estudos em 2020, 10 estudos em 2021 e um estudo em 2022.

Outra questão que merece destaque foi o tipo de estudo proposto para abordar a temática do apoio matricial. Mais de 40 estudos escolheram a abordagem qualitativa de pesquisa utilizando ora entrevistas individuais (na sua maioria, em 34 estudos), ora grupos focais (13 estudos), como estratégia de coleta de dados.

Quanto aos sujeitos do estudo, a maioria (46) buscaram profissionais matriciadores tais como: profissionais dos CAPS (19 estudos) e dos NASF (31 estudos), em poucas experiências os membros de equipes especializadas de atenção primária; 12 estudos trouxeram a percepção dos gestores, como categoria fundamental para efetivação do apoio matricial. Também é preciso destacar que a metade dos estudos foi resultante da participação de mais de 20 sujeitos colaboradores em cada pesquisa, e somente dois estudos trabalharam com dados secundários de sistemas de informação do governo.

Nos estudos de revisão dos últimos cinco anos apontaram que os impasses para a consolidação e efetivação do apoio matricial em Saúde mental na atenção primária no território brasileiro se dá por diversas dimensões (Araújo *et al.*, 2019; Iglessias, Avellar, 2014; Rezende *et al.*, 2020; Golveia *et al.*, 2021; Gonçalves, Peres, 2018), didaticamente descritas por Treichel, Campos, Campos (2019) em cinco categorias de obstáculos:

> **Obstáculos estruturais** [grifo nosso]: fragmentação da rede com baixa integração ou burocratização do fluxo entre serviços; perpetuação da lógica do encaminhamento sem continuidade das ações entre os níveis de atenção e com baixa responsabilização pelo seguimento dos pacientes; falta de uniformidade na estruturação dos serviços; inexistência e deficiências dos serviços de informação; burocratização do processo de trabalho por meio dos instrumentos de gestão; alta rotatividade dos profissionais; falta de clareza dos profissionais quanto ao papel do serviço e de sua atuação neste; negligência das questões relativas ao território em que os usuários estão inseridos; e dificuldades de acesso aos serviços por parte dos usuários. **Obstáculos subjetivos e culturais** [grifo nosso]: dificuldade/ negativa dos profissionais em lidar com questões relacionadas à saúde mental; tratamento médico/fármaco-centrado; predomínio de uma visão fármaco-dependente entre os usuários; dificuldade em realizar ações intersetoriais; e distanciamento/desprestígio entre as categorias profissionais. **Obstáculos decorrentes do excesso de demanda e carência de recursos** [grifo nosso]: precarização da estrutura física dos serviços; a incompatibilidade da demanda de produtividade do profissional com a lógica proposta pelos serviços; falta de profissionais e equipes incompletas; sobrecarga dos serviços/ excesso de demandas. **Obstáculos epistemológicos** [grifo nosso]: falta de delineamentos claros sobre estratégias para a prática do matriciamento, coordenação dos casos e seguimento longitudinal; falta de conhecimentos/ habilidades/ formação específicos para o desenvolvimento do trabalho a ser realizado; perpetuação do entendimento biológico sobre o processo saúde-doença em detrimento ao olhar biopsicossocial com centralidade do processo de trabalho no modelo curativista

> individual; compartimentalização das ações em saúde em especialidades. **Obstáculos políticos e de comunicação** [grifo nosso]: suscetibilidade e variação das condições diretivas e investimentos conforme as decisões políticas dos atores municipais e comissionamento dos cargos de gestão; modelo de gestão verticalizado com dificuldade de comunicação entre os profissionais e a gestão; e a deficiência ou inexistência de serviço de contrarreferência (Treichel, Campos, Campos, 2019, p. 8-9).

Assim, obstáculos referentes à organização da gestão pública precisaram ser aprofundados principalmente na realidade alagoana, e como esta organização interfere no processo de trabalho propriamente dito, promovendo maior precarização do serviço e das condições de assalariamento, sobrecarga de trabalho, formação deficitária a realização do trabalho entre outras que deverão ser investigadas nesta tese. Até porque para realizar este tipo de ação o trabalhador sofre influências de diversos âmbitos, além dos fatores históricos e das mudanças no contexto das políticas públicas de saúde.

Na maioria dos estudos analisados na revisão, os obstáculos apresentaram-se de forma semelhantes, à citada por Treichel, Campos e Campos (2019), que classificam os obstáculos em estruturais, subjetivos e culturais, decorrentes do excesso de demanda e carência de recursos, epistemológicos, políticos e de comunicação. Destaco ainda que os obstáculos foram muito semelhantes nas diversas regiões do país.

Estudos mencionam inconsistências sobre o modelo de assistência em saúde compartilhado em rede e sobre as concepções acerca da política de saúde mental como obstáculos que desconsidera as potencialidades do território na oferta de um cuidado articulado e comprometido; outro ponto bastante discutido foram as dificuldades subjetivas do profissional durante sua atuação, evidenciando o impacto que conflitos identitários, relações de poder entre profissionais, medo, inabilidade comunicacional ou protocolos rígidos tem se apresentado como grandes impasses para a lógica matricial ser implementada (Chazan *et al.*, 2019; Klein, D'oliveira, 2017; Muller, 2019; Teles, 2017; Faria, Ferigato, Lussi, 2020; Iglesias, Avellar, 2019; Silva, 2018).

Lacunas no processo de formação profissional foi outro obstáculo que merece destaque nos estudos encontrados. E estratégias têm sido implantadas para impulsionar o matriciamento como incorporar estágios em apoio matricial na matriz curricular dos cursos de graduação e pós-graduação, e fortalecer a educação permanente, além de ampliar a oferta de cursos de extensão universitária, supervisão técnico institucional e programas para melhoria da assistência (Oliveira, Campos, 2017; Chazan *et al.*, 2019; Vasconcelos, Barbosa, 2019; Oliveira, Campos, 2017; Emerich, Onocko-Campos, 2019; Silva, 2017; Gozzi, 2017).

Os estudos também revelaram entre os obstáculos ao matriciamento as relações de terceirização do trabalho, privatização dos serviços estatais de saúde e pouco envolvimento dos gestores na administração dos serviços. Principalmente quando no processo seletivo, perfis profissionais não são definidos, nem são exigidos conhecimentos específicos para tal atuação, quando não se valoriza qualidade em detrimento a produtividade, quando há mudanças constantes de gestores e a precarização das condições de trabalho (Godoi *et al.*, 2020; Viana, 2018; Makluf, 2019; Santos, 2019; Coneglian, 2019; Chazan *et al.*, 2019; Cohen, Castanho, 2021; Dantas, Passos, 2018; Iglesias, Avellar, 2019; Mello, 2021).

Dificuldades na estrutura e funcionamento da rede de assistência e organização do trabalho em saúde dos quais provocam excesso da demanda, carga horária limitada dos profissionais de saúde, falta de recursos para insumos, a ausência de um plano matricial favorável a acessibilidade, incompatibilidade de agendas, vínculos precários de trabalho e desmotivação profissional tem sido destaques em muitos estudos como impeditivos ou retardatários ao processo matricial (Chazan *et al.*, 2019; Rodrigues *et al.*, 2020; Silva, 2019; Coneglian, 2019; Lauer, 2018; Iglesias, Avellar, 2017; Santos, Cunha, Cerqueira, 2020; Souza, Amarante, Abrahao, 2019; Makluf, 2019; Pinheiro, Kantorski, 2020; Saporito, 2020).

Enfim, a maioria das dificuldades de implementação do matriciamento são parecidas e as estratégias de enfrentamento encontradas são reproduzidas com pequenas adaptações culturais e políticas de cada região. Conhecer e compreender o que havia sido produzido pelas pesquisas no campo dos obstáculos à efetivação do matriciamento, foi indispensável para direcionar os olhares aos pontos fundamentais da organização dos serviços que fossem (des)favoráveis às ações matriciais nos municípios brasileiros. Isto aguçou minha curiosidade em investigar profundamente como estas questões se apresentavam (ou não apresentavam) nos municípios alagoanos marcados pelo clientelismo político[9] em períodos atravessados por impactos sanitários de uma pandemia, e por mudanças políticas e de gestão governamental em âmbitos locais e nacionais, aspectos que serão amplamente discutidos nas próximas seções.

[9] O clientelismo transforma o voto em meio de pagamento, desnatura os partidos políticos, já que a máquina eleitoral substitui o conceito de representação por uma farsa demagógica em que o político se torna um mero "despachante" do eleitor (a política de atendimento popular, como um balcão, sobrepondo-se à atuação parlamentar), além de propiciar a anulação da racionalidade burocrática no funcionalismo público, promover o desrespeito à lei ou a qualquer norma que não reconheça as diferenças entre aqueles a quem se aplica e provocar a vacuidade do Poder Judiciário (Gonçalves, 2011). O clientelismo é definido através de uma base essencial diádica, ou seja, "uma relação direta envolvendo alguma forma de interação entre dois indivíduos" (Landé, 1977, *apud* Gonçalves, 2011, p. 104).

2 AS POLÍTICAS DE SAÚDE NO CAPITALISMO MONOPOLISTA E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) NO BRASIL

Nesta seção tratarei sobre os impactos que as mudanças socioeconômicas e políticas do capitalismo monopolista imprimem sobre a dinâmica de intervenção do Estado, através das políticas sociais, em especial, da política de saúde; mas, para isto foi importante compreender como se estabelece o capitalismo monopolista, quais seus impactos na questão social e o que se define como intervenção social do Estado para amenizar tais questões. Entre os enfrentamentos surgem às políticas sociais as quais se efetivam através de serviços, e inclusive de serviços que atuam na questão da saúde.

Deste modo, para melhor apresentar as discussões aqui levantadas, organizei a seção em duas subseções, uma em que abordei a ampliação das funções do Estado no capitalismo monopolista no aspecto global, na *2.1 A política social do Estado burguês no capitalismo monopolista: do Welfare State ao neoliberalismo*; e na outra *2.2 A tardia constituição da seguridade social no Brasil: desafios na consolidação de um sistema de saúde universal e de um paradigma de produção de saúde*, em que tratei dos aspectos conjunturais das políticas sociais e em especial das de saúde no contexto brasileiro.

2.1 A política social do Estado burguês no capitalismo monopolista: do *Welfare State* ao neoliberalismo

No capitalismo dos monopólios (aproximadamente de 1870 até nossos dias), há o objetivo de aumentar o lucro através do controle do mercado e supõe a existência do Estado como comitê executivo da burguesia em especial de 1929 a 1970 diante de suas crises[10]. Para a superação dessas crises o Estado passa a incorporar outras funções além das políticas e assume a manutenção da força de trabalho em alguns momentos, abrandando seus princípios liberais incorporando em algumas circunstâncias históricas orientações social-democratas com mais investimento em políticas sociais, em países da Europa Ocidental (Behring, Boschetti, 2016). Neste momento, o Estado se responsabiliza por diversas questões econômicas, na garantia dos superlucros dos monopólios, e na administração direta de setores básicos não rentáveis, como a produção e fornecimento de energia e matérias primas de baixo custo. O Estado assume o setor responsável pelo fornecimento dos recursos fundamentais à produção das mercadorias, além de financiar a construção de complexos (a exemplo os hospitalares[11]) com fundos públicos, incorporando o papel de administrador de ciclos de crise (Netto, 1996).

No entanto, este papel do Estado como interventor direto ou indireto, nem sempre fez parte dos modos de produção, acompanhemos um pouco esta evolução na linha do tempo, apesar de que compreendo que datas e períodos são fixados para nos guiar, os fatos não acontecem de forma ordenada, linear e pontual, eles ocorrem em uma linha contínua onde momentos com características diferenciadas se misturam e transformações são iniciadas antes mesmo de situações serem concluídas em ciclos anteriores. Deste modo para continuar o entendimento sobre a fase do capitalismo monopolista e suas influências para o surgimento das políticas sociais foi importante entender como ocorriam às relações estatais em outras fases do capitalismo e antes mesmo deste ser instituído.

---

[10] É importante esclarecer que as crises que ocorriam nas sociedades pré-capitalistas geralmente eram provocadas pela diminuição da força de trabalho quando epidemias dizimavam vidas de trabalhadores, reduzindo a produção e a oferta do produto. Situação muito diferente da ocorrida nas sociedades capitalistas em que a crise é provocada pela oferta excessiva do produto sem ter mercado consumidor que o absorva por completo, o que acaba apontando como enfrentamento a redução da produção que impacta em diminuir a força de trabalho, ou seja, do número de trabalhadores empregados. Enfim, na crise capitalista há uma superprodução dos valores de uso sem necessariamente ocorrer a insuficiência na produção de bens, no entanto, preços e salários despencam, empresas fecham e o índice de desemprego e pauperização aumentam. A pobreza e a restrição ao consumo são os fundamentos, sem exageros, para todas as crises (Netto, Braz, 2006).

[11]Cenário muito recorrente, por exemplo, na saúde mental brasileira com os investimentos na construção de grandes hospitais psiquiátricos privados nas décadas de 1960 e 1970.

No fim da idade média (século XVI) e transição do sistema feudal para o capitalismo comercial ou mercantil, a burguesia, formada por grupos mercantis, surge a partir da acumulação de riquezas geradas pelas relações comerciais de produtos manufaturados e que começam a interferir no sistema econômico e político da época, bem como nas relações de poder instituído aos feudos e a igreja. O papel monárquico e absoluto do Estado, de manter o controle do território a partir da força de seus exércitos, cobranças de tributos e relações de servidão do seu povo, passa a sofrer mudanças com o surgimento de uma classe social possuidora de riquezas capaz de produzir e acumular ainda mais recursos e inclusive propriedades privadas (Netto, Braz, 2006).

Desta forma, o poder econômico sob domínio do Estado passa a dar espaço à nova classe social possuidora de riquezas que ganhava destaque cada vez mais. Apesar da crise do feudalismo ter ocorrido por múltiplas questões, é possível perceber que a revolução burguesa com o surgimento de uma ordem social totalmente diferenciada do antigo regime, de fato impulsionou a mudança do regime econômico. Inicia-se uma nova fase, do capitalismo comercial, considerado por muitos estudiosos como estágio inicial do capitalismo que abre as rotas ao comércio no Oriente e nas Américas tendenciando, ainda que de modo muito incipiente, ao início da mundialização das relações mercantis e de circulação do capital (Netto, Braz, 2006).

Este estágio inicial perdura até meados do século XVIII, quando o capitalismo avança para sua próxima fase, o capitalismo concorrencial ou industrial, período marcado pelos avanços da revolução industrial e busca por matérias primas em outros continentes para serem utilizadas nas indústrias dos países centrais. No capitalismo concorrencial houve a invasão comercial (a busca de mercado para os produtos fabricados), e processo de urbanização das cidades, exploração da força de trabalho para a acumulação de capital e consequentemente o início das lutas de classe, com proletariados em busca de direitos trabalhistas (Netto, Braz, 2006).

Neste momento do capitalismo, o Estado assume princípios liberais, do qual interfere somente nas sequelas da exploração da força de trabalho respondendo coercitivamente às lutas das massas exploradas ou à necessidade de preservar relações pertinentes à propriedade privada apaziguando relações entre a burguesia e a classe trabalhadora. No decorrer deste período, que durou aproximadamente cem anos, o capitalismo vai se consolidar nos principais países da Europa Ocidental (Inglaterra, França, Alemanha...), que buscarão recursos e mercado em lugares mais distantes para suas produções em larga escala. “Povos, nações e Estados situados fora da Europa, que se mantinham isolados resistindo com recursos de força,

agora são integrados mais pela via da invasão comercial que pela intervenção militar" (Netto, Bras, 2006, p. 172).

Foi um período em que se abriram possibilidades para pequenos, médios e grandes capitalistas para a livre iniciativa, principalmente a iniciativa privada, e para a liberdade de atuação destes capitalistas exigia-se o envolvimento mínimo do Estado nas atividades econômicas, com isso era muito evidente os trabalhadores a mercê do patronato e da exploração da força de trabalho. Momento em que Netto e Braz afirmam:

> O Estado nas mãos dos capitalistas (ou de seus representantes políticos), atendia praticamente apenas ao interesse do capital. O essencial das funções do Estado burguês restringia-se às tarefas repressivas; cabia-lhes assegurar o que podemos chamar de condições externas para a acumulação capitalista – a manutenção da propriedade privada e da "ordem pública". Tratava-se do estado reivindicado pela teoria liberal: um estado com mínimas atribuições econômicas; mas isso não significa um Estado alheio à atividade econômica – pelo contrário: ao assegurar as condições externas para a acumulação capitalista, o Estado intervinha no exclusivo interesse do capital (e era exatamente essa a exigência liberal). Evidentemente, tal Estado se fundava numa participação social extremamente restrita: o direito de voto, por exemplo (Netto, Braz, 2006, p. 173-174).

Época de envolvimento restrito do Estado na participação social, entretanto de consolidação dos movimentos de trabalhadores ao articular-se, em âmbito internacional, através das associações de trabalhadores e partidos políticos operários à luta por melhorias de condições de trabalho e de vida. Do mesmo modo, que o proletariado ganhava força, a classe burguesa passava por uma decadência ideológica se transformando em uma classe mais conservadora que se preocupava somente em manter as relações sociais baseadas na propriedade privada e nos meios de produção, sem considerar as reivindicações da classe trabalhadora tentando contê-la com respostas repressivas e violentas (Netto, Braz, 2006).

Período que as mazelas da questão social evidenciam-se e surge a "preocupação em afastar os efeitos mais devastadores do desenvolvimento econômico, sem questionamento à ordem burguesa" (Medeiros, 2008, p. 40) e sem nenhuma responsabilidade do governo e sim dos cidadãos mais esclarecidos de forma voluntária a proteção das classes populares. Através desta filantropia social, a primeira forma de políticas sociais, buscava-se corrigir situações desumanas amenizando a miséria, em especial, da classe trabalhadora. E neste contexto, surgiram as instituições de proteção patronal, poupanças e previdência voluntária, expressando o descontentamento das classes populares e suas manifestações ao reivindicar melhorias de vida (Medeiros, 2008).

Diante destes vários conflitos que perduraram por anos, alguns direitos foram reconhecidos, a partir das lutas dos trabalhadores por melhorias, como a limitação legal da

jornada de trabalho, a regulamentação do trabalho feminino e infantil, passando a defender reformas sociais que diminuíssem os efeitos da exploração sobre os trabalhadores. No entanto, o reformismo burguês, mantinha intacta a propriedade privada dos meios de produção como um direito natural, ou seja, entendia que era preciso mudar alguma coisa para se manter em evolução. Ademais, outros fatores como os avanços científicos e tecnológicos (avanços na siderurgia, na indústria química, na indústria de transportes...), o surgimento dos monopólios (grandes empresas que investem em maquinários) e a mudança de papel dos bancos (que após acúmulo de capital destes monopólios em contas correntes, os tornaram capazes de oferecer créditos aos futuros investimentos) também contribuíram para o surgimento de uma nova fase nas relações capitalistas (Netto, Braz, 2006).

Segundo Netto e Braz, "essa fusão dos capitais monopolistas industriais com o bancário constitui o capital financeiro, que ganhará centralidade no terceiro estágio evolutivo do capitalismo – o estágio imperialista, que se gestou nas últimas três décadas do século XIX" (2006, p. 179). Estágio chamado de capitalismo monopolista, a fase superior do capitalismo, que ainda pode ser compreendida sob três momentos na história: a fase clássica do imperialismo que vai de 1890 a 1940, a fase dos anos dourados do imperialismo do final da segunda guerra mundial até os anos setenta, e a fase do capitalismo contemporâneo dos meados dos anos setenta até os dias atuais. No entanto, os autores que os classificam chamam a atenção, que esta periodização é puramente indicativa para que compreendamos a evolução de cada momento, mas, que tudo se desenvolve sob o pano de fundo dos monopólios (Netto, Braz, 2016).

Na fase clássica os países que continham os monopólios e dominavam todo o território eram a Inglaterra, Alemanha, Itália, França, Estados Unidos e Japão, potências econômicas que exportavam capitais de empréstimos e capital produtivo mantendo um domínio entre credor e devedor. Neste momento, a maioria das crises se manifestou com violência[12], porém, nenhuma delas teve impacto tão avassalador que a crise de 1929, com a queda da bolsa de valores em Nova York, que forçou os capitalistas a buscarem alternativas, inclusive maior intervenção estatal na economia capitalista, apesar desta intervenção ocorrer conforme a natureza antidemocrática do capital[13] nos países em que os movimentos dos trabalhadores

[12] Como a busca por domínio territorial estava muito interligada a imposição de força, a corrida armamentista, com investimento de tecnologias na confecção de armas de longo alcance, foram destaques neste período que culminaram nas grandes duas guerras mundiais (Netto, Bras, 2016).

[13] Intervenção Estatal antidemocrática ocorreram no facismo, clericalismo, nazismo, francismo, enfim, em todos os regimes governamentais que garantiam as condições gerais da produção e da acumulação capitalistas a partir do terrorismo destruindo as organizações de trabalhadores, regulando a massa salarial conforme interesse dos

possuíam raízes mais profundas, pois concomitante a estes fatos, partidos políticos representativos dos trabalhadores e o movimento sindical dos operários com números significativos ganhavam expressão no embate ao imperialismo, e na luta por melhorias nas condições de trabalho (Netto, Braz, 2016).

No capitalismo monopolista como há uma tendência (para intensificar) de economizar trabalho vivo (já que se tem muito maquinário introduzido na produção e o número de trabalhadores pode ser diminuído) e custos do produto, ao estimular a produção de mercadorias em menor tempo possível a partir do tamanho investimento tecnológico. E para compensar a redução das taxas de lucro nos produtos que precisam ser vendidos mais baratos, necessita-se aumentar a exploração do trabalho vivo, ou a dispensa de parte dele, gerando maior número de desempregos, subconsumo, fome, incapacidades, carência habitacional e educacional, elevando-se as taxas de pobreza e de adoecimento. Por outro lado, a dispensa de parte dos trabalhadores gera outro problema: com o poder de compra reduzido da população, reduzirá o mercado consumidor, e consequentemente haverá diminuição da taxa de lucro para o capitalista. Por isso, a importância de se modificar a forma de funcionamento do sistema econômico. E neste sentido a intervenção estatal surge como enfrentamento possível à questão social expressa (Netto, 1996; Netto, Braz, 2016).

É importante salientar que a questão social que anteriormente:

> No capitalismo concorrencial que por regra era objeto da ação estatal na medida em que motivava um auge de mobilização trabalhadora, ameaçava a ordem burguesa, ou no limite, colocava em risco global o fornecimento da força de trabalho para o capital – condições *externas* à produção capitalista. No capitalismo dos monopólios, tanto pelas características do novo ordenamento econômico quanto pela consolidação política do movimento operário e pelas necessidades de legitimação política do Estado burguês, a "questão social" como que se *internaliza* na ordem econômica-política: não é apenas o acrescido excedente que chega ao exército industrial de reserva que deve ter sua manutenção "socializada"; não é somente a preservação de um patamar aquisitivo mínimo para as categorias afastadas do mundo do consumo que se põe como imperiosa: não são apenas os mecanismos que devem ser criados para que se dê a distribuição, pelo conjunto da sociedade, dos ônus que asseguram os lucros monopolistas – é tudo isso, caindo no âmbito das condições *gerais* para a produção capitalista monopolista (condições externas e interna, técnicas, econômicas e sociais), articula o enlace, já referido, das funções econômicas e políticas do estado burguês capturado pelo capital monopolista, com a efetivação dessas funções se realizando *ao mesmo tempo* em que o Estado continua ocultando a sua essência de classe (Netto, 1996, p. 25-26).

---

monopólios, favorecendo explicitamente o capital, militarizando a vida social, ocupando e explorando territórios, assaltando riquezas e instalando força de trabalho escravo (Netto, Braz, 2016).

José Paulo Netto reforça na citação acima, que o Estado precisa intervir para além das mediações com a classe trabalhadora em suas reivindicações como ocorria no capitalismo concorrencial, ele é impelido a intervir em todas as contradições, inclusive aquelas voltadas à manutenção da acumulação do capital nas mãos dos monopólios. Ou seja, na busca de controlar conflitos entre as duas classes[14] e possibilitar o funcionamento do capitalismo, Nogueira (2017) também afirma que o Estado incorpora funções para além de seu papel regulador.

> O Estado foi criado como um mecanismo de exercício do poder. Serve como instrumento de dominação de uma classe sobre a outra. O caráter de dominação, de exercício de poder de uns sobre outros, constitui a própria essência do Estado. Desse modo, não é possível a constituição de um poder estatal que sirva ao bem comum e que, por conseguinte, concilie os interesses das classes antagônicas sem, obrigatoriamente, oprimir uma delas (Nogueira, 2017, p. 49-50).

Em outras palavras, o poder econômico e político tem se fundamentado na propriedade privada e na exploração do trabalhador. Precisa-se compreender que não é só a degradação da vida do proletariado e suas reivindicações que determinam o surgimento das políticas sociais, elas vinculam-se às alternativas encontradas pelo capitalismo a suas crises. A origem dos direitos sociais remete-se à crise do Estado Liberal que resultou em lutas "marcadas pela busca da igualdade por meio dos movimentos sociais e de trabalhadores em virtude do tratamento cruel vivido pela classe de operários durante a Revolução Industrial ocorrida na Europa, nos séculos XVIII e XIX" (Costa, 2021, p. 8).

Deste modo, o Estado precisou ampliar um papel de regulador das tensões, concedendo direitos não somente por pressão do movimento popular democrático, mas para ajustar as contradições do sistema mantendo benefícios também para a burguesia. É nítida a dinâmica contraditória, pois as tensões põem em risco a produção dos monopólios e consequentemente sua lucratividade. Mas também se observa que respostas positivas do Estado às solicitações demandadas pelos trabalhadores, se atendidas na medida exata podem corresponder à maximização dos lucros, ou seja, a aceitação de reivindicações da classe trabalhadora pode ser de extremo interesse à burguesia (Netto, 1996; Bonfim, 2010).

[14] "Por burguesia entende-se a classe dos Capitalistas modernos, proprietários dos meios de produção social e empregadores de trabalho assalariado. Por proletariado, a classe dos trabalhadores assalariados modernos, os quais, não tendo meios próprios de produção, estão reduzidos a vender a sua força de trabalho [labourpower] para poderem viver. (Nota de Engels à edição inglesa de 1888)" (Marx, Engels, 1997, p. 29).

Neste sentido, surge como alternativa no fim da Segunda Guerra Mundial, em 1945, a incorporação dos pensamentos de Keynes[15], contrariando os pensamentos liberais-conservador de que o estado não deveria interferir diretamente na economia. Para Keynes, segundo Netto e Braz:

> O capitalismo não dispõe espontânea e automaticamente da faculdade de utilizar inteiramente os recursos econômicos; seria preciso, para tal utilização plena (que evitasse as crises e suas consequências, como o desemprego maciço), que o Estado operasse como regulador dos investimentos privados através do direcionamento dos seus próprios gastos – numa palavra, Keynes atribui papel central ao orçamento público enquanto indutor de investimentos (2016, p. 195).

Sela-se, a partir de então, a incorporação do Estado como indutor de investimentos regulador dos momentos de crise. Esta fase do capitalismo monopolista, que perdurou aproximadamente três décadas gloriosa, ficou conhecida como "anos dourados" ou fase do capitalismo maduro, período marcado pelo Keynesianismo e crescimento econômico significativo[16]. É interessante resgatar que no Keynesianismo "o Estado torna produtor e regulador, o que não significava o abandono do capitalismo ou a defesa da socialização dos meios de produção" (Behring, Boschetti, 2016, p. 84), para Keynes a defesa da propriedade privada e os interesses individuais ainda estavam presentes, e o Estado como agente neutro deveria legitimar medidas voltadas ao bem comum.

> O Estado – como agente externo em nome do bem comum, o que supõe uma visão de Estado neutro e árbitro – tem legitimidade para intervir por meio de um conjunto de medidas econômicas e sociais, tendo em vista gerar a demanda efetiva, ou seja, disponibilizar meios de pagamento e dar garantias ao investimento, até mesmo contrariando déficits público, para controlar o volume de moeda disponível e as flutuações da economia. Segundo Keynes, cabe ao estado, a partir de sua visão de conjunto o papel de restabelecer o equilíbrio econômico, por meio de uma política fiscal, creditícia e de gastos, realizando investimentos ou inversões reais que atuem

[15] John Maynard Keynes (1883-1946) "intelectual sofisticado que expressava a vanguarda da burguesia inglesa, cujos interesses econômicos defendeu competentemente, em 1936 publicou a obra – Teoria Geral do emprego, do juro e do dinheiro – que por décadas, haveria de legitimar o intervencionismo estatal" (Netto, Braz, 2016, p. 195). Ele preocupava-se com as saídas democráticas da crise (Behring, Boschetti, 2016).

[16] "Entre 1950 e 1970, a produção industrial dos países capitalistas desenvolvidos aumentou, no seu conjunto 2,8 vezes (Koslov, dir., 1977:365); a produção industrial norte-americana cresceu 5% entre 1940 e 1966; entre 1947 a 1966, a do Japão cresceu 9,6% e a dos seis países estão reunidos na Comunidade Econômica Européia cresceu 8,9% (Mandel, 1982:99); já o Produto Interno Bruto (PIB/ conjunto de todos os bens serviços produzidos) dos países capitalistas avançados aumentou anualmente, entre 1950 e 1973, em 4,9% e, entre 1960 e 1968, o crescimento médio anual da economia dos Estados Unidos foi de 4,4%, do Japão de 10,4%, da Alemanha Ocidental de 4,1%, da França de 5,4% e da Inglaterra de 3,8% (Harvey, 1993:126-128). Nos anos sessenta, os seis países capitalistas centrais (Estados Unidos, Japão, Alemanha Ocidental, França, Grã-Bretanha e Itália) registram em média um forte crescimento (entre 5 a 6 por cento ao ano) e um nível de taxa igualmente elevado (Husson, 1999:29)" (Netto, Braz, 2016, p.196).

> nos períodos de depressão como estímulo à economia (Behring, Boschetti, 2016, p. 85).

Como durante todo o texto resgata-se a questão voltada às medidas econômicas, neste parágrafo me deterei um pouco às medidas sociais. Com o aumento da produção, os produtos necessitavam ser consumidos, ou seja, era preciso elevar o padrão de vida das massas no capitalismo central. Acordos políticos foram necessários entre as classes para que houvesse a sustentação desta fase do capitalismo. Fase em que, por um lado a burguesia faz concessões e acordos para a manutenção de seu lucro, por outro, operários aceitam reformas imediatas viabilizadas pelas políticas sociais. No entanto, segundo Behring e Boschetti,

> No que diz respeito aos trabalhadores, é preciso prestar a atenção em alguns processos que, combinados geram essa atitude mais imediatista e corporativista, contentando-se com os acordos coletivos em torno dos ganhos de produtividade e da expansão das políticas sociais, por via dos salários indiretos assegurados pelo fundo público (2016, p.88).

Foi um momento marcado pelas melhorias de vida dos trabalhadores, em que tinham acesso ao consumo, ao lazer, a sensação de estabilidade no emprego e de que era possível acumular capital mesmo que de forma desigual. Momento pontual da história conhecido como *Welfare State* (estado de bem-estar social com experiências iniciadas na Inglaterra e auge após segunda guerra), que por outro lado acabou diluindo a radicalidade das lutas operárias e enfraquecendo a esquerda revolucionária à construção de um projeto societário econômico (Behring, Boschetti, 2016).

No *Welfare State*, que se expandiu em vários países da Europa, se estabeleceu políticas mais abrangentes e universais pautadas na cidadania, em que o Estado assumiu o compromisso de aumentar os recursos[17] para expandir os benefícios sociais e possibilitar o crescimento econômico mantendo o pleno emprego principalmente após as consequências avassaladoras da guerra em busca da sobrevivência e reconstrução social. Outro fato, que exigiu do governo sua intervenção na elaboração de políticas sociais, foi o expressivo aumento da população idosa e ampliação de gastos com aposentadoria e saúde, e consequente impacto na arrecadação de impostos na relação entre população ativa e inativa. Ou seja, para alguns estudiosos, o princípio que o estruturou, foi a responsabilidade estatal de manter condições de vida aos cidadãos, a partir da elaboração de programas sociais que atendessem as necessidades dos trabalhadores (reivindicadas há décadas), como seguro-doença e

[17] Aumento de recursos que foi possível pelo crescimento do PIB nos países europeus.

invalidez, pensões aos idosos, seguro-desemprego, auxílio maternidade, e prestação pública de serviços como educação, segurança, assistência social, saúde e habitação; e que mantivesse um nível elevado de emprego e um mercado de consumo (Behring, Boschetti, 2016).

Enfim, o *Welfare State*, foi elaborado sob um misto de princípios conservadores, liberais e socialistas[18] e que não se associa por muito tempo ao crescimento econômico e a redução de crises. Este estado de bem-estar social começa a não produzir os mesmo efeitos iniciais (após a segunda guerra) no final da década de 1960, mas que, em geral, teve grande expressão no estabelecimento das políticas sociais. "Foi também uma forma de alargar as funções econômicas e sociais do Estado [...]. O Estado passa a financiar a acumulação de capital através de inúmeros mecanismos: subsídios à produção, criação de setores estatais produtivos, financiamento [...]" (Oliveira, 2009, p. 110-111).

> É a política social do Estado burguês no capitalismo monopolista (e, como se infere desta argumentação, só é possível pensar-se em política social pública na sociedade burguesa como a emergência do capitalismo monopolista), configurando a sua intervenção contínua, sistemática, estratégica sobre as sequelas da "questão social" que oferece o mais canônico paradigma dessa indissociabilidade de funções econômicas e políticas que é própria do sistema estatal da sociedade burguesa madura e consolidada. Através da política social, o Estado burguês no capitalismo monopolista procura administrar as expressões da "questão social" de forma a atender às demandas da ordem monopólica (Netto, 1996, p.26)

Neste sentido, as políticas sociais surgem não somente para a regulamentação dos direitos trabalhistas e a criação da previdência social, mas surgem como estratégias que indiretamente mantém a economia circulante através da aposentadoria e o subconsumo. Com as políticas sociais a responsabilidade dos monopólios de manter financeiramente um trabalhador que pela idade e aparecimento de problemas de saúde não produz na mesma intensidade que antes, por exemplo, suas necessidades de sobrevivência passam a ser garantidas pelo Estado (Netto, 1996).

Assim, as políticas sociais, se caracterizam por ações públicas, administradas por autoridades ou organismos públicos, que deveriam ser controladas pela sociedade sendo uma possibilidade para se efetivar direitos sociais, que incorporados às leis, são operacionalizados por programas, projetos e serviços. Na verdade, trata-se de estratégias guiadas por uma racionalidade coletiva em que sociedade e Estado desempenham importantes papéis de concretizar direitos conquistados e distribuir bens (Pereira, 2009), no entanto, o desempenho destes papéis traz à tona muitas contradições.

[18] Os princípios do *Welfare State* foram formulados por vários pensamentos de estudiosos como Butler um conservador, Beveridge um liberal e, Bevan um socialista (Behring, Boschetti, 2016).

No debate trazido por Behring e Boschetti, temos que:

> Pelo ângulo econômico, as políticas sociais assumem a função de reduzir os custos da reprodução da força de trabalho e elevar a produtividade, bem como manter elevados níveis de demanda e consumo, em épocas de crise. Pelo ângulo político, as políticas sociais são vistas como mecanismos de cooptação e legitimação da ordem capitalista, pela via de adesão dos trabalhadores ao sistema (2016, p. 37).

Estas contradições são percebidas à medida que o Estado estabelece políticas sociais que colaboram no complemento financeiro às necessidades básicas de sobrevivência de um trabalhador. Baixas remunerações e maior exploração do trabalhador não suprem as necessidades básicas para a sobrevivência, e assim entra o Estado com políticas sociais para completar este ganho salarial insuficiente para a sua sobrevivência e consequentemente ao consumo fundamental à circulação do capital.

É o Estado alimentando o capital a partir de políticas sociais. Mas mesmo assim, não se podem negligenciar os ganhos à classe trabalhadora, e por isto, as autoras da citação acima também reconhecem estas definições de políticas sociais observadas pelo ângulo econômico insuficientes quando nos referimos às conquistas alcançadas pela classe trabalhadora quando principalmente "conseguem garantir ganhos aos trabalhadores e impor limites aos ganhos do capital" (Behring, Boschetti, 2016 p. 38).

Segundo Boschetti *et al* (2009), é na contradição que se pode perceber a política social como potente no enfrentamento às desigualdades sociais e as condições de vida da classe trabalhadora concebendo-a no conjunto das políticas públicas[19]. A política social "é um processo que expressa relações tensas entre Estado e sociedade, economia e política, e entre os princípios de liberdade, igualdade e equidade ou justiça social" (Boschetti *et al.*, 2009, p.9).

Mas, enfim, voltemos a compreender a incorporação destas políticas como intervenções estatais que alcançaram grande destaque nos "anos dourados" do capitalismo monopolista. Período marcado por mudanças profundas tanto nos países que após a Segunda Guerra mantiveram ideais capitalistas (Estados Unidos, Inglaterra e França) como naqueles

[19] O conceito originário de política na Grécia antiga estava associado a *polis*, à cidade e toda atividade efetuada naquele espaço, mas, ao longo do tempo foi recebendo outras conotações que a levaram a definição de atividade política do Estado (Pereira, 2009). Já ao 'público' neste contexto da política, entendemos que é uma política de e para todos. "O caráter público desta política não é dado apenas por sua vinculação com o Estado e nem pelo tamanho do agregado social que lhe demanda atenção, mas pelo fato de significar um conjunto de decisões e ações [...]" (Pereira, 2009, p.95) para além dos apontamentos do Estado e da sociedade. Assim, as políticas públicas, na compreensão de que são construídas pelo e para a sociedade, trazem no seu âmbito a preocupação com o social.

países libertos de regimes ditatoriais (especialmente a Europa Nórdica e Ocidental) que estiveram dispostos a experimentarem outras formas de regimes, o socialismo (Netto, Braz, 2016).

Foi um período marcado pela produção em massa de mercadorias, por sistema de administração verticalizada, estimulando a produção parcelar programada, fragmentada e repetitiva, baseada na redução do tempo de produção e aumento do ritmo de trabalho. Numa produção a partir de experiências Tayloristas e Fordista em que o trabalhador cada vez mais era explorado, e o lucro intensamente extraído. Os anos dourados também destacou aumento no uso do "crédito ao consumidor que se converte num mecanismo institucional sem a qual já conhecida tendência ao subconsumo das massas se tornaria fortíssima [... possibilitando] um amplo leque de mercadorias" (Netto, Braz, 2016, p.199).

Assim, percebe-se initadmente a influência dos bancos nesta fase, a presença da inflação permanente e funcional ao capitalismo dos monopólios que garante o aumento dos preços das mercadorias, e consequente acumulação de capital. Netto e Braz também reforçam que esta fase do imperialismo foi marcada pelo crescimento do setor de serviços, onde "se incluem atividades financeiras e securitárias, comerciais, publicitárias, médicas, educacionais, hoteleiras, turísticas, de lazer [...]. Esse setor, onde prevalece nitidamente o trabalho improdutivo, passou a ocupar, progressivamente, uma grande massa de assalariados" (2016, p. 201).

O setor de serviços tem um crescimento considerável nesta etapa e que perdurará na fase seguinte do capitalismo monopolista, a terceira fase do imperialismo também conhecida como capitalismo contemporâneo que se inicia nos anos 1970, logo após o fim dos "anos dourados" (segunda fase do imperialismo, também conhecida por capitalismo democrático) e se constitui até os dias atuais. Nesta nova fase a mercantilização dos serviços torna-se enfática, e, a educação e o setor saúde passam a ser vistos sob a lógica da mercadoria. Fase também designada por alguns estudiosos por "novo imperialismo" (Netto, Braz, 2016).

O capitalismo contemporâneo surge num cenário de recessão econômica, pois os países imperialistas dominantes tiveram queda nas taxas de crescimento do Produto Interno Bruto (PIB), e o fortalecimento dos movimentos sindicais dos trabalhadores reivindicando melhorias salariais em contestação às formas de produção nos modelos Taylorista-fordista, além de maior expressão das minorias, com o movimento feminista, o movimento da população negra e o movimento estudantil (Netto, Braz, 2016).

Entre suas alternativas para enfrentamento da crise do capital se configuraram na "reestruturação produtiva, a financeirização e a ideologia neoliberal" (Netto, Braz, 2016, p.

214). De 1967 a 1973 a conjuntura foi desfavorável ao imperialismo, pois as mobilizações que criticavam o capitalismo estavam em seu apogeu, ademais as taxas de lucro em queda passou a comprometer a manutenção das conquistas sindicais expressas no *Welfare State.* Uma alternativa de enfrentamento a estes fatos foi à ideia de acumulação flexível, com adoção da flexibilidade dos processos de trabalho e de novas maneiras no fornecimento de serviços através de transformações nas relações comerciais, financeiras e organizacionais. Foi à fase em que se reestruturaram os padrões de produção de um modelo rígido adotado anteriormente (produção em larga escala, sob modelos únicos para todas as demandas) agregando padrões de maior flexibilidade e tecnologia para atender as necessidades específicas e culturais de cada cenário que a indústria estivesse instalada (Netto, Braz, 2016).

No capitalismo contemporâneo, muitas implicações se voltam ao processo e às condições de trabalho. Com a intensificação do uso de tecnologias exige-se que o trabalhador esteja mais qualificado e polivalente para manipular e controlar as atividades, ao passo que, a grande maioria dos trabalhadores com menor qualificação passa a ser precarizado com baixas remunerações. Além disso, para reduzir a consciência de classe, reformulações nos modelos de gestão utilizam o discurso de que a empresa é a extensão de sua casa, vinculam o êxito pessoal ao sucesso da empresa e imprimem aos trabalhadores a visão de que não são operários e sim colaboradores. Outro fator gritante neste período foi à consolidação da terceirização, destinando a terceiros parte do processo de produção, no entanto, mantendo a coordenação e controle de tudo por meios sofisticados de comunicação. Enfim, todas estas mudanças foram medidas adotadas no imperialismo para manutenção do poder nas mãos dos monopólios a fim de reverter a queda da taxa de lucro e criar novas condições à exploração da força de trabalho, das quais diretamente implicam na perda de garantias trabalhistas (Netto, Braz, 2016).

> Reside um dos aspectos mais expressivos da ofensiva do capital contra o trabalho: a retórica do “pleno emprego”, dos “anos dourados” foi substituída, no discurso dos defensores do capital, pela defesa de formas precárias de emprego (sem quaisquer garantias sociais) e do emprego em tempo parcial (também frequentemente sem garantias), que obriga o trabalhador a buscar o seu sustento, simultaneamente, em várias ocupações (Netto, Braz, 2016, p. 218).

Torna-se evidente a desregulamentação das relações de trabalho, defendendo-se a ideia da flexibilização das relações para ampliar as oportunidades de emprego. O problema é que taxas de desemprego se elevaram dia após dia, e condições de trabalho com garantias diminuídas ou inexistentes, com alta rotatividade e baixos salários estão cada vez mais prevalentes. Com estas mudanças o número de trabalhadores em fábricas também se reduz,

ampliando-se o setor de serviços, onde a maioria dos trabalhadores é absorvida. Neste sentido, o movimento sindical também passa a não ter tanta expressividade (já que surgem da classe proletária no contexto fabril), e os direitos cada vez com menor força de serem exigidos (Netto, Braz, 2016).

Nesta terceira fase do capitalismo monopolista a prevalência do setor de serviços é marcante, e serviços movidos pelas atividades terciárias que incorporaram modelos de gestão adotados na produção fabril, em que a mecanização, padronização, super-especialização e fragmentação do trabalho estão presentes, além da incorporação de novas tecnologias (oriundas das descobertas da engenharia molecular e genética, biotecnologia, energias alternativas, nanotecnologias...), mas que também irão sofrer com a privatização na esfera de serviços públicos, após longos anos em que o Estado precisou criar serviços (distribuição de energia, transportes, telecomunicações, saneamento básico, bancos e seguros) estimulados pelos monopólios, que facilitassem a exploração privada e lucrativa do capital (Netto, Braz, 2016).

Tudo isto na defesa de um conjunto ideológico designado neoliberalismo, com ideias conservadoras originárias na década de 1940, baseadas na concepção: de homem possessivo, competitivo e calculista; de uma sociedade como meio para o alcance de propósitos privados; e de um mercado livre[20] para negociações rompendo com restrições sociopolíticas impostas pelo Estado. No entanto, os ideais neoliberais só ganharam força a partir da crise capitalista de 1969 a 1973. "Os reduzidos índices de crescimento com altas taxas de inflação foram um fermento para os argumentos neoliberais criticarem o Estado social" (Behring, Boschetti, 2016, p. 125) e combaterem o Keynesianismo e o solidarismo na defesa de um capitalismo livre de regras.

Para os neoliberais a crise resultava do poder excessivo dos sindicatos e do movimento operário, reduzindo a acumulação do capital e aumentando os gastos sociais do Estado, e consequentemente a inflação. Como para eles é negativo o déficit estatal e a regulação das relações trabalhistas, a solução seria aumentar o investimento privado, e a proteção social garantida pelo estado ser mantida através de políticas redistributivas para aumentar o consumo e diminuir a poupança da população (Behring, Boschetti, 2016).

[20]Esta livre negociação do que trato aqui, não se refere a livre circulação para ambos os países (países imperialistas e países dependentes e periféricos), muito pelo contrário, nos países imperialistas mantêm-se regulamentações e restrições, e "criam-se progressivas barreiras aos fluxos de trabalho, instaurando-se verdadeiros "cordões sanitários" em suas fronteiras. Para o capital, o que interessa é sua livre mobilidade" (Netto, Braz, 2016, p. 229).

Entre estas políticas redistributivas, ganham destaque as políticas de transferência de rendas (aqui no Brasil as bolsas auxílios em anos mais recentes) geralmente financiadas pelo governo federal, condicionadas à situação de ausência ou baixa renda, de forma complementar ou substitutivas aos salários, de abrangência nacional em que os beneficiários devem se inserir em alguma qualificação profissional ou atividade de trabalho (Behring, Boschetti, 2016).

Nesta fase neoliberal surgem as necessidades das reformas nas regulamentações governamentais[21], ou melhor, no que Netto e Braz defendem como "um gigantesco processo de contra-reforma(s), destinado à supressão ou redução de direitos e garantias sociais" (2016, p. 227), ou seja, a política neoliberal busca reduzir as dimensões democráticas da intervenção do Estado, já que os monopólios não conseguem sobreviver sem a intervenção total do Estado, o que querem é manter um "Estado mínimo para o trabalho e máximo para o capital" (Netto, Braz, 2016, p. 227).

Mas alguns estudiosos trazem que,

> A hegemonia neoliberal da década de 1982 nos países capitalistas centrais não foi capaz de resolver a crise do capitalismo nem alterou os índices de recessão e baixo crescimento econômico, conforme defendiam. As medidas implementadas, contudo, tiveram efeitos destrutivos para as condições de vida da classe trabalhadora, pois provocaram aumento do desemprego, destruição de postos de trabalho não qualificados, redução dos salários devido ao aumento da oferta de mão-de-obra e redução de gastos com as políticas sociais (Behring, Boschetti, 2016, p. 127).

No capitalismo contemporâneo embebido pelo neoliberalismo, há a presença de grupos supranacionais com maior poder econômico. Três grupos de países lideram o campo imperialista, Estados Unidos, União Europeia e Japão, e muitos acordos entre eles e entre os países periféricos. Mas, a questão crucial desta fase é a financeirização do capital, a ampla concentração do sistema bancário e financeiro, com a presença de atividades especulativas, com o capital fictício[22] sendo investido mais no setor de serviços[23], é o sistema de crediário e

[21] Muitos países implantaram princípios neoliberais alterando suas regulamentações, no entanto, "a Inglaterra foi o país que incrementou os princípios neoliberais de forma mais "pura": contraiu a emissão monetária, elevou as taxas de juros, baixou os impostos sobre altos rendimentos, aboliu o controle sobre os fluxos financeiros, criaram níveis de desemprego maciço, enfraqueceu as greves, aprovou legislações anti-sindicais, realizou corte nos gastos sociais e instituiu um amplo programa de privatização" (Behring, Boschetti, 2016, p. 126). Já os países do norte como Alemanha e Dinamarca optaram por políticas neoliberais mais voltadas para a disciplina orçamentária e reformas fiscais do que em cortes sociais e enfrentamento com os sindicatos como ocorreu com os EUA e Inglaterra (Behring, Boschetti, 2016).

[22] Entende-se por capital fictício "as ações, as obrigações e os outros títulos de valor que não possuem valor em si mesmo. Representam um título de propriedade que dá direito a um rendimento" (Koslov, 1981 p.217, apud Netto, Braz, 2016, p. 232).

o aumento exponencial da dívida externa dos estados com os monopólios, o capitalista gera lucros não pelo investimento na produção, mas pelo rendimento que seu acumulado pode gerar. O fato é que "os países dependentes e periféricos tornaram-se exportadores de capital para os países centrais*"* (Netto, Braz, 2016, p. 235).

Com o capitalismo contemporâneo, a forma de funcionamento do mundo mudou o sistema de crédito financeiro, que não ficou somente na esfera política, mas que foi incorporado em todo o estilo de vida social. Forma que interfere diretamente nos hábitos e padrões de consumo da população, que estimula o "possuir" continuamente com a ideia de tudo ser possível e passível de transações mercantis, que incorporam ao trabalhador ideias de crescimento a base da meritocracia, e que reforçam a comercialização de todos os serviços, inclusive os serviços do setor saúde.

O século XXI traz transformações intensas nas políticas sociais e "se não se pode falar em desmantelamento, é inegável que as reestruturações em curso seguem na direção de sua restrição, seletividade e focalização" (Behring, Boschetti, 2016, p. 134). Posso afirmar após este amplo estudo e reflexões que o capitalismo contemporâneo intensifica a problemática da questão social com perceptíveis aumentos nas taxas de desemprego, ou de empregos informais com pouco ou nenhum direito trabalhista garantido. Aqui, a pauperização torna-se um problema permanente que traz a tona problemas: que aparentemente tinham sido amenizados em épocas passadas, como a redução da jornada de trabalho, do trabalho infantil e do trabalho semi-escravo ou escravo (Netto, Braz, 2016); e que intensificam condições na qual conduzem o trabalhador a aceitar empregos sem nenhuma garantia, para manter sua sobrevivência. Situação que se agrava no contexto para além das relações de trabalho, com o aumento das condições subumanas, evidenciada pela restrição ou ausência do alimento, da moradia e de condições dignas para se viver.

Concluindo estas reflexões no contexto mundial, e tendo compreendido que estes debates não se esgotam por aqui, passarei a abordar na subseção seguinte este contexto do capitalismo monopolista em nível nacional como influenciou o estabelecimento das políticas sociais e a criação do sistema de saúde universal brasileiro.

---

[23] Netto e Braz insistem que "apenas na produção se cria valor – na circulação não há geração de valor, mas que a realização dos valores se expressa na circulação" (2016, p. 231). Ou seja, investir no setor de serviços não terá o mesmo retorno financeiro que investir no setor secundário.

2.2 A tardia constituição da seguridade social no Brasil: desafios na consolidação de um sistema de saúde universal e de um paradigma de produção de saúde

É interessante reforçar que as políticas sociais na América Latina, e especialmente no Brasil, se estabelecem de forma muito diferenciada da ocorrida em outros continentes, elas foram criadas para concretizar direitos sociais e tem se tornadas restritivas e com sérios problemas, além do mais, aqui não foi o berço da revolução industrial, os avanços não foram inseridos de imediato como nos países imperialistas, e no processo de colonização brasileira além das marcas do escravismo na cultura, nos valores que colaboraram com a desigualdade social, os recursos explorados serviram para a acumulação de riquezas dos países centrais e não do próprio país. O Brasil só começa de forma tímida a direcionar as decisões econômicas após sua independência em 1822, porém com um legado colonial do liberalismo conservador, em que a equidade se baseava na emancipação das classes dominantes e não na incorporação das necessidades sociais das massas, onde a cultura do favor, do clientelismo e da escravidão se mantinha (Behring, Boschetti, 2016).

O Estado era visto "como meio de internalizar os centros de decisão política e de institucionalizar o predomínio das elites nativas dominantes, numa forte confusão entre público e privado" (Behring, Boschetti, 2016, p. 73). Ou seja, o Estado pressupõe vinculação orgânica à propriedade privada e à sociedade de classes, e nesta perspectiva intrinsecamente passa a garantir os interesses privados, ficando em segundo plano as questões gerais da população. Neste contexto, a manutenção do capitalismo não foi bem uma escolha. Com o ritmo modernizador ainda muito limitado e restrito à burguesia, o país se mantém produzindo para exportar, e consumindo o produto vindo de fora. A dependência continuava no mercado internacional, sob a áurea da exploração de trabalho escravo, que somente no início do século XX (anos posteriores à abolição da escravatura) é que mudanças econômicas e na construção de políticas sociais começam a apontar (Behring, Boschetti, 2016).

O "Brasil não acompanha o mesmo tempo histórico dos países de capitalismo central" (Behring, Boschetti, 2016, p.78), diante da manutenção de um modelo de produção baseado na escravidão, não houve uma radicalização de lutas operárias em busca de direitos trabalhistas, o que houve de imediato foi manifestações de pauperismo e iniquidade principalmente no fim da escravidão para incorporar os escravos libertos no mundo do trabalho tornando-se questão política somente no início do século XX, com as primeiras lutas

de trabalhadores, as primeiras regulamentações voltadas ao mundo do trabalho[24], e a criação dos primeiros sindicatos[25] (dos trabalhadores rurais em 1903, e dos trabalhadores urbanos em 1907) (Behring, Boschetti, 2016).

"Quando o Estado brasileiro resolveu enfrentar institucionalmente os problemas decorrentes da questão social, o fez com medidas pontuais mais voltadas a regular mercado de trabalho e das Caixas de Aposentadoria e Pensões[26] dos Ferroviários" (Oliveira, 2009, p. 112), que posteriormente se estende aos Marítimos. Este fato acontece somente porque 70% do PIB nacional era originário da produção e circulação do café e por isso esses direitos foram concedidos aos trabalhadores diretamente envolvidos na circulação deste (Behring, Boschetti, 2016).

Então, um dos problemas encontrados foi apostar-se na política social como solução das desigualdades, porém as soluções encontradas privilegiaram determinadas categorias sociais em detrimento de outras, violando-se primeiramente o princípio da universalidade e equidade. Um exemplo foi a

> prevalência de uma política previdenciária diferente para trabalhadores e trabalhadoras dos setores públicos e privados, o que fortalece a expansão dos planos e fundos de pensões privados; de uma política de saúde com sérios problemas de cobertura e qualidade na oferta de serviços, o que incentiva a proliferação de planos privados e propostas privatizantes de gestão, a exemplo das fundações estatais no Brasil; e de uma política de assistência social focalizada na pobreza extrema, com expansão dos programas de transferência de renda condicionada a critérios extremamente rigorosos, em detrimento de uma política de expansão do pleno emprego e universalização dos direitos historicamente relacionados ao trabalho (Boschetti et al, 2009, p. 10-11).

Mas enfim, no Brasil as políticas sociais começam a ser apontadas como necessárias para a garantia dos direitos formais a partir da era Vargas (período de 1930, logo após a

[24] "Até 1887, dois anos antes da proclamação da República no Brasil (1889), não se registra nenhuma legislação social. No ano de 1888, há a criação de uma caixa de socorro para a burocracia pública, inaugurando uma dinâmica categorial de instituição de direitos que será a tônica da proteção social brasileira até os anos 60 do século XX. Em 1889, os funcionários da Imprensa Nacional e os ferroviários conquistaram o direito à pensão e a 15 dias de férias, o que se estendeu aos funcionários do Ministério da Fazenda no ano seguinte. Em 1891, tem-se a primeira legislação para assistência infantil no Brasil, regulamentando o trabalho infantil [...]. Em 1892, os funcionários da Marinha adquirem o direiro à pensão [...]. Em 1911 se reduz legalmente a jornada de trabalho para 12 horas diárias [...]. Em 1919 regulamenta-se a questão dos acidentes de trabalho no Brasil [...]" (Behring, Boschetti, 2016, p. 79-80).

[25] A organização sindical se dá no Brasil sob "forte influência dos imigrantes que traziam os ares dos movimentos anarquistas e socialista europeus para o país" (Behring, Boschetti, 2016, p. 80).

[26] Essas Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs) foram as primeiras formas de previdência social no Brasil juntamente com os Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs) que foram inicialmente criados para os funcionários públicos (Behring, Boschetti, 2016).

Revolução de 1930, até 1945, com a deposição do presidente da república Getúlio Vargas[27]). Com a crise de 1929 houve muitas transformações econômicas mundiais, e no Brasil o impacto foi maior para a oligarquia cafeeira dominante que ficou muito vulnerável. Deste modo oligarquias como a de gado, de açúcar e outras que estavam fora do núcleo político, aproveitaram as circunstâncias e se fizeram presentes modificando as correlações de força política. Surge então Getúlio Vargas, nome forte na produção de carne no Rio Grande do Sul que consegue apoio de militares e participantes da Coluna Prestes passando a assumir o Estado (Behring, Boschetti, 2016).

O Brasil após 1930 até 1945 foi marcado por uma intensa modernização conservadora (maior urbanização e industrialização, porém com a manutenção de um mercado agro-exportador) sob a égide de uma ditadura, entretanto, foi a fase de um Estado de compromisso agregando a sua agenda a regulamentação do trabalho e o enfrentamento da questão social para além de um olhar restrito de questão de polícia. Nesta fase da era Vargas buscou-se "transformar a luta de classes em colaboração de classes, e o impulso à construção do Estado social, em sintonia com os processos internacionais, mas com nossas mediações internas particulares" (Behring, Boschetti, 2016, p. 106).

Muitas conquistas na legislação trabalhista podem ser observadas neste período: regulamentações de acidentes de trabalho, aposentadorias e pensões, auxílio doença, auxílio maternidade, auxilio família, seguro-desemprego, criação do Ministério do Trabalho e o Ministério da Educação e Saúde Pública, instituição da carteira de trabalho com a consolidação das leis trabalhistas (CLT em 1943), criação dos IAPs, enfim, segundo Behring e Boschetti (2016), foi à fase da criação do Estado Social Brasileiro, no entanto, com uma perspectiva ainda muito distante do patamar de universalização e do alcance do Keynesianismo ocorrido na Europa. Porém foi à primeira tentativa de unir à saúde pública a medicina previdenciária dos IAPs, que a posteriori, tornou-se pauta de críticas, debates e reivindicações ao Estado pela garantia da assistência disseminada a todos.

[27]Getúlio Vargas nasceu em 19 de abril de 1882, em São Borja (RS). Foi o presidente que governou o País por mais tempo: 1930-1933 (Governo Provisório); 1934-1937 (Governo Constitucional); 1937-1945 (Estado Novo) e 1950-1954 (única vez em que foi eleito pelo voto popular). Vargas foi responsável pela criação do salário mínimo, da CLT, da Justiça do Trabalho e do Ministério da Justiça. Com sua forte centralização política, criou importantes estatais: Companhia Siderúrgica Nacional (CSN), Companhia Vale do Rio Doce, Hidrelétrica do Vale do São Francisco, Petrobrás e Eletrobrás, além de entidades como o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (Câmara dos Deputados, 2004, p.01). Lembrando que foi um período de intensa aceleração da insdustrialização e urbanização do país, seja no período ditatorial do Estado Novo, seja no processo democrático, e o fim do seu governo com seu suicídio (Behring, Boschetti, 2016).

Então, é importante destacar que o período de 1945 a 1964 foi marcado pela forte disputa de projetos e intensificação da luta de classes, inclusive das organizações político-partidárias[28], em que o Partido Trabalhista Brasileiro (PTB) teve grande expressão, porém foi um período conturbado com governos de substituição às importações como o de Juscelino Kubitschek que acirrou a luta de classes com a maior organização e consciência de classe dos trabalhadores, muitas tensões nas camadas médias e muita instabilidade política. Este momento conflituoso intensificou-se em governos seguintes resultando no golpe de 1964 e instituição do período ditatorial, que foi até 1986, período marcado pela expansão lenta dos direitos e manutenção de um formato corporativista, fragmentado e retardado no desenvolvimento das políticas sociais (Behring, Boschetti, 2016).

É interessante destacar que o Brasil vivencia as tendências mundiais em tempo muito assíncrono em relação aos países capitalistas centrais. Enquanto no plano internacional desencadeou-se a reação burguesa, o Brasil, no contexto da ditadura militar pós-1964, vivia a expansão do "fordismo à brasileira, por meio do chamado Milagre Brasileiro" (Behring, Boschetti, 2016, p. 134). Juntamente a isto ganha destaque na década de 1970, quando a maior concentração operária do mundo (o ABCD Paulista) é fundada, as reivindicações de melhores condições de trabalhos através de movimentos sociais (Behring, Boschetti, 2010).

Apesar dos movimentos sociais terem sido reprimidos no período ditatorial diante da expressiva perda da liberdade de expressão, da censura, da prisão e da tortura, e por fim ter seus movimentos sufocados. Por outro lado, a presença de um bloco militar-tecnocrático-empresarial passou a expandir e modernizar as políticas sociais, apontando como uma das saídas centralizar a previdência com a criação do Instituto Nacional de Previdencia Social (INPS)[29] na ideia de crescer economicamente o país sob princípios da acumulação do capital (Behring, Boschetti, 2016). Nesta ideia juntaram previdência, assistência e saúde e "impôs-se

[28] No período de 1946- 1964 as organizações político-partidárias se dividiam entre União Democrática Nacional (UDN) que expressava a burguesia industrial e financeira, o Partido Social Democrático (PSD) que reunia setores agrários mais tradicionais e alguns segmentos industriais que faziam alianças com ambos partidos, e o Partido Trabalhista Brasileiro (PTB) que reunia industriais e segmentos operários populares nacionais (Behring, Boschetti, 2016).

[29] "A centralização da previdência social no INPS, em 1966, retirou definitivamente os trabalhadores da gestão da previdência social, que passou a ser tratada como questão técnica atuarial. Em 1967, os acidentes de trabalho passam também para a gestão do INPS, apesar de certa contrariedade das seguradoras privadas. Ao lado disso, a previdência foi ampliada para os trabalhadores rurais, por meio do Funrural, política que aderiu, neste caso, um caráter mais redistributivo, já que não se fundava na contribuição dos trabalhadores, mas numa pequena taxação dos produtores, apesar de seu irrisório valor de meio salário mínimo (1971). A cobertura previdenciária também alcançou as empregadas domésticas (1972), os jogadores de futebol e os autônomos (1973), e os ambulantes (1978). Em 1974, cria-se a Renda Mensal Vitalícia para os idosos pobres, no valor de meio salário mínimo para os que tivessem contribuído ao menos um ano para a previdência" (Behring, Boschetti, 2016, p. 136).

uma forte medicalização da saúde, com ênfase no atendimento curativo, individual e especializado, em detrimento da saúde pública, em estreita relação com incentivo à indústria de medicamentos e equipamento médico hospitalares" (Behring, Boschetti, 2016, p.137).

Neste período também se inicia a política nacional de habitação com a criação do Banco Nacional de Habitação (BNH) em que são impulsionados investimentos na construção civil para a construção das moradias populares, e o início da lucratividade das empreiteiras sem nenhuma transparência ou controle de gastos públicos. Combinava-se a criação destas políticas a criação de fundos de indenização dos trabalhadores, como uma espécie de poupança, que pudessem financiá-las (como o FGTS, PIS, Pasep). Neste período de restrições ditatoriais, abriam-se as possibilidades para a saúde e educação privadas (também com amplos investimentos na construção de hospitais e escolas particulares), para aqueles que podiam pagar (Behring, Boschetti, 2016).

No entanto, em 1974, o "aparente" crescimento econômico brasileiro começa a apresentar declínio. Alguns anos anteriores à redemocratização do país em 1986, o Brasil vivenciava situação de endividamento com baixo investimento no setor público, redução das atividades de empresas menos rentáveis, introdução de tecnologias mais avançadas na produção principalmente naqueles com maior procura, maior racionalização dos custos com matérias-primas, energia e força de trabalho, maior número de falências, aquisições com maior concentração de capital, queda da taxa de lucros, aumento da inflação, e aprofundamento da questão social que acaba por deslegitimar o regime ditatorial, dando ânimos ao seu enfrentamento. Ou seja, o país diante do quadro insustentável para a economia, precisava encontrar outras soluções. Então, começa lentamente a abrir-se para a democracia e adesão às orientações conservadoras neoliberais, mas com muitas demandas sociais reprimidas (Behring, Boschetti, 2016).

Na transição deste período ditatorial para o Regime Democrático (a partir de 1986) do governo Sarney houve pequenas iniciativas no enfrentamento da questão social como o Programa do leite, mas o grande destaque mesmo foi à força e conquista dos movimentos sociais através da Articulação Nacional de Entidades pela mobilização popular na Constituinte. Muitos movimentos sociais, personalidades, e partidos políticos com compromissos democráticos intensificaram suas reivindicações, das quais foram discutidas e consolidadas pela Constituição Brasileira de 1988[30] (Behring, Boschetti, 2016). A partir

[30] "A Constituição Federal (CF) de 1988 foi um marco na democracia brasileira. A partir de sua promulgação os municípios ampliaram a participação no "bolo tributário brasileiro" e receberam novas atribuições. Ressalta-se que o movimento de autonomia fiscal municipal foi reduzido durante o regime militar, que buscou centralizar os

daqui, focarei nos direitos sociais adquiridos como guia à construção/reformulação das políticas públicas brasileiras, inclusive das políticas de saúde, objeto de investigação desta tese.

Pereira afirma em seus escritos que,

> Os direitos com os quais as políticas públicas se identificam, e devem concretizar, são os direitos sociais, que se guiam pelo princípio da igualdade, embora tenha no seu horizonte os direitos individuais – que se guiam pelo princípio da liberdade. A identificação das políticas públicas com os direitos sociais decorre do fato de esses direitos terem como perspectiva a equidade, a justiça social, e permitem à sociedade exigir atitudes positivas, ativas do Estado para transformar esses valores em realidade (Pereira, 2009, p. 102)

Na nossa Constituição Federal os Direitos Sociais estão expressos no Capítulo II do 6º ao 11º artigo do Título II que trata dos Direitos e Garantias Fundamentais. No artigo 6º propriamente dito estão descritos de modo geral que "são direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância e a assistência aos desamparados" (Brasil, 2016a, p. 18), enquanto no Art. 7º especifica-se os direitos em relação ao trabalhador, nele está evidenciado que são direitos dos trabalhadores urbanos e rurais:

> I–relação de emprego protegida contra despedida arbitrária ou sem justa causa, nos termos de lei complementar, que preverá indenização compensatória, dentre outros direitos;
> II–seguro-desemprego, em caso de desemprego involuntário;
> III–fundo de garantia do tempo de serviço;
> IV–salário mínimo, fixado em lei, nacionalmente unificado, capaz de atender a suas necessidades vitais básicas e às de sua família com moradia, alimentação, educação, saúde, lazer, vestuário, higiene, transporte e previdência social, com reajustes periódicos que lhe preservem o poder aquisitivo, sendo vedada sua vinculação para qualquer fim;
> V–piso salarial proporcional à extensão e à complexidade do trabalho;
> VI–irredutibilidade do salário, salvo o disposto em convenção ou acordo coletivo;
> VII–garantia de salário, nunca inferior ao mínimo, para os que percebem remuneração variável;
> VIII–décimo terceiro salário com base na remuneração integral ou no valor da aposentadoria;
> IX–remuneração do trabalho noturno superior à do diurno;
> X–proteção do salário na forma da lei, constituindo crime sua retenção dolosa;
> XI–participação nos lucros, ou resultados, desvinculada da remuneração, e, excepcionalmente, participação na gestão da empresa, conforme definido em lei;

---

recursos no governo central, via diminuição nos repasses do Fundo de Participação dos Estados e Fundo de Participação dos Municípios. Assim, a partir de 1988, a nova CF trouxe consigo a missão de descentralizar os recursos sob o poder da União [...] a reforma constitucional de 1988 concretizou a necessidade de maior autonomia de estados e municípios. Proporcionou a estados e municípios aumentos na participação da arrecadação tributária da União [...]. Tal movimento acelerou o processo de redução do esforço fiscal da maioria dos estados e incrementou as iniciativas na disputa fiscal entre os mesmos para atração de investimentos e geração de empregos" (Araújo, Santos Filho, Gomes, 2015, p. 741).

> XII–salário-família pago em razão do dependente do trabalhador de baixa renda nos termos da lei;
> XIII–duração do trabalho normal não superior a oito horas diárias e quarenta e quatro semanais, facultada a compensação de horários e a redução da jornada, mediante acordo ou convenção coletiva de trabalho;
> XIV–jornada de seis horas para o trabalho realizado em turnos ininterruptos de revezamento, salvo negociação coletiva;
> XV–repouso semanal remunerado, preferencialmente aos domingos;
> XVI–remuneração do serviço extraordinário superior, no mínimo, em cinquenta por cento à do normal;
> XVII–gozo de férias anuais remuneradas com, pelo menos, um terço a mais do que o salário normal;
> XVIII–licença à gestante, sem prejuízo do emprego e do salário, com a duração de cento e vinte dias;
> XIX–licença-paternidade, nos termos fixados em lei;
> XX–proteção do mercado de trabalho da mulher, mediante incentivos específicos, nos termos da lei;
> XXI–aviso prévio proporcional ao tempo de serviço, sendo no mínimo de trinta dias, nos termos da lei;
> XXII–redução dos riscos inerentes ao trabalho, por meio de normas de saúde, higiene e segurança;
> XXIII–adicional de remuneração para as atividades penosas, insalubres ou perigosas, na forma da lei;
> XXIV–aposentadoria;
> XXV–assistência gratuita aos filhos e dependentes desde o nascimento até 5 (cinco) anos de idade em creches e pré-escolas;
> XXVI–reconhecimento das convenções e acordos coletivos de trabalho;
> XXVII–proteção em face da automação, na forma da lei;
> XXVIII–seguro contra acidentes de trabalho, a cargo do empregador, sem excluir a indenização a que este está obrigado, quando incorrer em dolo ou culpa;
> XXIX–ação, quanto aos créditos resultantes das relações de trabalho, com prazo prescricional de cinco anos para os trabalhadores urbanos e rurais, até o limite de dois anos após a extinção do contrato de trabalho:
> XXX–proibição de diferença de salários, de exercício de funções e de critério de admissão por motivo de sexo, idade, cor ou estado civil;
> XXXI–proibição de qualquer discriminação no tocante a salário e critérios de admissão do trabalhador portador de deficiência;
> XXXII–proibição de distinção entre trabalho manual, técnico e intelectual ou entre os profissionais respectivos;
> XXXIII–proibição de trabalho noturno, perigoso ou insalubre a menores de dezoito e de qualquer trabalho a menores de dezesseis anos, salvo na condição de aprendiz, a partir de quatorze anos;
> XXXIV–igualdade de direitos entre o trabalhador com vínculo empregatício permanente e o trabalhador avulso (Brasil, 2016a, p. 18-19).

São trinta e quatro incisos que detalham os direitos garantidos ao trabalhador, segundo Oliveira e Oliveira (2011) a Constituição insere primeiramente a garantia contra dispensa imotivada reconhecendo a diferença de poder entre trabalhador e empregador que só é superada a partir do sujeito coletivo, via sindicato, com atuação efetiva. O que gera muitas tensões quando nas relações trabalhistas de hoje a conjuntura dificulta que os trabalhadores desprendem de tempo e dinheiro para se aliarem as bandeiras levantadas pelos sindicatos, é o que observamos em seções posteriores da tese, em especial na pesquisa de campo, na qual poucos profissionais relatam ser sindicalizados.

No que tange a garantia ao seguro-desemprego, apesar de sua regulamentação ter ocorrido somente em 1990, foi caracterizado como grande avanço social mesmo sendo baixa a remuneração pautada no salário mínimo e seu reduzido período de cobertura. Isso nos remete a criticar o valor estipulado ao salário mínimo que deveria suprir todas as necessidades básicas, mas que de fato não acompanha a inflação dos preços e valores do mercado. Hoje (2024) o salário mínimo reajustado para R$ 1.412,00, ainda está muito inferior ao que deveria ser para cumprir os requisitos necessários à sobrevivência humana, vejamos esta disparidade monetária: o Departamento Intersindical de Estatística e Estudos, já estimava em 2010 que para atender ao dispositivo constitucional, o salário mínimo deveria ser de R$ 2.092,36 destinado a uma pequena família de dois adultos e duas crianças (Oliveira, Oliveira, 2011), valores há 14 anos, já bem superiores aos valores atuais.

Diante destas baixas remunerações, há a violação dos direitos sociais, que resultam na violação dos direitos humanos, à dignidade da vida. Quando estes direitos a uma remuneração capaz de garantir necessidades como moradia, alimentação, educação, saúde, lazer, vestuário, higiene, transporte e previdência social são violados, há a violação de direitos humanos à dignidade da vida. A força de trabalho vendida precisa suprir todas as necessidades inclusive de lazer, não se pode trabalhar de forma ininterrupta, o corpo não suporta, ele precisa de descanso, de reparos na saúde, de alimentação adequada para manter-se exercendo suas funções, de vestimentas e meios de transporte para ir ao trabalho, entre outras necessidades.

Assim, algumas alternativas precisam surgir para garantir estas necessidades humanas, nem que fossem mínimas, para manter a força de trabalho e acúmulo de capital. Nesta conjuntura liberal, e hoje ultraneoliberal[31] ou de aprofundamento do neoliberalismo, é necessário o Estado intervir para que o poder econômico destes trabalhadores possibilite o consumo "daquilo" explorado pela burguesia. Ou seja, a busca por direitos trabalhistas exigidos pela classe trabalhadora estava para além das melhorias de condições de trabalho,

[31] Ultraneoliberalismo compreendido por Raichelis, Paz e Wanderley (2022) como "mais do que uma doutrina econômica, é uma nova racionalidade que corrói as relações sociais, transforma sujeitos em concorrentes e produz a mercadorização da instituição pública, levada a funcionar de acordo com a lógica gerencial prevalecente no mundo empresarial da competição sem limites" (p. 5-6). É uma espécie de erosão de direitos e o desmonte das políticas sociais no contexto da disseminação de viver no mundo de hoje. É a intensificação sem limites da política neoliberal, hegemônica desde 1970, nestes tempos bárbaros, com uma profunda "mudança neoliberal no padrão de acumulação, com hegemonia financeira e exponencial desenvolvimento das tecnologias de base microeletrônica e do universo maquínico-informacional-digital, que se expressa nas (contra) reformas trabalhista e da previdência social, na ampliação das privatizações, na destituição de direitos e nos ataques à democracia. Vivemos um cenário de sucateamento das políticas sociais, de crescimento do desemprego, do trabalho desprotegido e intermitente, da fome e da insegurança alimentar" (Raichelis, Paz e Wanderley, 2022, p. 6).

estava ligada a melhoria de vida, como ser social, melhorias no âmbito da saúde, educação, habitação, e assistência social.

Contraditoriamente os direitos sociais conquistados e garantidos de forma limitada pelo Estado também impactaram em garantias à classe acumuladora de capital. Os capitalistas tiveram sua força de trabalho mantida nos seus negócios, sem de fato se responsabilizar integralmente por tal suprimento. Os salários elevados que precisariam ser garantidos pelos empregadores, acabaram sendo complementados pelo compartilhamento da responsabilidade do Estado ao formular políticas sociais compensatórias garantidoras de parte destes direitos como discutido em parágrafos anteriores sobre as contradições da intervenção estatal.

O Estado assume o papel além de regulador, o de garantidor de direitos dentro dos princípios neoliberais (ou seja, garantidor de direitos possíveis, haja vista, que estes direitos não suprimissem a acumulação de capital dos monopólios) e gerador de trabalho (criando empresas estatais que geram e garantem empregos), ou gerador de soluções para a garantia das necessidades básicas dos trabalhadores e a garantia de um mercado consumidor (criando programas de transferência de renda, as famosas bolsas auxílios). Contradições evidentes no papel do estado quando este não consegue exigir dos monopólios a responsabilidades de remunerações adequadas para o suprimento de tais necessidades básicas dos trabalhadores, e assume forçadamente (pelo poder hegemônico das transações econômicas e financeiras dos monopólios) para si estas responsabilidades (Netto, Braz, 2016).

No Brasil, a inserção do estado como gerador direto de emprego é muito evidente nas décadas que antecedem a redemocratização do Brasil, porém achei importante retomar esta reflexão, mesmo que interrompa a linearidade cronológica do texto (já que estou abordando períodos posteriores no debate dos direitos conquistados pelo Constituição de 1988). Toda a intervenção estatal estava voltada a atender as necessidades destes investidores, inclusive a abertura de serviços que atendesse estas necessidades e garantisse lucros aos monopólios. A abertura de serviços estatais foi estratégica à ampliação do mercado consumidor, principalmente aos produtos produzidos pelos monopólios.

> O Estado passou a se inserir como empresário nos setores básicos não rentáveis (especialmente os que fornecem aos monopólios, a baixo custo, insumos e matérias-primas fundamentais), a assumir o controle de empresas capitalistas em dificuldades, a oferecer subsídios diretos aos monopólios e a lhes assegurar expressamente taxas de lucros. Suas funções indiretas, além das encomendadas/ compras aos monopólios, residem nos subsídios mascarados (a renúncia fiscal), nos maciços investimentos em meios de transporte e infra-estrutura, nos gastos com investigação e pesquisa; mas residem, sobretudo, no plano estratégico: aqui, através de planos e projetos de médio prazo, o Estado sinaliza a direção do desenvolvimento, indicando aos monopólios áreas de investimento com retorno garantido no futuro (Netto, Braz, 2016 p. 204).

Neste sentido, o Estado assume um papel importante na manutenção dos monopólios estabelecendo relações econômicas cada vez mais dependentes deste capital, interpreto essas transações capitalistas como referências para toda e qualquer decisão governamental, inclusive as decisões sobre as relações de trabalho. Além da regulamentação, o Estado agora assume o papel de provedor, e como elaborar políticas universais e equânimes se o próprio estado possui conflitos de interesses? Como reduzir gastos para manter serviços que não geram lucros? No mínimo incorporar princípios da gestão da iniciativa privada tem sido um caminho para manter princípios neoliberais, que geram muitas contradições na prestação dos serviços públicos e relações trabalhistas, e na elaboração de políticas sociais.

"Agora, a ênfase recai na co-responsabilidade entre atores públicos e privados, na expectativa de que as políticas sociais e as políticas voltadas para o mercado de trabalho possam completar-se num esforço integrado de resposta ao acirramento da desigualdade social" (Boschetti *et al.*, 2009, p.11). Desigualdade social está gerada pelas necessidades básicas da população não atendidas, quer por trabalhos remunerados de forma insuficiente, ou quer por não possuir um trabalho que gere renda. Deste modo, a elaboração de políticas sociais é fundamental à redução das desigualdades sociais, que para os monopólios seria a possibilidades de aumentar o mercado consumidor. Vejamos que as contradições partem dos interesses antagônicos entre Estado e Monopólios, e que para entrar em acordo o Estado cede e a classe trabalhadora acaba por sentir tais limitações de direitos.

Todo o financiamento destas políticas advém do fundo público, em que a maior parte da arrecadação surge da classe trabalhadora onde "72% dos impostos e contribuições terminam por incidir sobre os trabalhadores, seja com a tributação da renda na fonte, seja quando são submetidos ao consumo, e 63% da carga tributária recai sobre o consumo [...]" (Behring, 2009, p. 50); mas que não é distribuída igualitariamente conforme sua contribuição. Pelo contrário há um estímulo a maior concentração de renda à burguesia. Isso porque,

> Além de concentrados na União – o ente federativo com maior capacidade de tributação e de financiamento – também há concentração na alocação dos recursos nos serviços da dívida pública, juros, encargos e amortizações -, rubrica com destinação sempre muito maior que todo o recurso da seguridade social, fora seu impacto para as demais políticas sociais que são financiadas pelo orçamento fiscal, as quais não estão contempladas no conceito constitucional restrito da seguridade do Brasil.[...] O volume dos recursos retidos para a formação do superávit primário tem sido muito maior que os gastos na seguridade social [...] (Behring, 2009, p. 50).

Ou seja, apesar da maior arrecadação ser através das tributações advindas dos trabalhadores, o maior destino desse fundo passa a ser para o pagamento da dívida, que acaba financiando a acumulação do capital naqueles que dominam a economia. Enfim, a menor parte destes recursos retorna para a classe trabalhadora de fato e os benefícios para melhores condições de vida.

Neste contexto, as respostas às demandas sociais ou de saúde estão muito imbricadas, porque saúde não se resume a questões biológicas monocausais, nem tampouco a questões multicausais isoladas e determinadas. “Fatores sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais, são fatores que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população” (Buss, Pellegrini Filho, 2007, p. 78). Porém esta conceituação traz algumas reflexões que merecem ser mencionada, ela reduz, segundo Laurell, “a realidade complexa a uma série de fatores que não se distinguem em qualidade e cujo peso no aparecimento da doença é dado por sua distância dela” (1982, p.14), e neste sentido, o social e o biológico são reduzidos a “fatores de risco", que atuam na mesma proporção.

Para Laurell,

> o processo saúde-doença tem caráter histórico em si mesmo e não apenas porque está socialmente determinado, permite-nos afirmar que o vínculo entre o processo social e o processo biológico saúde-doença é dado por processos particulares, que são ao mesmo tempo sociais e biológicos. Por exemplo, o modo concreto de trabalhar, cujo caráter social é evidente, é ao mesmo tempo biológico, pois implica em determinada atividade neuro-muscular, metabólica [...]. Este modo de entender a relação entre o processo social e o processo saúdedoença aponta, por um lado, o fato de que o social tem uma hierarquia distinta do biológico na determinação do processo saúde-doença e, por outro lado, opõe-se à concepção de que o social unicamente desencadeia processos biológicos imutáveis e a-históricos e permite explicar o caráter social do próprio processo biológico (1982, p.15).

A sociedade tanto necessita de respostas voltadas para o novo estilo de vida nas cidades em que trabalham (quando muitos trabalhadores saem dos campos em busca de melhorias de emprego nas cidades), como precisam de uma rede de apoio, seja ela estatal ou não, para suprir estas necessidades. Mesmo em tempos passados (antiguidade e idade média), quando as famílias viviam em seus redutos, proviam seu próprio sustento e a urbanização não tinha sido consolidada, o contexto ainda assim, era determinante para as condições de vida naquele ambiente. As funções de cada membro eram exercidas de forma organizada e cada um colaborava no funcionamento da casa realizando algum serviço, fosse cuidando da limpeza, da comida, das roupas, de alguém doente...

Com o fortalecimento das cidades, a partir das relações comerciais intensas na idade moderna, os membros destas famílias precisam sair do campo para trabalharem; e longe de

suas famílias de origem, dos vizinhos e comunidade em torno de sua moradia no campo, o suporte de apoio precisa ser realizado por outras pessoas. Para este apoio no suprimento das necessidades de alimento, habitação, segurança, assistência às crianças, idosos e doentes, e diversos outros, surgem à rede de serviços. Serviços prestados sem qualquer relação de afeto, realizados somente por relações de troca a determinadas remunerações financeiras (Silva, 2022).

No entanto, não adentrarei na história cronológica pormenorizada da evolução dos serviços, o que quero enfatizar neste momento, é a importância destes serviços para o funcionamento de uma sociedade em todos os tempos, e que antes era exercido pelos próprios membros da família, e que na modernidade passa a ser realizado por terceiros e configurar-se como uma atividade rentável. Entre estes serviços, os serviços à saúde estão como essenciais. Inclusive será um dos serviços necessários para a garantia de direitos sociais, e em especial o direito à saúde, assim retomemos aos tempos mais atuais no contexto brasileiro como estes serviços foram sendo consolidados no capitalismo monopolista.

No Brasil até a década de 1980, os serviços de saúde funcionavam sob uma "dicotomia entre saúde pública e assistência médico-hospitalar" (Paim, 2008, p.94), em que se conviviam campanhas sanitárias e assistência filantrópica, ao mesmo tempo em que a medicina liberal e previdenciária estava voltada somente aos trabalhadores formais. Era um sistema ambíguo e: "1) insuficiente, 2) mal distribuído, 3) descoordenado, 4) inadequado, 5) ineficiente, 6) ineficaz, 7) autoritário, 8) centralizado, 9) corrupto, 10) injusto" (Paim, 2008, p. 95), que não atendiam a garantia do direito à saúde de forma igualitária entre os cidadãos brasileiros, tendo em vista, a tamanha desigualdade social e índices elevados de pobreza que assolavam o país. Destarte, medidas urgentes precisavam ser revistas, e os direcionamentos legais precisavam ser modificados.

Além disso, muitas experiências internacionais influenciavam o mundo, inclusive o Brasil, para mudanças na rede de serviços de saúde. Segundo Campos e Campos, em meados do século XX, alguns países europeus, iniciados pela Grã-Bretanha, Suécia e União Soviética, e posteriormente outras nações da Europa, América e Oceania, foram construindo Sistemas Nacionais e Públicos de Saúde (Campos, Campos, 2008) no sentido de atender às necessidades de saúde da população.

Somado a isto, no Brasil mais intensamente em meados da década de 1970, diversos movimentos populares e de trabalhadores reivindicavam a construção de um sistema de saúde, que fosse diferente na qualidade e no alcance da assistência até então em vigor no período ditatorial, marcado pelo processo de modernização conservadora do Estado brasileiro (através

da industrialização e urbanização acelerada, e pela expansão de políticas sociais[32]). Tendo em vista que,

> A política nacional de saúde no período 1964 a 1974, imbricada às tendências da política econômica implantada, desenvolve-se com base no privilegiamento do setor privado. O regime burocrático-autoritário, implantado em 1964, determinou um modelo de assistência à saúde fundado em ações individuais médico-hospitalares, privilegiando o setor privado, através da assistência previdenciária e tratando com descaso as ações de saúde pública. O direito à assistência estava vinculado à contribuição previdenciária, excluindo do acesso às camadas de classe não vinculadas ao mercado formal de trabalho. A prática médica mercantil de assistência à população fortalece-se, principalmente em virtude da influência do setor privado na previdência social, dada a compra de serviços privados em saúde pela previdência pública. E assim, a área de saúde se diferenciou, passando a ser orientada por valores monetários, visando a lucratividade e ao controle da força de trabalho (Barbosa, 2006, p. 60-61).

Neste contexto, a assistência médica passa a ser ofertada somente àqueles que possuíam condições (sejam possuindo capital, ou vinculação formal ao mercado de trabalho) de pagar direta ou indiretamente por estes serviços, vinculados à medicina liberal. Era o capital ditando as regras do jogo a todo instante, explorando cada vez mais a força de trabalho sem a garantia mínima de direitos sociais, e aqui ao da saúde.

Entretanto, é sob influência das determinações deste período, e principalmente após o término da ditadura militar, com o forte controle do Estado autoritário sobre a sociedade, a classe dominante exercendo sua hegemonia (Bravo, Correia, 2012), que trabalhadores assalariados organizam-se e passam a reivindicar veementemente melhorias de condições de trabalho e mudanças nas políticas públicas (Behring, Boschetti, 2016). E é com a redemocratização do país que "a expressão controle social passa a ser compreendida como o controle da sociedade sobre o Estado" (Bravo, Correia, 2012, p.127), surge um contraponto uma sociedade civil em busca de mudanças.

Segundo Bravo e Correia a participação social através das conferências inaugura um novo modo de reivindicar mudanças na oferta da assistência à saúde.

> A necessidade da participação social foi apresentada pelo Movimento da Reforma Sanitária, no conjunto das lutas contra a privatização da medicina previdenciária e à regulação da saúde pelo mercado, pondo em discussão a tendência hegemônica de prestação de assistência médica como fonte de lucro. As lutas da saúde articuladas à

[32] "O processo de unificação das instituições previdenciárias confirma-se como uma das principais medidas referentes à política social desse período, sendo efetivada através da criação – em 1966 – do INPS, que se incumbe de unificar os antigos IAPs, significando uma reorientação das relações entre trabalhador e Estado e o crescimento da Medicina Previdenciária. A criação do INPS beneficia a implementação de uma política de saúde direcionada ao desenvolvimento do complexo médico-industrial, especialmente nas áreas de medicamentos e equipamentos médicos, enfatizando a contratação de serviços de terceiros em detrimento dos serviços próprios" (Barbosa, 2006, p. 60).

> redemocratização do país foi o tema da 8ª Conferência Nacional de Saúde que teve como marca *Democracia é Saúde* e foi aberta à participação de trabalhadores e da população pela primeira vez na história das conferências de saúde (2012, p.128).

A proposta da criação de uma política pública que contesta todas as características anteriormente adotadas (no período ditatorial), só seria possível se fosse formulada pela população que a utilizava, pelos movimentos sociais, como resultou na formulação do Sistema Único de Saúde (SUS). E entre as inovações apontadas neste novo sistema proposto, a adoção do "conceito ampliado de saúde e seus determinantes, a integralidade e a intersetorialidade" (Paim, 2008, p. 97). O que traz princípios muito evidentes a redução das desigualdades de acesso e qualidade no atendimento encabeçado pelas políticas sociais. O SUS nos leva, conceitualmente "ao formato e aos processos jurídico-institucionais e administrativos compatíveis com a universalização do direito à saúde e em termos pragmáticos à rede de instituições, serviços e ações responsável pela garantia do acesso aos cuidados e atenção à saúde" (Bahia, 2008, p. 357). Ou seja, trata-se de um conjunto de ações e de serviços que possuem a finalidade de promover assistência à saúde a todo cidadão brasileiro, independentemente de suas condições sociais. A autora complementa:

> "Sistema", entendido como o conjunto de ações e instituições, que de forma ordenada e articulada contribuem para uma finalidade comum, qual seja, a perspectiva de ruptura com os esquemas assistenciais direcionados a segmentos populacionais específicos, quer recortados segundo critérios socioeconômicos, quer definidos a partir de fundamentos nosológicos. "Único", referido à unificação de dois sistemas: o previdenciário e o do Ministério da Saúde e secretarias estaduais e municipais de saúde, consubstanciada na incorporação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) pelo Ministério da Saúde e na universalização do acesso a todas ações e cuidados da rede assistencial pública e privada contratada e ao comando único em cada esfera de governo. "Saúde", compreendida como resultante e condicionante de condições de vida, trabalho e acesso a bens e serviços e, portanto, componente essencial da cidadania e democracia e não apenas como ausência de doença e objeto de intervenção da medicina; a saúde, tomada como medida de determinações sociais e perspectiva de conquista da igualdade, contrapõe-se ao estatuto de mercadoria assistencial que lhe é conferido pela ótica economicista, tal como definida na VIII Conferência Nacional de Saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde (Bahia, 2008, p. 357).

Sendo assim, o SUS é um sistema ordenador único da assistência à saúde que adota o entendimento da saúde para além da ausência de sinais e sintomas, relacionando-a a condicionante de promoção e manutenção à vida. Lembremos que o SUS foi criado em 1988 a partir de reivindicações dos trabalhadores, estudantes e sociedade desde a década de 1970, inspirada pela reforma sanitária ocorrida na Itália embasadas por ideais democráticos. No

entanto, há particularidades: “a reforma sanitária brasileira não se reduz ao SUS, ainda que este represente algumas das suas dimensões setorial, institucional e administrativa” (Paim, 2008, p. 91). À Seguridade Social foi determinada a responsabilidade de integrar e garantir direitos relacionados à saúde, previdência e assistência social (Bahia, 2008), o que foi garantido na Constituição Federal de 1988.

As bases jurídico-legais do SUS foram oficializadas pelas leis orgânicas 8.080/90 e 8.142/90, nas quais o direito à saúde passa a ser um direito essencial, e assim um direito público de tutela estatal e caráter coletivo. Trata-se de um sistema unificado, regionalizado, com atribuições definidas pelo governo e financiamento compartilhado, com funções de controle, fiscalização e ordenamento das políticas, ações e programas de saúde (Bahia, 2008), marcado pela participação popular através dos conselhos (Bravo, Correia, 2012).

É importante relembrar que o SUS é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, sendo o único a garantir assistência integral e completamente gratuita para a totalidade da população. “Abrange 5.564 municípios brasileiros, distribuídos pelos 27 estados” (Machado, Oliveira, Moyses, 2011, p. 103). Os estudos têm apontado um crescimento considerável nos serviços públicos nas primeiras décadas deste novo milênio, o que se deve a mudanças de paradigmas da saúde.

> Nos últimos 20 anos, grandes transformações ocorreram no sistema de saúde, configurando por assim dizer, “anos paradigmáticos” para a saúde pública do Brasil. A constituição do SUS representou para os gestores, trabalhadores e usuários do sistema uma nova forma de pensar, estruturar desenvolver e produzir serviços e assistência em saúde uma vez que os princípios da universalidade de acesso, da integralidade da atenção à saúde, da equidade, da participação da comunidade, da autonomia das pessoas e da descentralização tornam-se paradigmas do SUS (Machado, Oliveira, Moyses, 2011, p. 105).

No entanto, apesar de muitas inovações segundo Paim (2008), o sistema de saúde no Brasil não pode ser considerado ‘único’, continua fragmentado ao permitir a existência de um sistema de assistência médico suplementar em que o Estado transfere recursos para consultas e procedimentos vendidos por uma rede de serviços privados, e o sistema de desembolso direto, com pagamento particular dos serviços. Segundo Eugênio Vilaça Mendes, em uma entrevista dada ao Jornal Estadão e republicada no site do Conselho Nacional de Secretários da Saúde relata que:

> O nosso sistema de saúde foi constitucionalmente concebido como um sistema público universal de corte beveridgiano, ou seja, financiado por impostos gerais, à semelhança de países como Canadá, Itália, Reino Unido e Suécia. Contudo, em sua prática social, vem se estruturando como um sistema segmentado em que convivem

> três subsistemas: um sistema público, o SUS e dois sistemas privados, o sistema de saúde suplementar e o sistema de desembolso direto. Em certo sentido, buscamos a universalização, mas instituímos uma segmentação à moda dos Estados Unidos. Há evidências de que os sistemas públicos universais são mais efetivos, eficientes e equitativos que os sistemas segmentados (Mendes, 2014, p.2).

O SUS não rompeu com os subsistemas que constituíram o modelo de atenção médico-assistencial privatista, a exemplo disso são a venda de prestação de serviços de saúde por profissionais liberais (desembolso direto aos serviços particulares), e a existência de planos de saúde privados. Esses subsistemas privados cobrem aproximadamente 25% da população distribuindo-se desigualmente entre as regiões brasileiras, competindo predatoriamente com o serviço público, mostrando-se como "mais eficaz", no entanto, funcionando de maneira fragmentada baseada em especialidades, sem nenhum estímulo a atenção primária à saúde, e comprovadamente ineficaz nas condições crônicas de saúde (Mendes, 2014). Além disto, estes subsistemas privados geram

> iniquidades quando se financia, indiretamente, com renúncias fiscais de valores próximos a 10 bilhões de reais por ano e quando o SUS se comporta como um tipo de resseguro para os sistemas privados em relação a serviços de alta complexidade [...]. A renúncia fiscal que menciono são os impostos que empresas e pessoas físicas deixam de recolher dado que os gastos em saúde podem ser abatidos do imposto de renda. Por isso falo que é um financiamento indireto. Esses recursos não são repassados diretamente aos planos de saúde, mas a possibilidade de renúncia fiscal incentiva o uso dos planos privados. Estima-se que esses 10 bilhões representem em torno de 10% do faturamento dos sistemas de saúde suplementar (Mendes, 2014, p. 3).

Assim com tantas particularidades, percebem-se muitas contradições tanto no arcabouço jurídico, bem como no funcionamento prático, que favorecem empresas privadas e a intervenção estatal, típico do regime capitalista monopolista, que torna o SUS uma complexa instituição, como tentarei analisá-la nos próximos parágrafos.

O SUS constitui uma estrutura institucional complexa que coordena ações de saúde nos serviços estatais, filantrópicos e privados, em que os governos locais passam a ser fundamentais na organização da atenção à saúde, porém muitos problemas acompanham a execução e financiamento deste sistema (Bahia, 2008). Para a organização desta atenção à saúde, objeto desta tese, é fundamental o entendimento de como se dá a gestão dos serviços.

> Em vários dicionários, gestão e administração aparecem como sinônimos. O Houaiss - Dicionário da Língua Portuguesa- assim define esses termos: "Ato ou efeito de administrar; ação de governar ou gerir empresa, órgão público .... Exercer mando, ter poder de decisão (sobre), dirigir, gerir". (Houaiss, 2001, grifos nossos). Os termos gestão e administração referem-se ao ato de governar pessoas, organizações e instituições. Política, portanto. Gestão diz respeito à capacidade de dirigir, isto é,

> confunde-se com o exercício do poder. Em sua origem, na Grécia clássica, o termo 'política' tinha exatamente esse significado: *'Polis'* era a cidade, e a política era a capacidade de fazer a gestão democrática das cidades-estado. Vale a pena ressaltar essa relação entre gestão e política porque a constituição da administração e da gestão, como um campo estruturado e sistemático de conhecimento, pretendeu, exatamente, produzir uma ruptura ou uma descontinuidade entre a política e Gestão (Campos, Campos, 2008, p. 232).

De acordo com Campos, Campos (2008), como gestão é a capacidade de dirigir, e como política na Grécia antiga era a gestão democrática das cidades, conclui-se que fazer gestão pode ser entendido por fazer política. Esta não é a única compreensão de gestão, no início do século XX, os autores apostam na gestão como mantenedora de poder e controle do trabalhador e das formas de produção do trabalho, como nas teorias tayloristas. Um pouco mais tarde, outras teorias passam a defender a valorização da subjetividade dos trabalhadores no processo de gestão, condicionando-os aos objetivos das empresas com a ampliação dos recursos de controle.

Mais recentemente, outras teorias do desenvolvimento organizacional baseada na teoria dos sistemas surgem introduzindo a importância da autonomia do trabalhador atrelada aos objetivos da empresa. Ou seja, insere na percepção do trabalhador uma ideia de autonomia profissional (mesmo que, a meu ver, ainda se trate de uma autonomia muito utópica!) possível para a realização de suas funções. Aqui, faço uma pequena reflexão, como de fato ser autônomo, quando o trabalho passa a ser desempenhado sob um contexto monopolista de exploração da força de trabalho e de acumulação de capital? A resposta a este questionamento traz mais um elemento contraditório que o capitalismo produz.

Mesmo compreendendo criticamente que a mudança de uma gestão autocrática que não valorizava as ideias de um trabalhador, para uma gestão democrática, ainda que limitada pelas diretrizes do capital, não favorecia de fato um trabalho autônomo. Acredito veementemente, que esta mudança (mesmo que, com todos os problemas) ainda traz muitos benefícios e avanços ao desenvolvimento da assistência à saúde compartilhada e ampliada favorável a realização do matriciamento. Pois, modelos de gestão matricial delegam poderes de planejar e decidir aos próprios trabalhadores com base nas relações democráticas e de convivência (Campos, Campos, 2008). Todas estas formas de gerir serão bem mais aprofundadas nas próximas sessões da tese, neste momento, é importante destacar que gerir é fazer política o tempo todo, é organizar administrativamente serviços, ideais, e processos de trabalho em um determinado contexto.

Sendo assim, o SUS é um sistema complexo que pode ser analisado pelo componente da gestão, do financiamento, da organização, da infraestrutura e do modelo de atenção. Ou seja, todo o setor saúde sofre muitas influências, entre elas:

> a) as regras resultantes do jogo político entre os interesses divergentes que determinam as políticas vitoriosas em cada momento;
> b) os modelos administrativo-gerenciais hegemônicos adotados pelos setores de ponta da economia;
> c) a tecnologia disponível e aplicável na área;
> d) o paradigma hegemônico de produção de conhecimentos científicos e as características intrínsecas ao processo específico de produção do ato assistencial em saúde;
> e) o tipo de instituição, seja pública, privada ou do chamado terceiro setor. Estas instituições funcionam segundo lógicas diferenciadas, bem como são influenciadas pelas determinações da fonte financiadora (Pires, 2000, p. 255).

No que se refere ao financiamento, à liberação ou retenção de recursos trazem consequências diretas na execução destas políticas. Mudanças na liberação de recursos de implantação de serviços ou de custeio, para a manutenção deles, se refletem na assistência direta à população, bem como gestões autocráticas, com a presença de clientelismo político[33] e baixa qualificação profissional do gestor também tem se refletido em grandes desafios para o SUS (Paim, 2008).

No que tange à organização, à inexistência de redes regionalizadas e hierarquizadas dos serviços de saúde, ou serviços que não cumprem fluxos ou alinhamento direcionado do SUS com desarticulações entre serviços dificultam a efetivação do SUS, bem como a insuficiente infraestrutura de estabelecimentos, serviços, equipamentos e de profissionais, principalmente nas regiões norte e nordeste. E mesmo ocorrendo investimentos em alguns serviços, ainda há poucos investimentos em estabelecimentos de apoio diagnóstico e tratamento, ou seja, a máquina estatal parece funcionar para manter a dependência do SUS ao setor privado (Paim, 2008). Uma dependência, que na realidade, é inculcada culturalmente na sociedade para esconder que, é o setor privado quem depende em alguns aspectos, do SUS, pois depende de transferências diretas e indiretas de recursos para sobreviverem (Correia, Omena, 2013).

Neste contexto, Correia e Omena afirmam que "o setor privado da saúde tem se expandido no livre mercado e por dentro do SUS [...], está em curso um processo avassalador de mercantilização e privatização da saúde com forte apoio estatal" (2013, p. 03). Ou seja, a intensificação do setor privado no SUS tem ocorrido tanto no momento que o Estado compra

[33] Reduz a política social à vontade política dos sujeitos, muito presente na troca de favores eleitorais.

serviços diretos, valendo-se da ideia de que compra o serviço de última geração que não é oferecido diretamente pelo SUS, ou quando repassa a responsabilidade de gestão às entidades privadas. É a manutenção da ideia de que o SUS não possui recursos para manter um serviço especializado de alta complexidade, no entanto poderá comprá-lo ao setor privado (Correia, Omena, 2013).

> O SUS se estrutura e se expande no contexto em que o Estado implementa as contra reformas para atender às necessidades do grande capital, por meio de ajustes neoliberais, alimentando o processo de financeirização do capital. Essa realidade, somada aos referidos precedentes legais na Constituição de 1988, resultou na expansão dos interesses do capital na área da saúde, no livre mercado e por dentro do SUS (Correia, 2022, p. 76).

Assim observo muitas ambiguidades no funcionamento do sistema e que passa a ser legalizado pela Constituição Brasileira. A "complementaridade" garantida pelas normas legais, na realidade não passa a ser uma complementaridade invertida[34], em que instituições privadas são beneficiadas (e subsidiadas) pela garantia da compra dos seus serviços pelo Estado. E assim, o que seria reduzir gastos públicos acaba sendo o inverso, são pagos valores muito aquém, em comparação ao que seria destinado ao serviço público, caso fosse ele próprio o prestador do cuidado (Correia, Omena, 2013).

Além disso, a insatisfação da população frente à assistência recebida, com relatos de maus tratos, serviços desumanizados e muitas vezes falta de acesso a eles, tem levado muitas pessoas a entrar com ações judiciais para obter o retorno às solicitações. A denominada 'judicialização da saúde' (em que é preciso abrir processos no Ministério Público, defensoria pública ou qualquer meio da justiça para se garantir algum direito) tem escancarado às fragilidades do SUS frente a sua efetivação como direito constitucionalmente garantido e dever do Estado (Paim, 2008).

Quanto ao modelo de atenção, quando se tem frentes governamentais em defesa ao caráter médico biologicista e privado, se emerge consequências negativas ao estabelecimento de ações sob os princípios e diretrizes do SUS. Em contrapartida, quando se tem à frente

[34]Segundo Correia e Omena (2013), "a complementaridade do setor privado ao setor público, assegurada legalmente, foi invertida. Chama a atenção que a brecha constitucional que estabelece a complementariedade do setor privado ao setor público 'mediante contrato de direito público ou convênio' (Artigo nº 199, § 1º da CF/1988), quando as disponibilidades do SUS 'forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área' (arts. 24 a 26 da Lei n.º 8080/1990), permitiu a ampliação dos serviços privados de saúde por dentro do SUS, principalmente nas áreas mais lucrativas - média e alta complexidade -, distorcendo esta complementaridade na prática. A complementaridade está invertida, pois se estima que de cerca de 60% dos recursos públicos da Saúde são alocados na rede privada, através de convênios/compra de serviços privados de média e alta complexidade" (p.03).

gestores que defendem um modelo ampliado de saúde de base comunitária, em seguida, tem-se avanços na efetivação das políticas, publicação de portarias com incentivos financeiros e notórias orientações quanto à execução de serviços.

Partindo de compreensões macropolíticas do SUS, e de que ele é composto por um conjunto de serviços de saúde, procuremos agora entender quem seriam os trabalhadores deste setor de serviços? Para Silva são:

> Àqueles que pertencem à classe trabalhadora porque têm em comum com os trabalhadores que produzem bens e valorizam capital a condição social de que nada possuem a não ser a força de trabalho para ser utilizada como meio de troca para obterem no mercado os bens e os serviços necessários à sua sobrevivência (Silva, 2022, p. 68).

Ou seja, são aqueles trabalhadores assalariados que possuem a força de trabalho em troca de uma determinada remuneração. São aqueles que irão desenvolver suas funções em algum lugar oferecido por alguém que possui condições de pagar àquele tempo trabalhado não gerador direto de um produto concreto. No entanto, quais serviços poderiam ser prestados por este trabalhador? Muitas classificações são utilizadas sobre o setor de serviços, internacionalmente a tipologia mais recentemente adotada é a citada abaixo:

> De acordo com a classificação internacional mais recente considera-se que são doze as categorias principais da Lista de classificação setorial dos serviços, denominada como W/120: 1. Serviços prestados às empresas; 2. Serviços de comunicação; 3. Construção e serviços de engenharia relacionados; 4. Serviços de distribuição; 5. Serviços educacionais; 6. Serviços ambientais; 7. Serviços financeiros; 8. Serviços sociais e de saúde; 9. Serviços relacionados com turismo e viagens; 10. Serviços recreativos, culturais e esportivos; 11. Serviços de transporte; 12. Outros serviços não incluídos em outros lugares. (United Nations, 2012, p. 14, *apud* Silva, 2022, p.71).

Destacamos que "o setor saúde é um ramo importante na economia brasileira – representa 4,3% da população ocupada no país, gerando mais de 10% da massa salarial do setor formal" (Machado, Oliveira, Moyses, 2011, p. 103). É um setor que faz uso intenso e diversificado de mão-de-obra, que é muito influenciado pelas transformações do mercado e que articula um conjunto de serviços de saúde. Com a ampliação do setor de serviços, há também a ampliação da sociedade de consumo, inclusive do consumo de mercadorias inúteis como as drogas (Medeiros, 2008), e o inverso também ocorre. Com o aumento do consumo, serviços precisam ser criados para suprir necessidades originadas. Serviços que atuam direto ou indiretamente neste mercado, seja na produção e circulação destes produtos, ou na intervenção dos prejuízos que eles causam, como a necessidades de serviços de saúde

oferecem cuidados de reabilitação às pessoas que fazem uso de drogas. Enfim, com as condições objetivas e subjetivas de vida das classes sociais suscitadas pelo capitalismo, mudanças nas relações de trabalho também são perceptíveis, principalmente nos trabalhadores destes serviços.

A redução da quantidade de trabalhadores nas indústrias e aumento dos trabalhadores nos serviços, após a introdução das tecnologias, que nos países periféricos ocorrem de forma tardia e o investimento no setor de serviços típico do capitalismo contemporâneo, os trabalhadores dos serviços acabam sendo mais explorados. E nos serviços de saúde isto também não é diferente, mesmo sendo trabalhadores de saúde de serviços públicos. Há contradições em relação aos valores instaurados nestes serviços, quando se trata do capitalismo monopolista, pois, "a criação e a expansão das necessidades humanas só podem realizar-se sob a forma de mercadorias, estando sua produção voltada para a troca e criação de mais-valia, e não para satisfazer as necessidades humanas" (Medeiros, 2008, p. 29).

Ou seja, é o sentido da prestação dos serviços de saúde, serem percebidos como mercadoria, como serviços que podem gerar mais-valia, e isso muda todo o sentido quando estes serviços são ofertados pelo Estado, uma instituição de caráter público, que não tem o objetivo de gerar mais-valia. Com o neoliberalismo a uma "tendência a *mercantilizar* todas as atividades humanas, submetendo-as à lógica do capital – com efeito, mediante os 'serviços', tomam caráter de mercadoria o trato da educação, da saúde, da cultura, do lazer e os cuidados pessoais (a enfermos, ou idosos, etc.)" (Netto, Braz, 2006, p. 202). Serviços que não se desenvolvem plenamente nos modos de produção capitalista (Medeiros, 2008), e que se assim o fizer poderá alienar necessidades e manipular resultados na busca do lucro. O que pode ser danoso, no caso de serviços de saúde, tanto para aquele que recebe o cuidado, quanto para aquele trabalhador que está sendo explorado e submetido às diretrizes de uma determinada instituição.

Esta exploração do trabalhador no sistema neoliberal pode ocorrer também em instituições públicas. Vale recuperar que a lei orgânica da saúde 8.142 estabeleceu importantes critérios para repasse de recursos (Conselho, Fundo, Plano), dentre eles a criação de Comissão de Elaboração de Plano de Cargos e Carreiras que foi descumprido total ou tardiamente, resultando na fragmentação de Planos por carreiras, que se traduz hoje na desvalorização do trabalhador que tem garantias, e quiçá àqueles terceirizados sem nenhuma garantia.

Na própria constituição brasileira ao definir o SUS, elementos contraditórios da política também são mantidos, com a denominação de "serviços complementares" traz a

possibilidade de serviços de saúde de cunho privado e caráter lucrativo, ser incorporado ao financiamento público, gerando uma crítica conceitual do SUS como política pública da saúde que abriga um conjunto de serviços de saúde de caráter privado.

Esta contradição pode ser percebida na materialização do artigo 199 da Constituição Federal em que traz "A assistência à saúde é livre à iniciativa privada, que poderá complementar o SUS", ou seja, a lei acaba permitindo a prestação de serviços por pessoas físicas ou jurídicas de caráter público ou privado em todo território brasileiro de forma regular. A radicalidade no enfrentamento ao setor privado, defendido pelo movimento de reforma sanitária brasileira, diante das decisões resultantes da 8ª Conferência Nacional de Saúde, perde forças para o setor empresarial da saúde na Constituinte (Correia, 2022).

> Os empresários da saúde rejeitavam o SUS e defendiam um "sistema nacional de saúde" que integrasse o setor público e o privado, pauta que seria retomada anos depois [...]. Essas disputas expressaram a correlação de forças entre as classes para impor seus interesses. Dois projetos estavam em disputa, como aponta Bravo (2006): o projeto da reforma sanitária e o projeto de saúde articulado ao mercado ou privatista (Correia, 2022, p. 76).

E essa disputa passa diariamente a ser mais perceptível, a depender do governo em comando, estas relações do mercado influenciam mais ou menos as pactuações e normativas legais. Na Constituição Brasileira, apesar do projeto da reforma sanitária ter prevalecido, a iniciativa privada também conseguiu introduzir alguns de seus elementos e ideais, mesmo que, em menor para àquele momento (Correia, 2022). A iniciativa privada consegue ser introduzida por via complementar ao SUS, o que ratifica ações intencionais do monopólio adentrarem aos princípios constitucionais, deturpando os princípios originários das políticas sociais reivindicadas pela sociedade traduzidas em políticas públicas, é o que Correia (2022) defende como verdadeira ofensiva do capital.

> Política pública não significa só ação. Pode ser também não-ação intencional de uma autoridade pública frente a um problema ou responsabilidade de sua competência. Daí a sucinta definição de Thomas Dye (1972): política pública é o que o governo escolhe ou não fazer. Embora esta definição associe política pública apenas a escolha governamental (o que evidencia seu caráter parcial e sua imprecisão conceitual) seu mérito reside em chamar a atenção para os seguintes aspectos, conforme Howlett e Ramesh: a) primeiro que a participação do governo é importante na criação e processamento de políticas públicas. Isso significa que decisões comerciais privadas, de instituições de caridade, de grupos de interesse particulares e de indivíduos, não são políticas públicas, embora esses setores possam exercer influência sobre escolhas e ações governamentais [...] (Pereira, 2009, p. 97)

As definições econômicas e políticas estabelecem as formas de funcionamento dos serviços, bem como dos processos de trabalho. Os locais em que estes serviços de saúde são desenvolvidos também determinam como o trabalho em saúde deve ocorrer. E se houver dificuldades na realização deles, haverá acréscimos e cortes que impactarão diretamente nos contratos de trabalho e nas condições salariais, é a política neoliberal intrinsecamente estabelecida ditando as regras do jogo, selecionando quem deve permanecer, e como deve funcionar, na política do corte de gastos e na manutenção mínima de ações não rentáveis.

> Disseminava-se a tendência de desmontar atividades até então exercidas, a princípio, por órgãos públicos, deixando-as entregues ao mercado. A política neoliberal, sustentada em uma lógica privatista, corresponde a uma política social de padrão residual na qual há a subtração drástica dos sistemas de serviços públicos, restritos aos grupos excluídos do mercado. A tese do Estado "mínimo" é difundida como o caminho para diminuir as funções estatais e permitir que as "livres forças do mercado" assegurem o desenvolvimento, acompanhado pela flexibilização dos direitos sociais (Medeiros, 2008, p.112).

O SUS tem desarranjos políticos advindos de reformas neoliberais, clientelismo político, desrespeitos à Constituição e a lei orgânica de Saúde, e várias reformulações governamentais desde 1988, ainda no Governo de Sarney[35]. É importante frisar que diferentemente do Chile e outros países que adotaram políticas neoliberais em seus governos ditatoriais, o Brasil a adota a partir da experiência democrática, sendo um dos últimos países a aderir o regime neoliberal somente após a reformulação do Consenso de Washington[36] em novembro de 1989 (Vaz, Merlo, 2020).

Com a incorporação de diretrizes neoliberais estabelecidos por este Consenso de Washington pensado para países com grande endividamento interno, o Brasil iniciou suas mudanças baseadas na disciplina e reforma fiscal, redução e reorientação de gastos,

---

[35] "José Sarney governou de 1985 a 1990, maranhense, advogado e jornalista, foi eleito indiretamente pelo Colégio Eleitoral como vice de Tancredo Neves, que morreu antes da posse. Sarney ficou conhecido como o presidente da redemocratização. Na área econômica, o seu governo adotou uma política considerada como bastante heterodoxa, e não conseguiu derrotar a escalada inflacionária" (Câmera dos Deputados, 2006, p.1).

[36] "O Consenso de Washington foi o documento que centralizou a explicação do que é e como se aplicam as políticas neoliberais nos países periféricos, sendo o documento que consolidou o neoliberalismo na região e fundamentou a estratégia neoliberal no Brasil. [...] Apesar da palavra "consenso" ser relativamente distante da realidade do que ocorreu em Washington, é fato que diversas correntes do pensamento econômico e monetário, passaram a ter relativo acordo acerca das saídas possíveis para as nações golpeadas pela crise, pelo endividamento e pela hiperinflação. [...] Tem por trás também um lado pragmático, sendo composto por vários economistas e técnicos de instituições internacionais, agências multilaterais, e da burocracia estatal, principalmente norte-americana, dentre elas o Departamento do Tesouro dos Estados Unidos, [...] o Sistema de Reserva Federal, os maiores bancos internacionais e os ministérios de finanças dos países que englobam o G7" (Vaz, Merlo, 2020, p. 38-39).

flexibilização da taxa de juros, a aposta no câmbio competitivo, a liberalização[37] e desregulamentação do comércio, o aumento das privatizações, o respeito aos direitos de propriedade privada, a criação de ambiente favorável aos investimentos externos e a redução gradativa das políticas sociais (Vaz, Merlo, 2020).

> Quando se fala em "disciplina fiscal", por exemplo, passou-se a entender que é necessário acumular *superávit* fiscal, mesmo quando o país passa por uma crise social aguda; o reordenamento das prioridades do Estado ou redução de gastos foi entendido como corte de políticas essenciais para a população, como investimento em saúde, educação e eliminação de subsídios para alimentos básicos, energia e transporte. A reforma fiscal acabou por diminuir os impostos para os mais ricos e as taxas de juros flexíveis, em geral significou a sua apreciação em longo prazo. A escassez de crédito prejudicou principalmente os médios e pequenos empresários e as privatizações auxiliaram na entrada mais competitiva das empresas transnacionais, que ao se utilizar também das facilidades para promover fusões e aquisições de empresas nacionais não necessariamente impactam a taxa de desemprego (Vaz, Merlo, 2020, p. 40).

Ou seja, com a entrada do neoliberalismo observa-se a agudização das desigualdades sociais e muitos reajustes na condução estatal serão vistas, a começar no governo de Fernando Collor de Melo[38], marcado pela crise econômica que corroeu as poupanças, reduziu o poder aquisitivo e salários da população, aumentando os cortes nos recursos federais destinados à saúde, com a presença de vetos importantes na Lei 8.142 principalmente em relação à participação e financiamento (Paim, 2008; Vaz, Merlo, 2020). No entanto, no período deste governo de Collor limitado pelos princípios neoliberais, ainda percebe-se alguns avanços na política de saúde conquistados pela expressiva e intensa mobilização dos movimentos da saúde, principalmente pelo Movimento da Reforma Sanitária, que resultaram na criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACs), a promulgação da Lei Orgânica (Lei 8080/90) e a Norma Operacional Básica 1991 (NOB/91).

---

[37] À "liberalização financeira e comercial era esperado que: (I) o crescimento viesse de forma praticamente automática junto ao investimento privado e o financiamento interno no setor produtivo pautado nas exportações; (II) o equilíbrio orçamentário e desregulamentação do mercado como condições suficientes para a estabilização macroeconômica e eficiência microeconômica; (III) maior uso da poupança privada para investimento produtivo, graças à nova estrutura tributária; (IV) maior poupança doméstica e reversão da fuga de capitais decorrente da alta na taxa de juros" (Vaz, Merlo, 2020, p. 41).

[38] "Fernando Collor de Melo governou de 1990 a 1992, carioca, jornalista, foi governador de Alagoas e tornou-se o mais jovem presidente da República, eleito aos 40 anos. Collor elegeu como prioridade de seu governo a luta contra a inflação, que chegava a alcançar taxas de 25% ao mês. No Plano Collor, editado no dia seguinte à posse, o governo congelou as contas de poupança e as aplicações financeiras. Além disso, o plano incluía corte de despesas públicas, com o fim de estatais e dispensa de servidores. Mas a inflação nunca chegou a ser satisfatoriamente controlada durante todo o mandato. Durante o período eleitoral, Collor inaugurou uma nova forma de fazer campanha, com estreita relação com a mídia. Os coordenadores de sua campanha contaram com uma equipe especializada em marketing e em pesquisas de opinião" (Câmera dos Deputados, 2006, p.1).

No governo de Itamar Franco[39] apesar da continuidade da crise financeira na seguridade social, houve avanço na municipalização, a partir da NOB/93, e o Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994, após realização da IX Conferência de Saúde com o tema Municipalização é o caminho (Paim, 2008).

Em relação ao governo Fernando Henrique Cardoso (FHC)[40], onde o neoliberalismo chegou ao seu auge. Observa-se muitos retrocessos no mundo do trabalho com o salário mínimo em seu menor patamar, aumento do desemprego, a lei da responsabilidade fiscal, diminuição do emprego no ramo industrial, avançam as privatizações, trazem os juros especulativos[41], o aumento da desnacionalização e valorização do importado, assim como, queda dos índices de inflação com a criação do plano real concomitante a paralisia do

[39] Governo que substituiu o governo de Fernando Collor após o processo de *impeachment* e consequente renúncia. "Itamar Franco governou de 1992 a 1995, mineiro, engenheiro civil, vice de Fernando Collor, assumiu o governo com a tarefa de combater a elevada inflação e as consequências da corrupção do governo Collor. Itamar assumiu interinamente a presidência em 2 de outubro de 1992, e foi formalmente aclamado presidente em 27 de dezembro de 1992, quando Collor renunciou. Quando Itamar assumiu o cargo, o Brasil estava no meio de uma grave crise econômica: a inflação havia chegado a 1100% em 1992, e alcançado quase 6000% no ano seguinte. Itamar trocou de ministros da área econômica várias vezes, até FHC assumir o ministério da Fazenda. Em fevereiro de 1994, FHC lançou o Plano Real, que estabilizou a economia e reduziu a escalada hiperinflacionária [...e] passou a ser o candidato oficial à sucessão de Itamar" (Câmera dos Deputados, 2006, p.1).

[40] "FHC governou de 1995 a 2002, carioca, sociólogo, foi o primeiro presidente a ter direito à reeleição no período democrático. No primeiro mandato, seu governo foi marcado pelo sucesso do Plano Real, apesar dos índices de desemprego e da crise na saúde pública. A transparência do governo foi comprometida por escândalos políticos e financeiros. FHC foi um dos ideólogos do antigo Movimento Democrático Brasileiro (MDB) e teve uma participação decisiva nos bastidores das Diretas-já e na eleição no Colégio Eleitoral de Tancredo Neves para a presidência da república. Foi um dos fundadores do Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB). Como presidente, FHC continuou o processo de privatização iniciado por Collor. Foram privatizadas rodovias federais, os bancos estaduais e as empresas de telefonia. FHC elaborou um Plano Diretor da Reforma do Estado, de acordo com o qual seria priorizado o investimento em carreiras estratégicas para a gestão do setor público, as chamadas carreiras de estado. Ele conseguiu a aprovação de emendas à Constituição que facilitaram a entrada de empresas estrangeiras no Brasil e flexibilizaram o monopólio estatal do petróleo. Em sua gestão, foi adotada a terceirização de serviços e de empregos públicos em áreas consideradas como não essenciais. Também foram aprovadas leis como o Código Brasileiro de Trânsito e a Lei de Responsabilidade Fiscal, que se caracteriza pelo rigor exigido na execução do orçamento público. FHC criou o Bolsa Escola e outras iniciativas sociais destinadas à população de baixa renda (os programas seriam transformados em um só pelo presidente Luiz Inácio Lula da Silva, com o nome Bolsa Família)" (Câmera dos Deputados, 2006, p.1).

[41] Juros especulativos são os juros resultantes do investimento (compra ou venda) de dinheiro ou ações, moedas, *commodities* ou imóveis para obter lucros por meio das variações de preço em curto prazo. E desta forma "não podemos separar a política da alta taxa de juros e a política de privatizações, isto porque se por um lado a política de juros aumentava a rapidez na qual a dívida crescia, por outro a política de privatizações vinha no sentido de gerar receita para desacelerar o crescimento da dívida pública. Com a hegemonia do capital financeiro-fictício no 'bloco no poder', o principal eixo rentista-patrimonial passou a ser a dívida pública interna, a evolução dessa dívida começa principalmente no plano Real, no contexto em que o Banco Central passa a vender títulos da dívida interna para comprar moeda estrangeira [...]. Para reter o endividamento dos Estados e Municípios houve, além disso, a renegociação das dívidas, substituindo-as por títulos do governo que exigiu a privatização dos Bancos Estaduais" (Vaz, Merlo, 2020, p.48).

mercado interno de investimentos, gerando aumento sucessivo do endividamento público[42] (Vaz, Merlo, 2020). Foi um governo de muitas reformas, ou melhor, contra-reformas.

> A contrarreforma do Estado brasileiro foi coordenada pelo Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado [...], nos governos de Fernando Henrique Cardoso, e absorveu na íntegra a agenda do Banco Mundial para a saúde, segundo a qual o Estado, como regulador, deveria concentrar esforços apenas no financiamento e no controle desses serviços em vez de oferecê-los diretamente. A criação de um terceiro setor "público não estatal" foi o canal de expansão dos interesses privados por dentro do setor público (Correia, 2022, p. 76).

Endividamento que traz consequências cada vez mais danosas às políticas sociais (e em especial as políticas públicas de saúde) e ao funcionalismo público privilegiando-se o capital que porta juros em detrimento ao desempenho e manutenção de políticas sociais. Diante das reformas da previdência, favorece a desvinculação de receitas da união, que, por conseguinte transfere os recursos do orçamento da Seguridade Social para o orçamento fiscal que será destinado ao pagamento da dívida externa, é o dinheiro que iria para a classe trabalhadora alimentando o sistema financeiro (Silva, 2011). Que, enfim, geram consequências diretas aos trabalhadores, como ausência de reajuste salarial, aumento de variadas formas de remunerações e de empregos temporários e terceirizados, e a criação de "emprego público" (Gomes, Sória, 2013).

Foi um governo marcado por muitas contrarreformas, em que o Estado atenua ou invalida sua responsabilidade em relação à proteção social, transferindo às famílias, aos grupos comunitários, e às empresas a responsabilidade da prestação de serviços através de parcerias no financiamento de acordos orientados pelo Banco Mundial (Bravo, Correia, 2012). Ou seja, com as reformas retira-se do estado a responsabilidade da prestação direta dos serviços, utilizando-se a ideia da "participação da sociedade", porém num contexto muito diferenciado da participação social garantida pela constituição brasileira. Na realidade há uma manipulação na formulação de novas diretrizes que viabilizem interesses dos monopólios em detrimento da responsabilidade do Estado.

> Dentro da linha de redefinição do papel do Estado, a contrarreforma, sob orientação do Banco Mundial, propõe a descentralização como deslocamento de

[42] "A política de âncora cambial que perdurou quatro anos e meio. A partir da âncora cambial, a política econômica brasileira passa a utilizar da valorização cambial como mecanismo de combate a inflação, por outro lado, isto gerou sucessivos déficits na balança comercial, resultado do aumento significativo das importações, até o ponto em que se tornou inviável a manutenção do câmbio sobrevalorizado" (Vaz, Merlo, 2020, p. 45), ou seja, ao manter a moeda de câmbio (o real) valorizada, gerou déficits na balança comercial, a ao se ter mais importações e menos exportações, o PIB reduz e a dívida aumenta.

> responsabilidade para a sociedade e esta passa a ser corresponsável pelos serviços e pela gestão pública por meio da "participação da comunidade". A estratégia é a busca de parcerias com a sociedade para que esta assuma os custos da crise, repassando-se assim a responsabilidade pela prestação de serviços sociais de competência do Estado para Organizações Não Governamentais (ONGs), instituições filantrópicas, comunitárias, entre outras. Desta forma, o Estado reduz o seu papel de prestador direto dos serviços, reorientando sua intervenção como regulador e provedor financeiro. Com um sentido bastante diferente da participação inscrita nos documentos do Banco Mundial, a participação social no SUS foi concebida na perspectiva do controle social, visando os setores organizados na sociedade participarem das políticas de saúde, desde as suas formulações — planos, programas e projetos —, acompanhamento de suas execuções, até a definição da alocação de recursos para que estas atendam aos interesses da coletividade (Bravo, Correia, 2012, p. 131).

Assim, muitos ajustes no aparato jurídico-normativo foram possíveis sob as orientações do Banco Mundial, inclusive reformas favoráveis às privatizações e a redução dos direitos trabalhistas. A luta que anterior à redemocratização era de caráter coletivo, passa no contexto neoliberal, a ser corporativo em defesa de grupos particulares, ou de interesses privados (até mesmo em espaço oficialmente conquistados pelo controle social como as conferências municipais, estaduais ou nacionais), o que acaba fragilizando a força da classe trabalhadora, e os possíveis ganhos coletivos, ou destinação dos fundos públicos (Bravo, Correia, 2012).

Foram muitas mudanças no período de FHC, atravessado de várias contrarreformas, em que o Estado desviou-se de funções básicas ampliando suas funções no setor produtivo, esgotando-se a estratégia estatizante, em favor de um modelo gerencial favorável à descentralização, a eficiência, o controle dos resultados, a redução dos custos e a produtividade, transferindo para o setor privado a prestação do cuidado, criando a esfera pública não estatal que obedece às leis do mercado mesmo sendo serviços públicos (Bravo, 2022).

No entanto, apesar da crise de financiamento setorial e criação da Contribuição Provisória de Movimentação Financeira (CPMF), observaram-se no período do governo de FHC, alguns elementos favoráveis à política de saúde. A publicação da NOB/96, o Piso da Atenção Básica (PAB), a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) de 2001, a ampliação da municipalização e número de PSF, a regulamentação da saúde suplementar e a criação de dois órgãos importantes a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) (Paim, 2008) e a proibição da comercialização de sangue e hemoderivados. Avanços que tiveram como pano de fundo algumas contradições como o descumprimento e omissão do governo federal na regulamentação e fiscalização das ações de saúde em geral, desrespeitando o princípio da

equidade na alocação dos recursos federais, estaduais e municipais não unificados, bem como o desrespeito ao princípio da integralidade priorizando ações médico-hospitalares curativistas em detrimento das ações de promoção e proteção à saúde na atenção primária (Bravo, 2008). Enfim, foram nestas primeiras décadas de governos democráticos que teses neoliberais impulsionaram a contrarreforma do Estado brasileiro.

Quanto ao governo Luís Inácio Lula da Silva[43], governo marcado pelas reformas e ambiguidades no tratamento aos trabalhadores do setor público, apesar da grande expectativa imposta ao candidato oriundo do partido dos trabalhadores, e considerado como grande negociador. Mantiveram-se muitas ideias neoliberais do governo anterior inclusive à tese central de seu governo era de que: a solução não estava na expansão do gasto social, e sim na dispersão de políticas focais (o Projeto Fome Zero concentrado no programa Bolsa-Família[44]), em vez de aprofundar a universalidade dos direitos à seguridade social (Bravo, Menezes, 2011).

> No plano econômico, todos os parâmetros macroeconômicos da era FHC foram mantidos, permanecendo intocáveis: o *superávit* primário; a Desvinculação de Receitas da União; as taxas de juros parametrizadas pela Selic; apostas na política de exportação, com base no agronegócio; o inesgotável pagamento dos juros, encargos e amortizações da dívida pública; e o aumento da arrecadação da União. Essas

[43]Luiz Inácio Lula da Silva, que governou de 2003 a 2011 em sua primeira reeleição, "pernambucano, metalúrgico, foi fundador e presidente de honra do Partido dos Trabalhadores (PT). Em 1981, durante uma greve no ABC, o Sindicato dos Metalúrgicos de São Bernardo do Campo sofreu intervenção aprovada pelo Ministério do Trabalho e Lula ficou detido por vinte dias em São Paulo nas instalações do Departamento de Ordem Política e Social, órgão temido durante a ditadura. Pelo fato de ter sido um dos principais líderes de uma greve que desafiou o regime militar, Lula ganhou projeção nacional e foi também um dos líderes da campanha pelas Diretas-Já. Em 1986, foi eleito deputado federal com recorde de votos, tendo participado da elaboração da atual Constituição Federal. Concorreu à primeira eleição direta para Presidente em 1989, quando foi derrotado por Fernando Collor. Depois, foi derrotado por FHC em 1994 e em 1998, mas venceu José Serra (PSDB) no segundo turno da eleição de 2002. No primeiro mandato, sua gestão foi caracterizada pela estabilidade econômica, com um crescente *superávit* na balança comercial. Sua política de relações exteriores foi outro destaque, com a aproximação com os países emergentes (Índia, China e Rússia) e com a África, o Oriente Médio e a América Latina. Além disso, destacou-se a atuação do Brasil na Organização Mundial do Comércio (OMC). Na área das políticas fiscal e monetária, o governo teve uma política econômica conservadora. Em seu primeiro ano de mandato, Lula conseguiu aprovar a Reforma da Previdência, elevou o salário mínimo de R$200 para R$350, e baixou a inflação de 12% para 3%. Os juros estavam na casa de 25% quando Lula assumiu. A taxa atual é de 13,25%. As relações políticas do governo Lula foram conturbadas. Eleito presidente com uma bancada minoritária, formada pelo PT, PSB, PCdoB e PL, Lula teve que recorrer ao apoio de partidos sem afinidade direta com o PT, como PP, PTB e PMDB. Após dois anos de governo, nos quais conseguiu manter a maioria no Congresso, disputas políticas resultaram em denúncias como o chamado "escândalo do mensalão" e o caso da tentativa de compra de um dossiê contra políticos do PSDB, que levaram o presidente a demitir alguns dos seus principais colaboradores. Porém, essas dificuldades não impediram a sua vitória no segundo turno das eleições presidenciais contra o candidato do PSDB, Geraldo Alckmin" (Câmera dos Deputados, 2006, p.1).

[44] "Apesar dos avanços nas condições de vida de milhões de brasileiros, é importante destacar que o Bolsa Família não se constitui um direito, pois trata-se de uma política de governo, fruto de uma decisão do Executivo federal. Não sendo uma política de Estado, pode ser extinta a qualquer momento. Ressalta-se que o combate à pobreza não se dá apenas por políticas de transferência de renda, mas é preciso que estas estejam associadas a outras políticas sociais" (Bravo, Menezes, 2011, p. 16).

> orientações econômicas têm impactos nas políticas sociais (Bravo, Menezes, 2011, p.16).

Ou seja, menores recursos para o desenvolvimento de políticas sociais, mesmo observando-se alguns ganhos. As reformas, ou melhor, as contrarreformas, de seu governo (que continuaram no governo seguinte de Dilma) se concentraram no primeiro mandato (de 2003 a 2006) na redução da dimensão estatal no sistema previdenciário, e com isto continuaram a redução de direitos do mundo do trabalho, a privatização dos recursos públicos (a venda de títulos públicos), bem como ampliação dos espaços de acumulação do capital (Bravo, Menezes, 2011).

Já no segundo mandato (2007 a 2010) o foco foi a Reforma Tributária[45] que resultou em "graves consequências ao financiamento das políticas sociais no Brasil, ameaçando de forma substancial as fontes exclusivas que dão suporte às políticas de Seguridade Social (Previdência, Saúde e Assistência Social)" (Bravo, Menezes, 2011, p. 16). No entanto, estas reformulações acabam privilegiando os monopólios e restringindo os direitos da sociedade e da classe trabalhadora. Foi um governo que também ampliou os espaços de participação da sociedade, no entanto, foi mantida sobre o controle Estatal esta participação sem nenhuma política de fortalecimento a um sistema descentralizado, o que tem aprofundado a falta de autonomia da sociedade civil (Bravo, Menezes, 2011).

Além disto, entre as avaliações favoráveis, foi o governo que tentou estruturar a política de recursos humanos, valorizou a educação permanente, introduziu a avaliação de desempenho e progressão de carreira, recompôs o contingente de funcionários públicos por meio da oferta de concursos priorizando-se setores como a educação (ampliando universidades), tentou a substituição de funcionários com baixa qualificação para maior escolarização, e a substituição dos trabalhadores terceirizados no setor público (Gomes, Silva, Sória, 2012). No entanto, as relações econômicas e políticas ainda mantiveram em seu governo critérios neoliberais.

Na saúde, o governo Lula destacou-se ainda a expansão do PSF, a criação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), fortalecimento dos Hospitais Universitários, e

[45] "A reforma tributária (Projeto e Emenda Constitucional nº 233/08) visava à simplificação e desburocratização, eliminação da guerra fiscal, desoneração parcial da tributação sobre a folha de salários, eliminação de distorções e cumulatividade, e aumento da competitividade econômica. [...] A carga tributária, o financiamento do Estado, os tributos recolhidos incidem sobre toda a população, 2/3 das receitas arrecadadas advêm de tributação sobre consumo e sobre a renda dos trabalhadores. Nessa direção, é necessária uma reforma que não apenas racionalize o sistema tributário, mas também o torne menos regressivo, ou seja, mais justo e redistributivo." (Bravo, Menezes, 2011, p.16).

considerável avanço nas políticas de saúde mental, além da formulação de políticas de saúde bucal, atenção básica, promoção da saúde, política de drogas, investimentos no saneamento básico, o lançamento do programa farmácia popular, Programa Fome Zero entre outras medidas (Paim, 2008; Bravo, Menezes, 2011). A maior aproximação com o projeto de reforma sanitária ocorre em seu segundo mandato, porém mantendo-se em muitos aspectos o projeto privatista em vigência, como a criação de Fundações Estatais[46] de Direito Privado para gerir o serviço público que será intensificado no governo seguinte (Bravo, Menezes, 2011), além da manutenção da ajuda do Estado ao setor filantrópico/privado e à saúde suplementar, por meio da renúncia fiscal intensificada desde 2004 até 2015 (Correia, 2022).

No Governo Dilma Rousseff[47], continuou a maior parte do orçamento público destinada ao pagamento da dívida externa, apresentando cortes[48] de investimentos, e aumento das privatizações em alguns setores, como os aeroportos e o petróleo do Pré-Sal. Foi um governo marcado por insatisfações de grupos sociais com protestos de estudantes e trabalhadores diante da elevação das passagens no transporte urbano, greve das universidades públicas, crescente discussão nos fóruns populares de saúde e educação, manifestações dos trabalhadores da construção civil reagindo sobre a exploração das empreiteiras, a paralisação do programa 'Minha casa, Minha vida', entre outras manifestações (Bravo, Menezes, 2011).

---

[46] "As fundações serão regidas pelo direito privado; tem seu marco na "contra-reforma" do Estado de Bresser Pereira/FHC; a contratação de pessoal é por CLT, acabando com o RJU (Regime Jurídico Único); não enfatiza o controle social, pois não prevê os Conselhos Gestores de Unidades e sim Conselhos Curadores; não leva em consideração a luta por Plano de Cargo, Carreira e Salário dos Trabalhadores de Saúde; não obedece as proposições da 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, realizada em 2006; fragiliza os trabalhadores através da criação de Planos de Cargo, Carreira e Salário por Fundações" (Bravo, Menezes, 2011, p. 20).

[47] Dilma Rousseff que governou de 2012 a 2016 em dois mandatos, sendo o segundo deles interrompido por um *impeachment*. Foi a primeira mulher a assumir a presidência da república no Brasil. "Natural de Belo Horizonte, iniciou sua militância política aos 16 anos, na luta armada contra a ditadura militar. Foi presa em 1970 por quase três anos e submetida a tortura, na cidade de São Paulo. Após deixar a prisão, Dilma mudou-se para Porto Alegre e formou-se em Economia na Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Em 1980, ajudou a fundar o PDT. Foi secretária estadual de Energia, Minas e Comunicações, no governo de Alceu Collares no Rio Grande do Sul e no de seu sucessor, Olívio Dutra. Em 2001, Dilma filiou-se ao PT. Durante a campanha de 2002, que levou Luiz Inácio Lula da Silva à Presidência da República, Dilma foi da equipe responsável por formular o plano do governo na área energética. Foi convidada então a ocupar o Ministério de Minas e Energia em 2003. Permaneceu no cargo até 2005, quando foi nomeada ministra-chefe da Casa Civil, substituindo José Dirceu, atingido pelo escândalo do mensalão. [...] Nas eleições de 2010, derrotou o candidato do PSDB, José Serra, no segundo turno, com 56% dos votos válidos e na eleição de 2014, venceu o candidato do PSDB, Aécio Neves com 51,6% dos votos" (Câmera dos Deputados, 2015, p.1).

[48] "Corte de R$ 60 bilhões no orçamento atingiu basicamente a área social, a saber: redução de gastos com pessoal, incluindo congelamento dos salários (R$ 3,5 milhões); corte de R$ 5 bilhões no Programa 'Minha Casa Minha Vida'; no Ministério da Reforma Agrária houve redução de R$ 929 milhões; na Educação corte de R$ 3,1 milhões; na Saúde R$578 milhões; nos Desportos R$1,5 milhões; no Meio Ambiente R$400 milhões e no Transporte R$2,3 milhões (Domingues, 2011, *apud* Bravo, Menezes, 2011, p.17).

Apesar dos cortes de investimentos, houve investimentos em recursos humanos e na área de ciência e tecnologia. Foi um governo que estimulou a descentralização e participação social, no entanto, o subfinanciamento do SUS e fortalecimento do setor privado foi um dos grandes impasses ao maior enfraquecimento do setor público, além da paralisação dos concursos e uma nova institucionalidade para a prestação de serviços públicos, através da criação de organizações administradoras não estatais (Gomes, Sória, 2013).

Na saúde houve alguns retrocessos e avanços, o primeiro retrocesso vai de encontro ao estabelecido pela reforma sanitária em relação ao controle social. É nomeado o Ministro da saúde para ocupar a presidência do Conselho de Saúde, cargo ocupado por vários anos, através de eleições, pelo segmento dos trabalhadores e de usuários, o que garante a autonomia do conselho em relação à participação da sociedade no funcionamento do SUS. Outro fator preocupante foi a abertura para qualquer modelo de gestão[49] que possibilitasse o funcionamento dos serviços de saúde, favorecendo a entrada de organizações não estatais como: as Organizações Sociais (OS), as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs), as Fundações Estatais de Direito Privado (como a exemplo da EBSERH[50]), terceirizando a gestão dos serviços e a contratação de trabalhadores. Resultando na ampliação cada vez maior dos mecanismos de privatização do SUS (Bravo, Meneses, 2011; Correia, 2011)

Quanto aos avanços no SUS do Governo Dilma é importante destacar o incentivo a implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), o lançamento da Agenda Estratégica para a Saúde no Brasil, o fortalecimento das ações na atenção primária estimulando a singularidade do sujeito, a definição de um indicador nacional sobre qualidade do acesso aos serviços de saúde e a definição de um mapa nacional das necessidades em saúde (Bravo, Meneses, 2011). No entanto, em seu segundo mandato, ficou muito evidente o descompromisso com o SUS (Reis, Paim, 2018), apoiando-se em projetos conservadores,

[49] "Estes 'novos modelos de gestão', quais sejam: Integra o processo de contrarreforma do Estado brasileiro; Privatiza os serviços públicos; Ameaça os Direitos Sociais; Contraria a legislação do Sistema Único de Saúde; Prejudica os Trabalhadores; Limita o Controle Social e propicia o desvio de recursos públicos" (Correia, 2011, p. 43).

[50] "O governo anterior apresenta a Medida Provisória 520, em 31/12/2010, que autoriza o Poder Executivo criar a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), ou seja, uma empresa pública de direito privado, ligada ao Ministério da Educação para reestruturar os Hospitais Universitários federais [...]. Poderá contratar funcionários por CLT e por contrato temporário de até dois anos, acabando com a estabilidade e implementando a lógica da rotatividade, típica do setor privado, comprometendo a continuidade e qualidade do atendimento" (Bravo, Meneses, 2011, p.23).

além das tentativas de ajuste fiscal, dos evidentes escândalos de corrupção e processo de *Impeachment*.

No governo de Michel Temer[51], instituído a partir de um golpe parlamentar[52], é importante frisar que houve intensificação das políticas neoliberais com reformas trabalhistas, a exemplo da retração de direitos e regulação privada do trabalho em detrimento a regulação pública. Neste período do governo Temer houve congelamento de recursos orçamentários para as políticas sociais por 20 anos, a constitucionalização do ajuste fiscal, assegurada em 2016 pela aprovação da Emenda Constitucional 95 que estabeleceu o teto de gastos sociais para liberar recursos para o pagamento da dívida pública (Dutra, Lima, 2023; Correia, 2022).

Temer também aprovou a Emenda Constitucional 93 que alterou o financiamento da Seguridade Social implicando ainda mais no desfinanciamento das políticas sociais (Correia, 2022), aprofundou contrarreformas, alterando a gestão com incentivos a parcerias público-privadas, acelerando o desmonte das políticas públicas e universais. Além disso, foi um governo que propôs planos de saúde mais acessíveis ao invés de investimentos diretos no SUS, e que promulgou muitas portarias que revelaram retrocessos na política de saúde mental e na Política Nacional de Atenção Básica (Bravo, Pelaez, Pinheiro, 2018).

Quanto ao período do governo de Jair Bolsonaro[53], um governo que segundo alguns estudiosos, articulou ideias neoliberais ao neofacismo[54], assumindo uma agenda de defesa ao

---

[51] Michel Miguel Elias Temer Lulia governou de 2016 a 2018, paulistano, advogado e professor, foi deputado constituinte e exerceu o mandato de deputado federal por seis legislaturas, todos pelo PMDB. Temer foi eleito três vezes para Presidência da Câmara dos Deputados (1997, 1999 e 2009). Na condição de presidente da Câmara, assumiu a Presidência da República interinamente por duas vezes: em 1998 e em 1999. Em 2010, candidatou-se a vice-presidente na chapa encabeçada por Dilma Rousseff. Em 2014, foi reeleito na mesma coligação. Como vice-presidente, chefiou missões internacionais e presidiu dois fóruns de discussões com os governos da China e da Rússia. Também coordenou o Plano Estratégico de Fronteiras para combater ações criminosas nos mais de 16 mil quilômetros de fronteira brasileira. Após a abertura de processo de *impeachment* pelo Senado e o afastamento Dilma Rousseff, no dia 12 de maio de 2016, Michel Temer assumiu interinamente a Presidência da República (Câmera dos Deputados, 2016, p.1).

[52] Muitos estudiosos como Correia, Bravo, Medeiros e outros defendem esta expressão "golpe", porque já no governo Dilma Rousseff, seu Vice, Michel Temer do PMDB já era favorável a um projeto de governo com amplo ajuste fiscal e prioridades ao setor empresarial e de serviços privados, a exemplo disto, está a publicação do documento "Uma Ponte para o Futuro" elaborado pelo partido PMDB e a Fundação Ulisses Guimarães, que apresenta entre os argumentos para sua adesão o envolvimento do setor privado. "Como mostrou o relatório do Fórum Econômico Mundial, nosso ambiente de negócios não é favorável e vem deteriorando-se com o tempo. Recriar um ambiente econômico estimulante para o setor privado deve ser a orientação de uma política correta de crescimento. Tudo isto supõe a ação do Estado [...] Em segundo lugar, o Estado deve cooperar com o setor privado na abertura dos mercados externos, buscando com sinceridade o maior número possível de alianças ou parcerias regionais [...]" (PMDB, Fundação Ulisses Guimarães, 2015). Ou seja, Temer já defendia uma proposta de governo bem diferente da proposta defendida pelo Partido dos Trabalhadores do qual Dilma Rousseff fazia parte.

[53] Jair Bolsonaro, militar, governou de 2019 a 2022. "Considerado até então um político de segundo escalão no cenário federal, ganhou popularidade e foi eleito Presidente da República a partir de um discurso que mobiliza o

"desmonte da proteção social, de austeridade e de desproteção ao trabalho, fortemente associada ao anti sindicalismo" (Dutra, Lima, 2023, p. 1780). Foi o governo que se observou o maior desmonte do SUS. Aqui não se evidenciou o subfinanciamento, foi evidente o desfinanciamento, muitos cortes orçamentários dificultaram a efetivação das políticas públicas de saúde e consequentemente bastante incentivos a políticas voltadas a planos/serviços privados de saúde, manutenção de hospitais psiquiátricos, incentivo às "comunidades terapêuticas", apoio a indústria das armas, do tabaco, do setor do agronegócio com alterações nos valores de tributação. Resultando em um governo de maior precarização das condições de vida e saúde da população (Weiller, 2019).

No governo Bolsonaro os impactos na saúde favoráveis à privatização já começam a ser percebido pela escolha dos Ministros de Saúde, o primeiro Luiz Henrique Mandetta tinha fortes vínculos com os planos privados de saúde, inclusive foi presidente da Unimed, fazia críticas ao acesso universal e a gratuidade do SUS, defendia a coparticipação da população usuária e a privatização da Atenção Primária (Correia, 2022). Os demais ministros, Teich, Pazuello e Queiroga não foram diferentes em relação à defesa do setor empresarial, e das relações de mercado.

Foi um governo atravessado pelos impactos de uma pandemia em que se desejava aprovar uma Política Nacional de Saúde Suplementar para o enfrentamento da Covid-19. Estes desejos a favor do terceiro setor acabaram sendo suprimidos pelas críticas e manifestações à criação desta política. "A melhor resposta à pandemia não veio do setor privado e muito menos dos planos de saúde, mas do SUS" (Correia, 2022, p. 84).

Em 2023 reassume o governo executivo, o ex-presidente Luiz Inácio Lula da Silva, em uma eleição acirrada frente à popularidade de Jair Bolsonaro. Até o momento atual observei

---

descontentamento social traduzido no antipetismo e no apelo do combate à corrupção, centrado numa semântica de combate ao 'inimigo' constituída pela operação Lava-jato. Esse mesmo discurso mesclava apelos ao tradicionalismo (entendido como saudosismo em relação a um passado conservador representado pela Ditadura Militar e pela moralidade da família brasileira) e a promessa de adoção de uma agenda econômica neoliberal, em flerte aberto com os interesses do grande capital, mas também ancorado na mobilização do discurso do sujeito-empresa ou do sujeito-empreendedor, em oposição a uma perspectiva de proteção dos vulneráveis [...]" (Dutra, Lima, 2023, p. 1773).

[54] "É importante afirmar que a categoria neofascismo, como caracterização do regime político, do governo ou de elementos de um determinado governo desperta divergências teóricas. Não se pode deixar de mencionar, contudo, que embora o manejo da referida categoria seja considerado com mais reserva por alguns autores e de forma mais assertiva por outros, sobretudo no caso brasileiro observou-se, com a pandemia, um deslocamento consistente desses entendimentos, tendo em vista que os atos do presidente Jair Bolsonaro – incitação ao contágio, negacionismo científico, invocação do sacrifício em prol da economia e do nacionalismo, política de morte – revelaram não apenas um flerte com elementos fascistas, sobretudo em sua matiz neoliberal, como também, é impressionantemente, o manejo de elementos do fascismo histórico, na observação atualizada de Mattos (2020) e de Cavalcante (2021)" (Dutra, Lima, 2023, p. 1780).

mudanças consideráveis no andamento das políticas de saúde, que apesar de serem análises ainda que superficiais e precoces sobre seus impactos, para a política de saúde mental identifico muitas alterações significativas que trataremos mais detalhadamente em seções posteriores. “Lula, ascende à presidência depois do país presenciar quatro anos da extrema-direita no poder, com forte discurso pautado em nacionalismo religioso, anticomunismo e antiglobalismo” (Saraiva, Marino de Sant’Anna Reis, 2023, p.61).

Retomam no governo Lula as negociações da política externa brasileira que no governo anterior foi esquecida, na defesa das Nações Unidas, da cooperação com os países africanos, da integração na América Latina e da urgente ação mundial ao combate à fome. Retomam ainda orientações do Conselho de Direitos Humanos das Nações Unidas apoiando os direitos de minorias, defendendo em seus discursos a igualdade de gênero, étnica e racial, voltando a discutir problemas ambientais (Saraiva, Marino de Sant’Anna Reis, 2023).

Na saúde em específico o grande desafio do governo Lula de 2023 nos seus 100 primeiros dias de mandato foi “a retomada do processo de consolidação do Sistema Único de Saúde para a efetivação de seus princípios constitucionais de universalidade, integralidade, descentralização, equidade e participação social interrompido no último governo” (Giovanella *et al*, 2023, p.111). Foi necessário ratificar a importância do Ministério da Saúde (que se fragilizou após mudanças sucessivas de ministros no governo anterior) e em seguida resgatar discussões e normativas institucionais e orçamentárias (aumento do repasse para a saúde) favoráveis ao SUS, restaurando-se a saúde pública em bases científicas (retomada do Programa Nacional de Imunização) e a valorização do diálogo com os gestores estaduais e municipais nos espaços de negociação tripartite e com o Conselho Nacional de Saúde (Giovanella *et al*, 2023).

Enfim, todos os aspectos aqui mencionados em cada governo impactam diretamente na efetivação do SUS, e, por conseguinte nas ações de apoio matricial, seja pela contenção de investimentos neste setor ou na incompreensão de uma política de saúde articulada e integral.

Mas, é importante destacar que em todos os governos as conquistas citadas foram alcançadas pela mobilização dos movimentos de lutas da saúde, e não necessariamente por embates originários dos governos. Assim como no final dos anos 1970 o movimento dos trabalhadores da saúde, juntamente com a população, impulsiona a criação do SUS¸ os trabalhadores da Saúde mental indignados com as condições precárias de assistência a pessoas em sofrimento psíquico criam o Movimento da Luta Antimanicomial, que realizavam fortes debates e denúncias aos maus tratos ocorridos nas instituições psiquiátricas hospitalocêntricas.

A partir de então, inicia-se a defesa de um modelo de saúde à pessoa em sofrimento psíquico baseado na reforma psiquiátrica democrática ocorrida na Itália, liderada por Franco Basaglia, em defesa de serviços abertos, de base comunitária, com equipes multiprofissionais e de caráter substitutivo ao hospital psiquiátrico iniciando-se assim o processo de Reforma Psiquiátrica[55] no Brasil (Amarante, 2007).

Porém os avanços consideráveis na política de saúde mental só ocorreram após a promulgação da Lei 10.216 no ano de 2001, após 11 anos de sua elaboração, que dispunha da proteção e direitos das pessoas com transtornos mentais e do redirecionamento no modelo de assistência à Saúde Mental dentro dos princípios do SUS (Lamenha *et al.*, 2015). A partir de então, criam-se dispositivos de fiscalização para a diminuição dos leitos em hospitais psiquiátricos como o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH) e portarias de incentivo para abertura de CAPS como a de nº 336/2002.

Um pouco depois em 2011, se estabelece a rede de atenção psicossocial através da portaria 3.088, que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS esclarecendo quais os dispositivos que a compõe quando precisam ser acionados, orientando-se que o cuidado deve ser compartilhado em todos os níveis de atenção à saúde e em diversos serviços para que de fato seja resolutivo e integral.

Com a política de saúde mental voltada para abertura de serviços substitutivos ao modelo asilar, e com o incentivo à assistência territorial que dialoga com a atenção básica, percebe-se que é possível oferecer suporte especializado em uma unidade de saúde que está lotada na comunidade. Ratificando-se a lógica de que quanto mais serviços e setores estiverem envolvidos no cuidado maior resolutividade pode ser estabelecida. Com isto emerge outra questão que precisa ser discutida, a importância da atenção à saúde localizada, ofertada no território e descentralizada, sob gerência do município.

[55] "Em muitos países da América Latina, como o Brasil e o Chile, o processo de Reforma Psiquiátrica teve seu início entre as décadas de 1970 e de 1990, sendo influenciado pelos desígnios da Psiquiatria Democrática Italiana e pelo contexto político de democratização do Estado. Esse processo se configurou como um movimento político, social e jurídico, propiciando transformações nas políticas públicas no âmbito da saúde mental, reforçando importantes ações de cuidado para melhoria efetiva da qualidade de vida das pessoas com sofrimento mental, como a desinstitucionalização e a participação dos familiares na terapêutica. [...] Se concretizou com a promulgação da Lei 10.216/2001, também chamada Lei Antimanicomial, que visa, entre outras coisas, a garantir a proteção e os direitos das pessoas portadoras de sofrimento mental por meio da ruptura com o modelo assistencial tradicional e à construção de um novo modelo científico, político e ético de cuidado" (Alves Silva *et al*, 2020, p. 382).

Com a expansão da capacidade de serviços de saúde, observa-se um aumento de estabelecimento de caráter municipal em relação ao crescimento estadual e federal nos últimos 20 anos, e isso se deve ao processo de descentralização da gestão do SUS ao longo do tempo, e o que reflete ao maior número de contratações de postos de trabalho nos serviços de saúde, principalmente na esfera municipal. Após a década de 1990 a gestão municipal assume a liderança dos empregos públicos resultando em aproximadamente um milhão de empregos no período de 2005, ou seja, eleva-se a participação em 68,8% no total de empregos públicos (Machado, Oliveira, Moyses, 2011).

Ainda se observa outra mudança, os investimentos que antes eram para o setor terciário da saúde, como os serviços hospitalares, após políticas públicas alavancadas pelo Ministério da Saúde como a Estratégia Saúde da Família e Saúde Bucal, agora passam a ser voltadas à atenção primária priorizando-se a assistência ambulatorial, com abertura de serviços territoriais em vez de serviços hospitalares, promovendo o início da "desospitalização" (Machado, Oliveira, Moyses, 2011).

Destarte, outro fator importante no processo de abertura de novos serviços é a possibilidade de contratação de profissionais com melhor qualificação, inclusive com maior formação de nível superior e formação profissionalizante como, por exemplo, a formação de técnicos e auxiliares de enfermagem através do PROFAE[56], o que também colabora para os serviços estarem funcionando com uma equipe de profissionais de diversas áreas, proporcionando cada vez mais a interdisciplinaridade, característica favorável à nova política de saúde (Machado, Oliveira, Moyses, 2011). Enfim, toda essa mudança de contexto a partir dos anos 1990 foi fundamental para a municipalização dos serviços que apesar de ocorrer em anos recentes, ela vem sendo estimulada antes mesmo da consolidação do SUS.

> O intenso processo de municipalização dos serviços de saúde que se inicia com as Ações Integradas de saúde (AISs), em 1983, se aprofunda com a criação do Sistema Único e Descentralizado de Saúde (Suds), em 1987, e se consolida nos anos de 1990 coloca, para as forças políticas que se reúnem em torno do projeto da Reforma Sanitária, novos desafios no que diz respeito ao perfil do trabalhador necessário para viabilizar a premissa estabelecida constitucionalmente de que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, baseada nos princípios de universalidade, equidade e integralidade (Matta, Lima, 2008, p. 09)

Apesar de o governo federal ser o órgão máximo das decisões políticas sobre o andamento das políticas públicas, a constituição de cada Federação define as competências

[56] Programa de Formação de Trabalhadores na área de Enfermagem – PROFAE, que tinha como objetivo transformar os antigos atendentes de enfermagem (informais e de baixa qualificação) em técnicos de enfermagem plenamente legitimados (Machado, Oliveira, Moyses, 2011, p. 110).

exclusivas e comuns sob a autoridade de cada esfera governamental. Não existe um único modelo de Federação, o que traz muitas diversidades entre as constituintes de cada nação.

> O federalismo é uma das mais antigas e sólidas instituições do Brasil republicano. Adotado na Constituição de 1891, permanece como uma das matrizes do nosso sistema político. Desde então, o país conviveu com grande variedade de arranjos federativos e experimentou regimes autoritários e democráticos. O federalismo enquanto instituição, contudo, sobreviveu às mudanças de regime político e aos contextos macroeconômicos. Se o federalismo brasileiro é resiliente do ponto de vista histórico, o papel das esferas de governo variou ao longo do tempo [...]. E os dirigentes estaduais só voltaram a adquirir visibilidade no cenário nacional com a chegada da covid-19. A pandemia tirou dos bastidores uma das muitas tensões inerentes a todo sistema federal, ou seja, a competição em torno de quem decide, quem coordena, quem implementa e quem financia as políticas públicas (Souza, 2023, p.95).

Ou seja, isso reflete no que percebemos hoje em relação à autonomia dos municípios, principalmente ao que se refere à omissão na elaboração de políticas locais, e exclusiva efetivação de políticas ministeriais. Há uma ausência de normativas locais que direcionem melhor a execução dos serviços, e isso se torna evidente nos municípios alagoanos, principalmente no período anterior à pandemia. Na pandemia estas questões tornaram-se evidentes principalmente quando os Estados precisaram tomar algumas iniciativas, segundo Souza (2023) no vazio deixado pelo governo federal, os governadores assumiram a liderança das medidas preventivas e coordenaram ações, desempenhando papéis de destaque.

É importante destacar que no "novo federalismo de 1988, os municípios foram ganhando espaço na distribuição de recursos, enquanto os estados o perdiam" (Souza, 2023, p. 100).

> A redemocratização trouxe a bandeira da descentralização política, fiscal e administrativa e da "restauração" do federalismo, todas contempladas na CF/1988, que mudou a distribuição de poder político entre os entes federados, por meio da universalização da eleição popular para todos os níveis de governo; alterou o regime tributário, pelo aumento dos recursos para as esferas subnacionais *vis-à-vis* a União; e modificou a divisão das atribuições administrativas, pela introdução de novas competências concorrentes. A descentralização para as esferas subnacionais se tornou um importante item da agenda da redemocratização e foi o resultado de um momento histórico em que os constituintes tiveram que optar entre dois modelos de democracia: um, mais majoritário, e outro, mais consociativo, com o último prevalecendo. Ela também significou a reintrodução do federalismo como um dos sistemas de freio e contrapeso a um governo central forte, tal como concebido pelos países fundadores da nação norte-americana. Esta decisão, no entanto, gerou um paradoxo, que viria a ser atenuado nos anos 1990: reconhecia-se, naquele momento, que o país tinha uma agenda de problemas que requerem políticas nacionais, mas deslocou-se parcela considerável de recursos financeiros para as esferas subnacionais (Souza, 2023, p.100).

Mas, o município não incorporou a cultura de gestão diretiva e focalizada em busca de maior resolutividade, mesmo com o acréscimo da receita municipal. Porém nota-se a necessidade de os municípios resolverem questões recorrentes de saúde, e aqui em evidência de saúde mental já que é uma temática que acomete toda a população conforme detalhamento de estatísticas em seções anteriores desta tese. Com o intuito de atender as necessidades da população e reduzir os índices de adoecimento/sofrimento nos municípios que atuam.

Enfim, muitos desafios estão presentes na organização do SUS, desde a implementação das metodologias mais participativas às influências políticas nas três esferas governamentais e do controle social para que de fato o matriciamento seja possível. Nesta pesquisa, busquei as particularidades do estado de Alagoas para entender as determinações gerais e específicas deste processo, como mostraremos mais adiante.

3 O MATRICIAMENTO COMO ESTRATÉGIA DE ARTICULAÇÃO ENTRE SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL E DE ATENÇÃO PRIMÁRIA NO BRASIL EM MUNICÍPIOS DE ALAGOAS

Nesta seção aprofundarei o estudo sobre o matriciamento como estratégia de articulação entre os serviços especializados em saúde mental e os serviços de atenção primária instalados no território para a efetivação do cuidado à saúde mental de forma universal, equânime e integral conforme define a política de saúde brasileira, nos princípios norteadores do SUS. Sendo assim, estudar os impactos da organização dos serviços de saúde que realizam o matriciamento em saúde mental nos municípios alagoanos foi de extrema importância para averiguar as interferências que o Estado e os modelos de gestão provocam na realização do apoio matricial em Alagoas.

Para isto, a seção foi composta por três subitens: *3.1 O matriciamento na história do SUS e os princípios que o regem*, em que o abordo desde sua gênese até os dias atuais, pontuando as mudanças regimentais ocorridas ao longo do tempo e as orientações para sua implementação às equipes matriciadoras; *3.2 O matriciamento no contexto de organização do SUS nos municípios alagoanos*, em que apresento os dados de sua aplicação nos municípios alagoanos, bem como a gestão e estrutura organizativa e regimental para tal efetivação local; e *3.3 O debate sobre obstáculos e desafios ao matriciamento no SUS*, em que apresento um levantamento bibliográfico sobre os obstáculos encontrados pelas equipes matriciadoras e gestores de diversos municípios brasileiros à implantação e efetivação desta ação em saúde mental.

3.1 O matriciamento na história do SUS e os princípios que o regem

O matriciamento surgiu no SUS como uma das alternativas para melhorar a qualidade do cuidado à saúde na perspectiva ampliada e multiprofissional ao considerar os princípios da universalidade de acesso e integralidade da assistência. Isso porque mesmo com o efetivo progresso nas diretrizes após a Declaração de Alma-Ata[57] em 1978, e determinações da atenção primária como prioritária nas políticas públicas de saúde a serem traçadas pelos países, os sistemas de saúde ainda continuam funcionando sob uma organização culturalmente voltada à resolução curativa de problemas agudos de saúde, o que tem gerado um grande desafio ao desenvolvimento de uma assistência que seja contínua e que abranja uma assistência para além de cuidados pontuais (Bonfim *et al.*, 2013).

Preocupações expressas em níveis internacionais, resultantes de elevados índices de sofrimento que vem acometendo a população mundial e preocupando cada vez mais os órgãos de gestão pública. Nos últimos anos, os problemas de saúde mental têm se tornado a principal causa de incapacidade e morbidade nas sociedades atuais. As taxas de prevalência referente ao transtorno mental no decorrer da vida para um adulto têm variado entre 12,2% a 48,6%, sendo tais doenças, responsáveis por 14% das incapacidades, ocupando cerca de 30% da carga total das doenças não transmissíveis e quase três quartos do fardo global com relação à doenças neuropsiquiátricas (World Health Organization, 2008). Mais de 800 000 pessoas morrem por suicídio todos os anos, sendo uma morte a cada 40 segundos (World Health Organization,World Organization of Family Doctors, 2014).

Neste sentido, no Brasil se tem investido em algumas políticas, como: a Política de Atenção Primária à Saúde (APS) tendo a Estratégia Saúde da Família (ESF) organizadora deste nível de atenção, a Política de Saúde Mental com estímulo a reversão de um modelo

[57] Documento resultante da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, reunida em Alma-Ata expressa a necessidade de ação urgente dos governos para promover a saúde de todos os povos do mundo, enfatizando que a saúde é um estado de completo bem estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade, e que é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de outros setores sociais e econômicos, além do setor da saúde. Este documento também traz que a desigualdade existente no estado de saúde dos povos é objeto da preocupação comum de todos os países. Que a promoção e proteção da saúde dos povos são essenciais para o contínuo desenvolvimento econômico e social, à melhoria da qualidade de vida e paz mundial. E que uma das principais metas sociais dos governos, das organizações internacionais e de toda a comunidade mundial até 2000, era atingir um nível de saúde favorável à vida social e economicamente produtiva. Os cuidados primários de saúde, neste documento, constituíram-se na ferramenta para que estas metas fossem alcançadas direcionando a necessidade de reformulações políticas, principalmente na mobilização de recursos internos e externos disponíveis, inclusive naqueles recursos atualmente gastos com armamentos e conflitos militares (Declaração de Alma-Ata, 1978).

centrado no hospital psiquiátrico para uma rede de serviços substitutivos a este, a Política Nacional de Humanização e as estratégias de mudanças no sistema vinculadas a esta; e a Política Nacional de Educação Permanente (Bonfim *et al*, 2013). E juntamente a estas políticas e algumas estratégias o matriciamento surge como mais uma possibilidade.

Desde 2002, o Ministério da Saúde brasileiro tem estimulado ações de saúde mental articulado à atenção primária (que mais tarde seriam denominadas de apoio matricial), como uma atividade a ser realizada pelos trabalhadores dos serviços CAPS e Nasf (a partir de 2008), como um cuidado colaborativo, resolutivo e interdisciplinar, formulado por Gastão Wagner Campos (1999) em nosso país na perspectiva de clínica ampliada com a construção de projetos terapêuticos singulares, fortalecendo a educação permanente nos serviços (Brasil, 2011a).

Esta nova proposta de realizar ações em saúde visa transformar a lógica tradicional dos sistemas de saúde embasados nos encaminhamentos, nas referências e contra referências, nos protocolos e centros de regulação, por ações que integrem os componentes e seus saberes nos diferentes níveis assistenciais, deste modo, o apoio matricial em saúde mental na atenção primária pode ser entendido como um suporte técnico especializado oferecido por uma equipe matriciadora composta por especialistas em saúde mental, ofertado a uma equipe multiprofissional de referência, composta por profissionais da atenção primária (Brasil, 2011a).

Este apoio matricial, também conhecido como matriciamento, tornou-se uma ferramenta fundamental à transformação da política de saúde mental no Brasil, orientada à assistência em rede, sob princípios da integralidade, universalidade e acessibilidade. Proposta transformadora de metodologia de trabalho necessária diante dos elevados índices referente ao adoecimento mental em todo mundo proveniente de condições sociais e econômicas vulneráveis, relações de exploração do trabalho, inversão de valores culturais, e mudanças no estilo de vida[58] (Iglessias, Avellar, 2014).

O problema da saúde deixou de ser unilateral para uma dimensão multifacetada, já que promover qualidade de vida é investir no território em que se vive, se relaciona, e se produz o sustento; neste sentido, propostas de uma clínica ampliada que percebe entenda o sujeito como singular, autônomo e capaz de dar sentido a sua própria vida passa a ser prioridade nas

[58]Com as mudanças no contexto histórico, social e econômico do mundo, os modos de vida são alterados cotidianamente, bem como suas relações de trabalho. Os vínculos familiares e a rede de amigos parecem que estão perdendo seus valores no mundo regido pela competição, consumismo e insegurança gerada pela instabilidade do vínculo empregatício, em que questões subjetivas acabam como demandas reprimidas.

políticas de saúde em todo o mundo, apesar do enorme desafio que as nações encontram para instituí-la.

Elevadas taxas de mortalidade, baixa expectativa de vida, pouca articulação entre redes de saúde, e quantitativo reduzido de profissionais qualificados na rede de atenção primária capazes de intervir precocemente nas condições de saúde da população, somado à elevada procura de serviços especializados e baixo acesso aos serviços em tempo hábil, foram determinantes para a Organização Mundial pontuar estas disparidades como desafios para o milênio (Treichel, Campos, Campos, 2019; Golveia *et al.*, 2021).

Na busca por reduzir os impactos destas questões, dispositivos de integração de rede que estimulam a articulação entre os profissionais da Atenção Primária e os especialistas seriam uma solução. Experiências ocorridas na Austrália de cuidado compartilhado *(shared care*) e no Canadá de cuidado colaborativo (*collaborative care*), além de experiências no Reino Unido, Irlanda e Espanha, através do planejamento e acompanhamento multiprofissional de projetos terapêuticos com práticas mediadas por arranjos organizacionais coordenados pela atenção primária (Treichel, Campos, Campos, 2019) foram exemplos de modelos assistenciais comprovadamente eficazes em relação a tratamentos convencionais (Saraiva *et al*,2020).

Assim como experiências no âmbito mundial, no Brasil surge esta proposta do apoio matricial em 1990 por iniciativa dos profissionais da saúde mental do Sistema Único de Saúde no município de Campinas no estado de São Paulo, em que se incentivou a reestruturação da atenção à saúde mental articulada à atenção primária conforme orientações contidas na Declaração de Caracas (Treichel, Campos, Campos, 2019; Iglessias, Avellar, 2014; Gonçalves, Peres, 2018). Iniciativa que ganha força no Brasil a partir de 2001 quando a Coordenação Nacional de Saúde Mental discute o Plano Nacional de Inclusão das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica (Iglessias, Avellar, 2014).

O apoio matricial origina-se etimologicamente de palavras que inferem suporte e soluções encontradas sob diversas direções, como ocorre na matriz matemática (Garcia *et al*, 2017). É uma forma articulada e resolutiva de intervenção clínica-pedagógica e terapêutica em que os níveis de assistência primária e especializada assumem compartilhamento nos cuidados com o usuário evitando-se o encaminhamento formal (Treichel, Campos, Campos, 2019; Iglessias, Avellar, 2014; Araújo, 2019; Golveia *et al.*, 2021; Gonçalves, Peres, 2018).

> Matriciamento ou apoio matricial é um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica. No processo de integração da saúde mental à

> atenção primária na realidade brasileira, esse novo modelo tem sido o norteador das experiências implementadas em diversos municípios, ao longo dos últimos anos. Esse apoio matricial, formulado por Gastão Wagner Campos (1999), tem estruturado em nosso país um tipo de cuidado colaborativo entre a saúde mental e a atenção primária (Chiaverini *et al.*, 2011, p. 13).

Deste modo a proposta brasileira de apoio matricial ultrapassa as executadas por outros países, ela incorpora "o compromisso com a construção de relações democráticas a partir da cogestão e da construção compartilhada do cuidado" (Treichel, Campos, Campos, 2019, p. 09), ou seja, os profissionais da atenção primária facilitam a participação ativa do usuário na elaboração de seu plano terapêutico. Por isso, alguns autores defendem o apoio matricial como uma proposta genuinamente brasileira e que importar soluções estrangeiras podem não corresponder ao contexto local vivenciado diante das particularidades de cada sistema de saúde adotado (Gonçalves, Peres, 2018; Lima, Gonçalves, 2020).

Para Campos (2013), é preciso desconstruir a forma de gestão autocrática hegemônica durante décadas, para uma gestão democrática em que, os poderes sejam diluídos e os trabalhadores e usuários dos serviços de saúde, possam também os assumir.

No entanto, a existência de espaços formais, não é a garantia para que a gestão seja coletiva e ocorra a diluição dos poderes. Campos (2013) aposta no método da roda que é a construção e funcionamento de espaços coletivos, para ele, "o Método da Roda aposta na possibilidade de se instituir sistemas de cogestão que produzam tanto compromisso e solidariedade com o interesse público, quanto capacidade reflexiva e autonomia dos agentes da produção" (Campos, 2013, p.18).

No método da roda tenta-se combinar o compromisso social com a liberdade, porém esta liberdade pode ser um empecilho se não for interpretada de forma correta e se os valores ético-culturais não favorecerem uma visão positiva ao desenvolvimento coletivo da sociedade, em que há possibilidade de manipulações a favor de alguns interesses. Seria o grande viés a esta "liberdade" ou a expressão da subjetividade. Entretanto, não existe a possibilidade de fluir processos criativos se a subjetividade for tolhida. "Exorcizá-la [a subjetividade], seria, portanto, condenar pessoas à uma objetividade submissa ao mundo e à vontade alheia" (Campos, 2013, p. 25).

Entretanto, o Método da Roda opera no "Coletivo Organizado para a Produção[59] e não, como na administração tradicional, com a coisa 'Organização'" (Campos, 2013, p. 25).

[59] "Coletivos Organizados para a Produção são todos aqueles agrupamentos humanos articulados com alguma finalidade produtiva, com objetivos a serem cumpridos e com tarefas mais ou menos explícitas. É evidente que dentro desse conceito cabem desde uma família - fundada para garantir a sobrevivência, física e emocional de um agrupamento - até movimentos, bandas de música, escolas, hospitais e fábricas. Mas esta é a ideia mesmo. A

Ou seja, com este método o coletivo passa a ter voz e ação, sendo atores no processo de produção seja de bens e serviços, ou de sua própria constituição, seria a possibilidade de atuar democraticamente (Campos, 2013). Para isto é necessário compreender o que seria democracia para Campos:

> A democracia é, pois, um produto social. Depende da correlação de forças, do confronto entre movimentos sociais e poderes instituídos. Depende da capacidade social de se construir espaços de poder compartilhados: rodas. A existência desses espaços é um sinal de democracia. A democracia é, portanto, a possibilidade de exercício do Poder: ter acesso a informações, tomar parte em discussões e na tomada de decisões. A democracia é, ao mesmo tempo, uma construção é uma instituição. A democracia inscreve-se nas relações econômicas, políticas e sociais. Democracia refere-se à possibilidade de alteração dos esquemas de dominação, à produção de novos contratos e à construção de nova hegemonia (Campos, 2013, p. 32).

Construir uma instituição democrática depende da política, das relações entre dominantes e dominados, das alianças, dos poderes instituídos (inclusive micropoderes), das capacidades de produzir, e de co-produzir necessidades sociais, compromissos e contratos (Campos, 2013). E deste modo, o método da roda "aposta na democracia institucional não somente como um meio para impulsionar mudanças sociais, mas como um fim em si mesmo" (Campos, 2013, p. 33).

Neste método de cogestão, há a capacidade ampliada de direção, entre várias pessoas e não somente entre sua cúpula, possibilitando a composição de consensos, alianças e implementação de projetos. "Cogovernar é tarefa inerente a todos os membros de uma equipe de trabalho" (Campos, 2013, p.34). A cogestão tem a relevância tanto quanto a produção de bens e serviços, é uma forma também de desburocratizar o serviço Estatal, mas para que de fato isso seja possível, reformulações políticas e investimento em tecnologias relacionais, precisam ser feitas. É este modelo de gestão que é muito favorável ao desenvolvimento do apoio matricial.

No entanto, neste novo modo produtor de saúde com a adesão do método de cogestão, há limitações na fundamentação teórica respaldada nas explicações macropolíticas do sistema. O modelo ampliado de cogestão acaba concentrando-se em justificativas e perspectivas conceituais e filosóficas da micropolítica, nas relações de micropoder de maior tendência a um marxismo estruturalista e dimensões éticas do cuidado baseando-se em filósofos Heidegger, Habermas e Ricoeur (Texeira, 2003; Malta, Merhy, 2003).

Organização – objeto de estudo da Administração e do Direito - seria apenas um dos tipos possíveis de Coletivo. Um Coletivo mais estruturado e organizado do que outros. Dentro de uma Organização podem funcionar vários Coletivos e a própria Organização pode ser vista como um Coletivo" (Campos, 2013, p. 26).

Na perspectiva da micropolítica, os processos de trabalho em saúde estão centrados no trabalho vivo. Para que esta lógica se efetive, há a necessidade segundo Franco e Merhy (2012) de reestruturações produtivas[60], como a criação e implementação de Programas Saúde da Família, formações na perspectiva de trabalho em equipes, o deslocamento do trabalho para o território, o incentivo ao trabalho de vigilância e promoção da saúde, políticas de humanização, apoio matricial entre outros. Porém se não houver mudança na compreensão do cuidado centrado no sujeito, o cuidado centrado em tecnologias duras e leve-duras continuarão a predominar.

No método da Roda a constituição do Sujeito e dos Coletivos é estimulada a partir da elaboração de Planos comprometidos, ou projetos com objetivos e metas definidos, em que a subjetividade e as relações sociais passam a ser consideradas, desejos e vontades incluídos. Na roda as ações propostas precisam ser singulares, resultantes de reuniões interdisciplinares e com a participação do sujeito. Com "a Roda" torna-se possível o apoio matricial e a gestão com base em colegiados (Campos, 2013).

Neste sentido, produzir saúde reforça a autonomia na reconstrução dos sujeitos,

> Quando o Sujeito elabora análises e age segundo a lógica de Projetos ou da Cogestão, obriga-se a considerar as limitações do contexto e as restrições impostas pelo interesse alheio. E a prover meios que possibilitem a passagem daquilo desejado, ou necessitado, à condição de fruição prática (Campos, 2013, p. 75).

Essa centralidade no sujeito, também se expressa no trabalhador, pois o trabalho tem o potencial de também atender as necessidades dos próprios produtores. Tanto lhes garantindo a sobrevivência (uma remuneração), quanto lhes propiciando realização pessoal (Campos, 2013). O trabalhador possui uma história de vida singular, com posicionamentos políticos distintos sob influência da profissão escolhida, área ou local de trabalho (Emerich, Onocko-Campos, 2019).

Deste modo as subjetividades são distintas, os valores e interesses do sujeito que recebe os cuidados são diferentes dos trabalhadores que o prestam, e por isso a cogestão destes interesses é tão necessária.

[60] "A reestruturação produtiva, que é um processo instituinte no modo de produção do cuidado, pode ou não se constituir como uma nova modelagem tecnoassistencial para a saúde. Se ocorrer de fato a mudança almejada, nomeamos a isto uma Transição Tecnológica, ou seja, o modelo produtivo transita para um novo patamar, ele faz uma ruptura instituindo práticas centradas no trabalho vivo, e nas tecnologias relacionais" (Franco, Merhy, 2012, p. 157).

> Assim, assistência à saúde é potencialmente um Valor de Uso para os pacientes. O Desejo e Interesse dos profissionais centram-se, em geral, em sua própria sobrevivência e realização pessoal. Que poderiam, mas não necessariamente, coincidir com a cura dos enfermos. Não morrer, aliviar o sofrimento, reabilitar-se, costumam ser desejos e interesses dos pacientes. Para os profissionais de saúde são necessidades sociais a serem atendidas para que se realizem e se justifiquem como trabalhadores da saúde (Campos, 2013, p. 68).

Mais uma vez ratificamos que as subjetividades se misturam apesar dos interesses divergentes. Campos reforça em seus escritos que, "precisamos trabalhar pelo salário, mas para também dar sentido e significado a nossa vida à sociedade em que vivemos" (2007, p.13). Caso a autonomia do trabalhador seja tolhida o trabalho se torna mecânico, ou seja, o controle das decisões sem o envolvimento necessário do trabalhador, usurpa-lhe o processo criativo. No processo de trabalho em saúde "a organização parcelar do trabalho, a fixação do profissional em determinada etapa de certo projeto terapêutico e a repetição mecânica de atos parcelares produzem alienação" (Malta, Merhy, 2003, p. 64-65).

Enfim, o trabalho realizado em saúde nestes aspectos abordados, não se diferencia daquele realizado em saúde mental, nem tampouco naquele que deve ocorrer às ações de apoio matricial, apesar de se tratar de uma específica área, mas que mantém os mesmos preceitos da saúde em geral norteada por um novo modelo de produção de vida. Trata-se da mesma produção de sentidos, vejamos:

> O trabalho na saúde e na Saúde Mental deve trazer consigo a possibilidade de produção de sentido para trabalhadores e usuários, em um interjogo que pode ser modulado por processos de cogestão que têm no coletivo maior possibilidade de democratização das relações e estabelecimento de contratos para lidar com os diferentes interesses, rumo à produção de valores de uso que a Reforma Psiquiátrica se propõe a alcançar (Emerich, Onocko-Campos, 2019, p.5).

Lidar com diferentes interesses é o ponto crucial para o trabalho em rede, em que as negociações serão constantes para a pactuação de metas. No método da roda há o entendimento de que as pessoas vivem em redes, e que precisam delas para dar sentido às suas vidas, deste modo, não há como intervir num processo de cuidar sem articulá-las. Para isto, "o engajamento político, a participação ativa na proposição, execução e avaliação de funcionamento dos equipamentos de saúde, da RAPS e do SUS devem ser molas do processo formativo de profissionais" (Emerich, Onocko-Campos, 2019, p.4). O trabalho em saúde mental precisa funcionar em redes de áreas, serviços, setores, e de profissionais para que a integralidade da assistência seja garantida.

Deste modo, o trabalhador da saúde e em especial o da saúde mental aprende a articular, dialogar, escutar e observar as situações em sua volta com mais humildade intelectual a fim de reduzir tensões e equalizar poderes, compreendendo que faz parte de um coletivo, e que suas vontades e desejos nem sempre irão prevalecer de modo individualizado.

O processo de trabalho ao apoio matricial ainda tem outra particularidade, ele só consegue avançar se for realizado de forma interdisciplinar, o que não se configura em perda de identidades profissionais, nem tão pouco a manutenção de um poder monopolizado entre os saberes específicos. Campos traz que:

> Nem a geleia geral de que todos fariam tudo, agentes sem distinção ou especificidade, nem a progressiva fragmentação do processo de trabalho decorrente da especialização burocrática. O Núcleo de responsabilidade de cada profissional indica uma identidade: o compromisso com certo saber e com um conjunto de práticas e de tarefas. O Campo é uma ampliação situacional do Núcleo, orientada pela necessidade de se cumprir objetivos acordados em um dado contexto, ou seja, a definição de Campo depende da existência de recursos (financeiros, técnicos, humanos, etc.). A cogestão do Campo e Núcleo é uma forma de assegurar, na prática, o trabalho interdisciplinar, discutindo e recompondo, de modo permanente, a distribuição de encargos e a circulação de saber dentro de uma Equipe (Campos, 2013, p. 235).

O apoio matricial é considerado uma estratégia de cogestão para organização do trabalho interprofissional que inicialmente era realizada pelos serviços CAPS, sendo de fato instituído a partir de 2003 com a edição da circular “Saúde Mental na Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários” incentivando a inclusão de ações em saúde mental na atenção primária (Iglessias, Avellar, 2014; Iglessias, Avellar, 2017) e publicação de portarias ministeriais. Destacando-se a portaria de implantação dos CAPS como a 336/2002 e a publicação do caderno *Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial* em 2004 que orientou os profissionais dos CAPS buscarem maior integração às equipes de atenção primária do território através do apoio matricial com atendimento conjunto, supervisão, capacitação e suporte aos casos mais complexos de adoecimento mental (Brasil, 2004; Gonçalves, Peres, 2018).

Entretanto, apesar de algumas iniciativas espalhadas pelo país, a proposta do apoio matricial se consolida com a criação dos Nasf, a partir da portaria ministerial de nº 154/2008 com as recomendações da presença de um profissional de saúde mental nestas equipes, e do serviço dar retaguarda clínico-assistencial e técnico pedagógico às equipes de Saúde da Família (Treichel, Campos, Campos, 2019; Iglessias, Avellar, 2014; Garcia *et al.*, 2017). É importante refletir que a instituição do Nasf representa a continuidade de equipes de saúde da família mínimas, seja na formação de seus membros, ou seja, quantitativamente, no entanto, a

necessidade desta estratégia tornou-se indispensável tendo em vista que mais de 70% das cidades brasileiras são de pequeno porte com população inferior ao número mínimo exigido à implantação de serviços CAPS, direcionando a oferta da assistência à saúde mental às equipes da Estratégia Saúde da Família (Garcia *et al*, 2017).

> A diferença entre o matriciamento do CAPS e o do NASF se dá, sobretudo, pelo fato de o CAPS ser um serviço especializado, enquanto o NASF é um núcleo de apoio que não se caracteriza como um serviço em local fixo. O CAPS identifica quais são os casos de saúde mental graves e persistentes e os assume, responsabilizando-se pelo cuidado; já o NASF atua como uma retaguarda, porém, com pouca condição de assumir a assistência específica, deixando grande parte dos casos que apresentam sofrimento psíquico sob responsabilidade das equipes de saúde da família (Klein, D'oliveira, 2017, p. 2-3).

Em suma, no apoio matricial a equipe apoiadora (equipe de especialistas de CAPS e Nasf na grande maioria, considerados matriciadores) dá suporte à equipe de referência (os profissionais da atenção primária, considerados matriciados) e conduz o caso, através de discussões e intervenções conjuntas. Deste modo, o matriciador opera para além de um supervisor, pois participa ativamente da terapêutica adotada. Podem ser matriciadores psicólogos, psiquiatras, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, assistentes sociais, educadores físicos que sejam especialistas na área, ou que possuam experiência prática em serviços de saúde mental como em CAPS (Chiaverini *et al.*, 2011; Gonçalves, Peres, 2018). Somada a isto, o apoio matricial foi um dos 23 indicadores e metas de 2017 até 2021 no Pacto Interfederativo brasileiro fundamentado pela Carta das Nações Unidas (Lima, Gonçalves, 2020).

No matriciamento também ocorre a capacitação dos profissionais da atenção primária em saúde mental, à medida que se compartilha cuidados, quando se realiza fóruns ou reuniões para discussão de casos e construção de Projetos Terapêuticos Singular (PTS), visitas domiciliares conjuntas, interconsultas e diversas outras estratégias em que todos os profissionais se tornam corresponsáveis pela busca dos resultados almejados. A interação dialógica entre os profissionais de diversas áreas configura-se como principal estratégia de redução à fragmentação da assistência especializada, e para que a atenção primária se instrumentalize o Ministério da Saúde aponta a Educação Permanente, como ferramenta ao apoio matricial (Iglessias, Avellar, 2014; Rezende *et al*, 2020; Araújo, 2019; Gonçalves, Peres, 2018).

O Apoio Matricial ratifica-se como uma metodologia de trabalho fundamental a estruturação da rede de saúde por meio de mudanças nas relações interprofissionais e entre os

atores sociais, além da necessária escuta qualificada, troca de saberes e equalização de poderes, por ser uma metodologia horizontal em que todos os saberes são valorizados, e que os profissionais precisam estar constantemente refletindo sobre suas práticas, que não devem ser cristalizadas, compreendendo que a assistência integral é alcançada no acompanhamento conjunto (Iglessias, Avellar, 2014; Rezende *et al.*, 2020; Araújo, 2019).

> Esse novo modo de produzir saúde situa-se dentro da perspectiva do pensamento construtivista que trabalha com a hipótese de uma eterna reconstrução de pessoas e processos em virtude da interação dos sujeitos com o mundo e dos sujeitos entre si. Essa capacidade se desenvolve no matriciamento pela elaboração reflexiva das experiências feitas dentro de um contexto interdisciplinar em que cada profissional pode contribuir com um diferente olhar, ampliando a compreensão e a capacidade de intervenção das equipes (Chiaverini *et al.*, 2011, p. 16).

Além disso, esta forma de trabalho coaduna com a ideia de que a pessoa precisa ser tratada em seu território, junto aos seus familiares, na busca de reduzir estigmas sociais sobre o adoecimento mental. Estudos resgatam que o trabalho realizado em reuniões multiprofissionais favorecem a compreensão e sensibilidade ao campo da saúde mental, esclarece estigmas e preconceitos culturalmente enraizados, aproximam profissionais generalistas à temática fazendo-os sentirem-se tão responsáveis quanto os especialistas, adquirindo mais segurança ao atender situações de saúde mental e por fim incluir em suas agendas ações a este público, na busca de reduzir estatísticas de que somente uma pessoa é atendida por uma equipe de saúde entre quatro que sofrem de transtornos mentais (Rezende *et al.*, 2020; Golveia *et al.*, 2021; Chiaverini *et al.*, 2011).

A proposta do apoio matricial transforma a lógica tradicional, burocrática e biomédica dos sistemas de saúde pautados em protocolos de encaminhamento, referência e contra referências que dificultam o acesso direto do usuário aos profissionais ou serviços, buscando através de uma rede maior resolutividade a situação. É importante destacar que a situação pode se resumir a discussões voltadas a casos individuais ou familiares, como também a casos coletivos envolvendo grupos, ou uma determinada área do território (Chiaverini *et al.*, 2011).

Sendo assim, todo o trabalho do apoio matricial operacionaliza-se através da metodologia de Cogestão de Coletivos idealizada por Gastão Wagner de Souza Campos (2000) que favorece a democratização da gestão nas organizações incentivando à participação dos sujeitos na gestão e nos processos de trabalho, articulando-se saberes e práticas de diversos campos da saúde, política, administração, psicanálise e da pedagogia (Campos, 2013; Cunha, Campos, 2010). Entretanto este trabalho coletivo parece ainda confuso na consolidação desses arranjos, resultando em muitas dúvidas e inseguranças dos profissionais

ao executarem suas ações, apesar da compreensão que a falta de evidentes definições limite adaptações às diversas situações (Treichel, Campos, Campos, 2019).

Enfim, todas estas questões precisam ser consideradas para que a cogestão favoreça o matriciamento em saúde mental. No entanto, como essa gestão de serviços pode ser percebida no âmbito de uma gestão municipal, que segue uma orientação guiada pelos poderes estaduais sob normatizações federais? Como tem se constituído as normativas para a prática do matriciamento?

3.1.1 Normativas da política de saúde relacionadas à saúde mental e ao matriciamento no contexto brasileiro até o ano de 2017

Iniciarei a compreensão destas mudanças para a saúde mental um pouco antes de 2017, quando os serviços de saúde funcionavam sob orientação da portaria 3088/2011 que estabelecia a Rede de Atenção Psicossocial constituída pelos seguintes componentes: Atenção Básica em Saúde; Atenção Psicossocial Especializada; Atenção de Urgência e Emergência; Atenção Residencial de Caráter Transitório; Atenção Hospitalar; Estratégias de Desinstitucionalização; e Reabilitação Psicossocial (Brasil, 2011b).

Um pouco depois, em 2013, esta portaria 3088/2011, sofreu alguns acréscimos na redação original e passou a ser republicada detalhando-se as equipes que fariam parte de cada componente.

> Art. 5º A Rede de Atenção Psicossocial é constituída pelos seguintes componentes:
> I – Atenção Básica em saúde, formada pelos seguintes pontos de atenção:
> a) Unidade Básica de Saúde:
> 1. Equipes de Atenção Básica;
> 2. Equipes de Atenção Básica para populações específicas:
> 2.1. Equipe de Consultório na Rua;
> 2.2. Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório;
> 3. Núcleos de Apoio à Saúde da Família – Nasf
> b) Centros de Convivência e Cultura;
>
> II – Atenção Psicossocial, formada pelos seguintes pontos de atenção:
> a) Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades;
>
> III – Atenção de Urgência e Emergência, formada pelos seguintes pontos de atenção:
> a) SAMU 192;
> b) Sala de Estabilização;
> c) UPA 24 horas;
> d) Portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro em Hospital Geral;
> e) Unidades Básicas de Saúde, entre outros;
>
> IV – Atenção Residencial de Caráter Transitório, formada pelos seguintes pontos de atenção:
> a) Unidade de Acolhimento;

> b) Serviços de Atenção em Regime Residencial;
>
> V – Atenção Hospitalar, formada pelos seguintes pontos de atenção:
> a) Leitos de psiquiatria em hospital geral
> b) Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral);
>
> VI – Estratégias de Desinstitucionalização, formada pelo seguinte ponto de atenção:
> a) Serviços Residenciais Terapêuticos; e
>
> VII – Estratégias de Reabilitação Psicossocial
> a) Iniciativas de trabalho e geração de renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais (Brasil, 2013c).

Diante destes componentes supracitados, os serviços matriciadores em saúde mental na rede de atenção psicossocial seriam o Nasf na assistência em nível primário de complexidade (principalmente pela recomendação de ter na equipe um profissional de saúde mental)[61], e o CAPS em nível secundário. Entretanto, com a publicação da nova Política Nacional de Atenção Básicas (PNAB) (Brasil, 2017d), das portarias de consolidação nº 3/2017 e 6/2017 (Brasil, 2017b; Brasil, 2017c) e da portaria nº 2979/2019 que institui o Programa Previne Brasil (Brasil, 2019a), muitas alterações começam a surgir para estas equipes de apoio matricial, principalmente em nível primário.

No final do ano de 2017, ocorreram muitas mudanças na PNAB. A primeira alteração encontra-se em relação às mudanças na nomenclatura direcionada às equipes Nasf, denominando-se de Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), e como o próprio nome diz ampliando seu escopo de atuação para dar suporte clínico, sanitário e pedagógico, destacando além das funções que anteriormente realizavam, o "auxílio no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários" (Brasil, 2017d, p.11). Ratificando-se como competências: a realização de discussão de casos, atendimento individualizado, compartilhado, interconsulta, construção do PTS, educação permanente e várias intervenções no território e nas equipes (Brasil, 2017 d).

Estas pequenas mudanças incentivaram mais a realização dos atendimentos clínicos individualizados, do que propriamente questões pautadas no coletivo e nas ações matriciais.

[61] Recomendação dada pela portaria 154/2008, contida no Art. 4º, § 2º que reforça a magnitude epidemiológica dos transtornos mentais, recomendando-se que em cada Nasf haja pelo menos 1 (um) profissional da área de saúde mental (Brasil, 2008).

Vejamos! Nas eSF há uma obrigatoriedade de que todos os profissionais[62] possuem uma carga horária semanal de 40 horas, o que é bastante positivo para o estabelecimento do vínculo com o usuário e o compromisso do profissional com a saúde dos usuários daquele território e com a equipe que ali trabalha. No entanto, quando este profissional ou o serviço não estabelece vínculos, seja com usuários, ou com os demais membros da equipe, não se tem uma resposta tão positiva. Fato bastante observado quando contratos de trabalho são limitados ao mínimo de carga horária exigida em portaria.

Para aquele profissional que frequenta pouco o município (que possui contrato de trabalho de 10 horas semanais, por exemplo), não lhe sobra tempo suficiente para conhecer o território ou traçar ações preventivas ou de promoção, o que o leva a priorizar ações mais pontuais e curativistas. Realidade bastante recorrente em muitos municípios que escolhem implantar equipes da Atenção Básica (eAB) em detrimento às eSF pela questão de viabilidade ao serviço com menor custo em recursos humanos. As eAB conseguem ser implantadas com "a composição da carga horária mínima por categoria profissional de 10 (dez) horas, com no máximo de 3 (três) profissionais por categoria, devendo somar no mínimo 40 horas/semanais" (Brasil, 2017 d, p.11) o que se traduz em serviço implantado com menor custo para o município, porém com um número menor de profissionais realizando atividades durante a semana.

No entanto, vale ressaltar que as mudanças ocorridas na vinculação do NASF-AB que antes ocorria somente às equipes da Estratégia de Saúde da Família no processo de territorialização e regionalização, e que hoje estão também ligadas às equipes de atenção primária, não foi redefinições da nova PNAB. Antes mesmo da publicação destas alterações, em 2012 o Ministério da saúde havia publicado estas redefinições através da portaria de nº 3.124/2012, em que também criou a modalidade NASF 3 contemplando as equipes de populações específicas (Brasil, 2012).

Outra questão a ser pontuada é que nas diretrizes da nova PNAB a recomendação anteriormente explícita de se ter um profissional de saúde mental inserida nas equipes NASF-AB passa a não mais existir, transferindo para o gestor local a autonomia na definição dos profissionais necessários ao município (Brasil, 2017 d) que se torna mais um dificultador na realização do matriciamento em saúde mental.

[62] No anexo da nova PNAB, a orientação é que a equipe de Saúde da Família deve ser composta no mínimo por médico, preferencialmente da especialidade medicina da família e comunidade, enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família; auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS). "Podendo fazer parte da equipe o agente de combate às endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal: cirurgião dentista, preferencialmente especialista em saúde da família, e auxiliar ou técnico em saúde bucal" (Brasil, 2017 d, p.10)

Neste mesmo período outras modificações também ocorreram, agora na Política Nacional de Saúde Mental. Os retrocessos à reforma psiquiátrica brasileira passam a ser percebidos nas publicações seguintes, no governo Michel Temer em 2017, a portaria 3088/2011 e republicada em 2013 passa a sofrer algumas alterações em seus artigos originais, e o governo publica um documento reunindo todas as normatizações em única portaria, agora nomeada de Portaria de Consolidação Nº 3/2017 em que todas as redes de atenção à saúde deverão obedecer ao disposto neste documento. Nesta portaria de Consolidação em particular no componente da atenção psicossocial acrescenta-se às Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental/ unidades Ambulatoriais Especializadas; e no componente da atenção hospitalar retorna-se o incentivo a permanência dos hospitais psiquiátricos especializados e do hospital dia, serviços estes que já havia uma preocupação instalada pelo processo de reforma psiquiátrica, iniciado no Brasil na década de 1970 de serem gradativamente substituídos por equipes de NASF com profissionais de saúde mental apoiando a atenção básica, serviços CAPS e leitos em hospitais gerais. Observemos as mudanças normativas aqui descritas:

> Art. 5º A Rede de Atenção Psicossocial é constituída pelos seguintes componentes: (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 5º)
> I - Atenção Básica em saúde, formada pelos seguintes pontos de atenção: a) Unidade Básica de Saúde: Equipes de Atenção Básica, Equipes de Atenção Básica para populações específicas, Equipe de consultório na Rua, Equipe de apoio aos serviços do componente de Atenção Residencial de Caráter Transitório e Núcleos de Apoio a Saúde da Família [...]; b) Centros de Convivência e Cultura [...];
> II - Atenção Psicossocial, formada pelos seguintes pontos de atenção: (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 5º, II)
> a) Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 5º, II, a)
> b) *Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental / Unidades Ambulatoriais Especializadas*; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3588 de 21.12.2017)
> III - Atenção de Urgência e Emergência [...];
> IV - Atenção Residencial de Caráter Transitório [...];
> V - Atenção Hospitalar, formada pelos seguintes pontos de atenção: (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 5º, V);
> a) Unidade de Referência Especializada em Hospital Geral; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3588 de 21.12.2017);
> b*) Hospital Psiquiátrico Especializado*; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3588 de 21.12.2017);
> *c) Hospital dia;* (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3588 de 21.12.2017);
> VI - Estratégias de Desinstitucionalização [...];
> VII - Estratégias de Reabilitação Psicossocial [...] (Brasil, 2017e, *grifos nosso*).

Deste modo o retorno a estas estratégias (aqui destacadas), inscita o retorno à lógica hospitalocêntrica centrada no profissional médico. Toda a lógica voltada para a territorialização e descentralização, volta a se concentrar em serviços especializados

localizados em algumas regiões. Diante disto, o retorno da lógica ambulatorial também ocorre. A rede de atenção psicossocial passa a ter mais um componente especializado, às equipes ambulatoriais, a Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental (EMAESM)/ Unidades Ambulatoriais Especializadas.

Apesar das equipes multiprofissionais de saúde mental serem normatizadas a partir de 2017, o incentivo a abertura destes tipos de equipes com a nomenclatura não de multiprofissionais, mas multidisciplinares (que apesar de não serem sinônimos trazem muitas semelhanças) em outras áreas, têm surgido muito antes com a publicação da portaria de nº 761 de 8 de julho de 2013, em que estabelecesse normas para o registro no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (SCNES) definindo-se as equipes que farão parte da atenção Domiciliar do SUS (Brasil, 2013a). Nesta portaria as Equipes multidisciplinares recebem a nomenclatura de: Equipes Multidisciplinar de Atenção Domiciliar Tipo 1 e 2 (EMAD Tipo 1, ou Tipo 2), Equipe Multidisciplinar de Apoio (EMAP) e Equipe de cuidados domiciliares (Brasil, 2013b). Observa-se que de tal modo houve a tentativa de seguir esta mesma ideia em outras áreas como na saúde de populações específicas (Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena – EMSI), bem como na saúde mental com a ideia de implantar EMAESM.

A sinalização para a inserção da EMAESM/ Unidades Ambulatoriais Especializadas na portaria de Consolidação n° 3/2017, só é detalhada a partir da publicação, três meses depois, da portaria de n° 3588/2017 que dispõe sobre as mudanças da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) incluindo as disposições, funcionamento e normas para implantação da equipe Multiprofissional em saúde mental (Brasil, 2017e).

Nesta portaria 3588/2017, estas EMAESM constituem estratégias para atenção integral à pessoa com transtornos mentais moderados e deveriam atender as necessidades identificadas pelas equipes de atenção básica, deveria trabalhar integrado a outros pontos da rede. Estas equipes poderiam ser denominadas de equipe tipo 1, 2 ou 3 conforme o detalhamento a seguir:

> I - Equipe tipo 1: composta por 1 (um) médico especialista em psiquiatria ou médico com experiência em psiquiatria (total de 10 horas semanais), 1 (um) psicólogo (30 horas semanais) e 1 (um) assistente social (30 horas semanais);
>
> II - Equipe tipo 2: composta por 1 (um) médico especialista em psiquiatria (total de 20 horas semanais), 2 (dois) psicólogos (total de 60 horas semanais) e 1 (um) assistente social (total de 30 horas semanais); e
>
> III - Equipe tipo 3: composta por 1 (um) médico especialista em psiquiatria (total de 30 horas semanais), 2 (dois) psicólogos (total de 60 horas semanais), 1 (um)

> assistente social (total de 30 horas semanais) e 1 (um) profissional de nível superior da área de saúde mental (total de 30 horas semanais).
>
> § 1º A carga-horária de serviços profissionais poderá ser atribuída a mais de um profissional, respeitando o limite mínimo de 10 (dez) horas semanais por profissional.
>
> § 2º Habilitações de mais de uma equipe para um mesmo estabelecimento de saúde somente serão autorizadas após análise do projeto de implantação pela área técnica de saúde mental do Ministério da Saúde.
>
> § 3º Consideram-se as seguintes categorias profissionais de nível superior para fins de atendimento do inciso III do caput: psiquiatra, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional e fonoaudiólogo (Brasil, 2017e).

Além disto, estas EMAESM seriam vinculadas a unidades ambulatoriais especializadas, ou seja, seu vínculo não estaria diretamente ligado às equipes de atenção básica, e sim a lógica dos encaminhamentos que permaneceriam. Situação muito questionada com a implantação do matriciamento e articulação entre serviços matriciadores. No Art. 50-K desta portaria, menciona-se que o trabalho desta equipe multiprofissional deveria ocorrer de maneira integrada a outros pontos de atenção das redes do SUS, estabelecendo articulação com os demais serviços do SUS e Sistema Único de Assistência Social (SUAS), de forma a garantir direitos de cidadania, cuidado transdisciplinar e ação intersetorial (Brasil, 2017 e), assemelhando-se muito a descrição do que seria a lógica do apoio matricial, no entanto, sem mencionar claramente esta função.

O nome “matriciamento” ou “apoio matricial” não está explícito na portaria 3588/2017, o que mais uma vez traz dúvidas sobre a realização ou não do matriciamento nestas equipes multiprofissionais de saúde mental, aumentando o questionamento da exigência de se manter ou suprimir as atividades de apoio matricial.

Mais tarde, pela necessidade de esclarecimentos, houve a publicação de uma orientação técnica no site do Ministério da Saúde pela Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS), de como implantar as EMAESM. No documento instrutivo definem-se estas equipes como:

> Equipes multiprofissionais que se agregam a uma unidade já existente, otimizando o uso do espaço e a integração com equipes de ESF, dos CAPS e da rede hospitalar, podendo funcionar em serviços como Policlínicas/ Clínicas/Ambulatórios Especializados e hospitais. É uma equipe de Ligação. É composta por médico(a) psiquiatra; psicólogo(a) e Assistente Social. Deve atender pessoas com transtornos mentais mais prevalentes e de gravidade moderada, como transtornos de ansiedade, transtornos de humor e dependência química, referenciadas pela Atenção Básica e pelo CAPS (Brasil, 2023d, p.1).

Ou seja, seria uma espécie de serviço específico que teria a função especializada atuante no mesmo nível de complexidade do CAPS? Ou seria superior ao CAPS, já que poderia funcionar como interlocutor à internação hospitalar? Não fica evidente em qual nível de complexidade estas equipes deveriam atuar, mas foi nomeada como "equipe de ligação" entre as equipes de atenção básica, CAPS e internação. O perigo destas equipes é exatamente não ter nitidez entre os papéis (ainda muito confusos) e acabar substituindo o serviço que seria o prioritário na política de saúde mental, o CAPS.

Este documento instrutivo ainda complementa que "Municípios de pequeno porte que apresentem dificuldades de implantação e manutenção da estrutura de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS I), incluindo questões relacionadas aos recursos humanos, podem optar por esta modalidade de equipe" (Brasil, 2023d, p.1). Ademais, em outro documento instrutivo lançado em 2022 parece tendenciar que este serviço especializado em saúde mental seria comunitário/ ambulatorial "capaz de prevenir e intervir precocemente nas crises, evitando necessidade de uso de estruturas mais complexas, como os estabelecimentos e os serviços de urgência e emergência, os CAPS e os hospitais" (Brasil, 2022 b, p.72).Complementando que mesmo nos municípios de pequeno porte é necessário definir-se as referências de média e alta complexidade, o que induz uma interpretação de que "média e alta complexidade" não seriam os níveis de atuação destas equipes multiprofissionais.

Nas normativas ainda pontua-se entre as competências das EMAESM:

> - Atuar na retaguarda da APS, estando disponível para discussão de casos e matriciamento;
> - Ser referência regional para a assistência ambulatorial especializada em saúde mental, atuando de forma integrada aos outros pontos da atenção das Redes do SUS;
> - Realizar ações de apoio matricial para as equipes da Atenção Básica (AB), com foco na integralidade do cuidado aos usuários, contribuindo para a qualidade das análises e de intervenções sobre as demandas de saúde mental;
> - Estabelecer articulação com demais serviços do SUS e com a rede intersetorial, visando à garantia de direitos de cidadania e cuidado transdisciplinar (Brasil, 2023d, p.2).

Percebe-se deste modo muitas semelhanças na realização das ações da EMAESM com as ações dos NASF-AB que possuíam profissionais de saúde mental na equipe, e com a publicação deste documento instrutivo, uma informação foi ratificada e destacada entre os profissionais, a manutenção do Apoio Matricial em Saúde Mental. Mais tarde ainda recebe novo reforço com a publicação do Instrutivo Técnico da RAPS no SUS em 2022. Nele o apoio matricial aparece com muita veemência e os fluxos ficam melhor definidos.

> Quando extrapolada a competência da atenção primária para o cuidado às pessoas com transtornos mentais e/ou com problemas em decorrência do uso de álcool e drogas, mesmo com utilização dos diversos recursos de interlocução com os estabelecimentos e os serviços especializados, o cuidado deve ser referenciado para o nível de atenção secundária. Neste ponto da linha de cuidado, as Equipes Multiprofissionais Especializadas em Saúde Mental são estratégicas, pois podem ofertar escuta e condutas específicas capazes de alterar situações clínicas que apresentam maior dificuldade de manejo. Entretanto, é importante que os referenciamentos da atenção básica para o nível da atenção secundária só ocorram após o processo de matriciamento ou de uma interlocução próxima com as equipes, visando otimizar os serviços de atenção especializada e evitar seu esgotamento. Essa lógica favorece o papel de equipes de ligação, buscando a garantia de disponibilidade destes profissionais para casos mais graves, sempre na perspectiva de buscar estabilidade e efetuar o referenciamento de volta à APS quando possível. Importante ainda destacar que, independentemente do ponto de cuidado em que a pessoa esteja, a atenção primária continuará responsável pela saúde dessa pessoa na perspectiva da longitudinalidade e da responsabilidade territorial, compondo o cuidado por meio do PTS, considerando a relação com os familiares e participação na comunidade (Brasil, 2022b, p.41-42).

Mas na prática as confusões no entendimento permaneceram. Ocorreram muitas mudanças políticas-administrativas em pouco tempo, sem o preparo adequado dos profissionais, a impressão que se tem é de que as normativas legais foram surgindo à medida que as dificuldades emergiram.

3.1.2 Mudanças no financiamento das Políticas Públicas de Saúde de 2017 a 2023: impactos diretos na manutenção da lógica matricial.

O financiamento estabelecido na portaria 3588/2017 sobre os incentivos de custeio mensal às EMAESM de: "Equipe tipo 1: R$ 12.000,00 (doze mil reais) mensais; Equipe tipo 2: R$ 21.000,00 (vinte e um mil reais) mensais; e Equipe tipo 3: R$ 30.000,00 mensais" (Brasil, 2017e, p. 10), passam a influenciar o município na escolha desta estratégia de atenção para sua implantação, quando comparada a manutenção dos NASF. É mais provável o município optar pela implantação do serviço que possua maior repasse de recursos, do que com menor incentivo financeiro (desde 2013 não se reajustaram os valores de custeio e implantação dos NASF) conforme citada abaixo.

> Art. 16º Ficam definidos os seguintes valores de incentivo financeiro para o custeio dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF[63]) nas modalidades 1, 2 e 3,

[63] É interessante que apesar da Portaria 2436/2017 já se referir a nova nomenclatura de Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), as Portarias de Consolidação nº3/2017 e nº6/2017, bem como a Portaria 3588/2017 que refere a Política Nacional de Saúde Mental não se referem a estas equipes utilizando sua nova nomenclatura de NASF-AB. Em seus textos a nomenclatura antiga de NASF se mantém, mesmo com todas as alterações citadas em portarias anteriormente publicadas. Percebe-se que alguns documentos não são cuidadosamente revisados para que as informações sejam de fato incorporadas nas diversas frentes, observa-se

> segundo os critérios da Seção II do Capítulo II do Anexo XXII da Portaria de Consolidação nº 2:
> I - para cada NASF Modalidade 1 serão transferidos, mensalmente, R$ 20.000,00 (vinte mil reais);
> II- para cada NASF Modalidade 2 serão transferidos, mensalmente, R$ 12.000,00 (doze mil reais);
> III - para cada NASF Modalidade 3 serão transferidos, mensalmente, R$ 8.000,00 (oito mil reais)
>
> Art. 17º Ficam definidos os seguintes valores de incentivo financeiro para implantação dos NASF, em conformidade com os critérios estabelecidos pela Seção II do Capítulo II do Anexo XXII da Portaria de Consolidação nº 2:
> I - NASF Modalidade 1 - R$ 20.000,00 (vinte mil reais) a serem transferidos, em parcela única, no mês subsequente à competência de implantação de cada NASF 1;
> II - NASF Modalidade 2 - R$ 12.000,00 (doze mil reais) a serem transferidos, em parcela única, no mês subsequente à competência de implantação de cada NASF 2; e
> III - NASF Modalidade 3 - R$8.000,00 (oito mil reais) a serem transferidos, em parcela única, no mês subsequente à competência de implantação de cada NASF 3. (Brasil, 2017c, p.07)

Juntamente a isto, em 2019 há outro tamanho impacto, a publicação da Portaria Nº 2979/2019 que institui o Programa Previne Brasil estabelecendo novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Básica. Neste programa não será mais repassado valores de custeio específicos para a NASF-AB. A seção II da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017 que se refere ao financiamento do PAB Variável para os NASF nas modalidades 1, 2 e 3 fica revogada, passando a valer o disposto no Programa Previne Brasil. Os custos da atenção primária à saúde passam a ser constituídos por captação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo para ações estratégicas (Brasil, 2019a).

Ao compreender por menores estas determinações, a captação ponderada envolve o quantitativo da população cadastrada nas equipes, a vulnerabilidade socioeconômica, o perfil demográfico por faixa etária e a classificação geográfica. Já o cálculo sob o pagamento por desempenho relaciona-se ao alcance das metas de cada indicador estabelecido pelo Ministério da Saúde. E a transferência de valores para incentivo de ações estratégicas, foram contemplados somente os programa e equipes: Programa Saúde na Hora, Programa Saúde Bucal, Unidade Odontológica Móvel, Centros de especialidades Odontológicas, laboratório Regional de Prótese Dentária, Equipe de Consultório na Rua, Unidade de Saúde Fluvial, Equipe de Saúde da Família Ribeirinha, Microscopista, Equipe de Atenção Básica Prisional, Programa Saúde na Escola, Programa Academia da Saúde, Programa de apoio a informatização da APS, Gestão de ações à saúde de adolescentes em privação de liberdade,

---

aqui uma verdadeira fragmentação nas políticas sem que as mesmas sejam revisadas pelas diversas áreas envolvidas concomitantemente.

municípios com residência médica e Estratégia de ACS. Neste sentido, o NASF-AB não foi contemplado no rol dos programas e equipes existentes (Brasil, 2019a).

Mais tarde, estas determinações acabam sendo ratificadas pela portaria 37/2021 que mantém a regra contratual sem crédito para o financiamento do NASF:

> Art. 9º Fica mantida a Regra Contratual "71.11 Estabelecimentos de saúde sem geração de crédito - NASF, exceto FAEC", de inserção descentralizada.
> Parágrafo único. Cabe ao Gestor Municipal, Estadual e do Distrito Federal a responsabilidade de informar a regra contratual descrita no caput deste artigo no cadastro do estabelecimento para não geração de crédito de procedimentos de Média e Alta Complexidade no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), realizadas por estabelecimentos que realizam o serviço 159 - Atenção Básica, classificação 006 - Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Primária.
>
> Art. 10 Ficam desativadas as Adesões de Programas e Projetos 09.11 - Adesão do Município ao programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ), 09.16 - Programa Saúde na Hora - USF 60 horas, 09.17 - Programa Saúde na Hora - USF 60 horas com saúde bucal e 09.18 - Programa Saúde na Hora - USF 75 horas com saúde bucal e os incentivos "81.16 - ESP em municípios com GH = 1 e taxa de população prisional <1%" a "81.39 - ESP em municípios com GH = 6 e taxa de população prisional >10%".
>
> (Brasil, 2021a, p.02).

A extinção do financiamento anteriormente realizado, novamente é citado nesta portaria de nº 37/2021, acrescentando-se a questão da desativação da adesão a alguns programas como, por exemplo, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ) em que se tinha incentivo financeiro se houvesse o alcance da meta de indicadores, e estimulava-se o compromisso de implantar Apoio Institucional e Matricial à(s) Equipe(s) de Atenção Básica, Saúde Bucal, ao(s) NASF no município. No PMAQ[64], entre os indicadores de monitoramento relacionados às equipes de atenção básica voltados à saúde mental estavam: Proporção de atendimentos em Saúde Mental exceto usuários de álcool e drogas; Proporção de atendimentos de usuário de álcool; Proporção de atendimentos de usuário de drogas; Taxa de prevalência de alcoolismo (Brasil, 2013d). Entretanto com a exclusão do programa, os estímulos à realização da atenção voltados a saúde mental pela atenção primária passam a ser ainda mais reduzidos.

Além destas supressões, com a implantação do Programa Previne Brasil, o repasse por desempenho entre os indicadores estabelecidos para 2020 abrangeram somente ações estratégicas em Saúde da Mulher, Pré-Natal, Saúde da Criança e Doenças Crônicas (Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus) contemplando 7 indicadores:

[64] A Portaria GM nº 1654, de 19 de julho de 2011, cria um programa de avaliação, o PMAQ-AB, estabelecendo parâmetros e indicadores para equipes e gestão.

> São indicadores para o ano de 2020: proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 20ª semana de gestação; proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV; proporção de gestantes que passaram por atendimento odontológico; cobertura de exame citopatológico; cobertura vacinal de poliomielite inativada e de pentavalente; percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida em cada semestre; percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada (Brasil, 2019b).

No entanto, neste mesmo documento estimou-se que em 2021 haveria acréscimo de indicadores voltados para outras áreas a depender da disponibilidade orçamentária, como a inclusão de ações multiprofissionais e de saúde mental, que seriam favoráveis ao matriciamento em saúde mental.

> Os indicadores do pagamento por desempenho para os anos de 2021 e 2022 serão definidos após monitoramento, avaliação e pactuação tripartite, durante o ano de 2020, e contemplarão as seguintes ações estratégicas: ações multiprofissionais no âmbito da atenção primária à saúde; ações no cuidado puerperal; ações de puericultura (crianças de até 12 meses); ações relacionadas ao HIV; ações relacionadas ao cuidado de pessoas com tuberculose; ações odontológicas; ações relacionadas às hepatites; ações em saúde mental; ações relacionadas ao câncer de mama; indicadores globais de avaliação da qualidade assistencial e experiência do paciente (Brasil, 2019b; Brasil, 2021b).

No entanto, estes indicadores sugeridos, não foram incluídos nem em 2021 onde se manteve as determinações de 2020, e nem em 2022 mesmo havendo ajustes voltados ao aprimoramento da informação publicado pela portaria 102/2022. Nesta última portaria, as áreas contempladas nos indicadores foram às mesmas anteriormente definidas (Brasil, 2022a).

Essas novas normativas de financiamento definidas pelo Programa Previne Brasil geraram tantas dúvidas que alguns meses após sua implantação, o Ministério da Saúde publicou a nota técnica Nº 03/2020 esclarecendo tais mudanças.

> A composição de equipes multiprofissionais deixa de estar vinculada às tipologias de equipes NASF-AB. Com essa desvinculação, o gestor municipal passa a ter autonomia para compor suas equipes multiprofissionais, definindo os profissionais, a carga horária e os arranjos de equipe. O gestor municipal pode então cadastrar esses profissionais diretamente nas equipes de Saúde da Família (eSF) e equipes de Atenção Primária (eAP), ampliando sua composição mínima. Poderá, ainda, manter os profissionais cadastrados no SCNES como equipe NASF-AB ou cadastrar os profissionais apenas no estabelecimento de atenção primária sem vinculação a nenhuma equipe. A revogação das referidas normativas também impactam no credenciamento de novas equipes NASF-AB. A partir de janeiro de 2020, o Ministério da Saúde não realizará mais o credenciamento de NASF-AB, e as solicitações enviadas até o momento serão arquivadas (Brasil, 2020b).

Ou seja, com esta nota técnica fica claro a extinção das tipologias de NASF-AB e do repasse de custeio específico para a manutenção do programa, também fica claro a impossibilidade de credenciamento posterior a esta normativa, porém se o gestor assim o desejar, os NASF-AB poderão ser mantidos cadastrando os profissionais da equipe nas eSF ou eAP, mantê-los no SCNES como equipe NASF-AB, ou cadastrá-los nos estabelecimentos de atenção primária sem nenhuma vinculação direta.

As orientações para estas mudanças trouxeram tantas dúvidas para quem realiza o cadastramento das equipes e dos estabelecimentos de saúde no Sistema de Informação do Governo Federal, que muitos municípios cadastraram suas equipes sem discutir e compreender de fato tais transformações e os impactos que determinadas escolhas teriam no funcionamento dos serviços. Os cadastros ocorreram mais por formalidade, sem a profunda compreensão de tais mudanças e consequentemente muitos equívocos ocorreram. Deste modo, para esclarecer tais dúvidas e melhorar o entendimento de tais mudanças o Ministério da Saúde publicou a Portaria de nº 99/2020 que em seguida sofre pequenos reajustes e é revogada pela portaria nº37/2021 (Brasil 2020a; Brasil, 2021a) unificando-se as formas de registro das Equipes de atenção Primária e Saúde Mental no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Nesta portaria nº 37/2021, observa-se novamente outra mudança de nomenclatura, o que era NASF-AB agora passa a ser denominado ENASF-AP, ou seja, Equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Primária, mantendo-se extintas as modalidades destas equipes ENASF-AP e das EMAESM, ou seja, os tipos de ENASF-AP e EMAESM seriam convertidos em uma única modalidade para cada tipo de equipe. Estas mudanças ocorreram também em outras equipes, e diversas modalidades de serviços foram unificadas, exceto nas Equipes Multidisciplinares de Atenção Domiciliar, que se mantiveram em dois tipos de modalidades. Deste modo no SCNES as tipologias das equipes a serem cadastradas foram redefinidas para:

> EMSI - Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena;
> EMAD tipo I - Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar Tipo I;
> EMAP - Equipe Multidisciplinar de Apoio;
> EMAD tipo II - Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar Tipo II;
> EAD - Equipe de Cuidados Domiciliares;
> ESF - Equipe de Saúde da Família;
> ESB - Equipe de Saúde Bucal
> ENASF-AP - Equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Primária
> ECR - Equipe dos Consultórios na Rua
> EAPP - Equipe de Atenção Primária Prisional
> EMAESM - Equipe Multiprofissional Atenção Especializada em Saúde Mental
> EAP - Equipe de Atenção Primária (Brasil, 2021a, p.3)

Assim, a partir de 2021 com estas redefinições, os cadastros passam a seguir as nomenclaturas supracitadas. E neste rol, observam-se quatro tipos de equipes multidisciplinares (de Saúde Indígena, de Atenção Domiciliar e de Apoio), a manutenção da ENASF-AP e da EMAESM. Havia a necessidade do SCNES ser alimentado a partir destas definições e como o ENASF-AP não receberia mais recursos específicos de Custeio de acordo com o Programa Previne Brasil, muitos municípios (aqui em específico, os municípios alagoanos) optaram em transformar suas equipes ENASF-AP em outras equipes, alguns incorporando a ideia de implantar equipes multidisciplinares, e multiprofissionais de Saúde Mental.

Este estímulo à transformação destas equipes ENASF-AP em equipes multiprofissionais, também é observado na redação de alguns documentos lançados pelo Ministério da Saúde, que se mostram favoráveis à implantação dessas equipes como alternativa à impossibilidade de implantar ENASF-AP:

> As equipes Multiprofissionais Especializadas em Saúde Mental são importantes estratégias frente às altas taxas de transtornos de ansiedade, depressão e uso de drogas e imprescindíveis no contexto da revogação de normativas para implementação de novos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf). Para preservar a capacidade de atendimento das Equipes Especializadas em Saúde Mental é recomendado que as portas de entrada desses serviços estejam vinculadas ao matriciamento da atenção primária, seja ele presencial ou on-line, e da interlocução com os CAPS, sejam eles municipais ou regionais (Brasil, 2022b, p.42).

A flexibilidade em cadastrar as equipes de diferentes maneiras nos estabelecimentos de saúde, gerou a possibilidade de transformar ENASF-AP em equipes multiprofissionais, ou equipes multidisciplinares. Todas as mudanças acabaram gerando mais confusão no entendimento, e nos direcionamentos de cada equipe. Quando o gestor opta em não manter um determinado serviço e começa a transferir os profissionais para outros estabelecimentos ou a outras equipes que possuem diretrizes de funcionamento distintas, inicia-se uma série de atuações equivocadas.

Cada serviço tem suas orientações de funcionamento próprias e é necessário esclarecer o que se mantém e o que difere na realização do trabalho daqueles profissionais no novo serviço. Inicialmente como já foram apontadas nesta seção as equipes multiprofissionais não destacavam a realização do matriciamento, que para as ENASF-AP estava muito bem definida, o destaque a tal função as equipes multiprofissionais começam a aparecer com mais evidência somente em portarias subsequentes, o que pode ter dificultado a atuação destes profissionais neste período de transição.

Esta confusão de entendimento no início das mudanças refletem-se nos dados desta pesquisa quando os coordenadores participantes do estudo apresentam dados quantitativos dos serviços existentes divergentes dos dados repassados pela Secretaria do Estado da Saúde de Alagoas.

As confusões sobre a que tipo de Equipe Multiprofissional e Multidisciplinar o município aderiu só melhora a partir de 2023, quando o Ministério da Saúde pública definitivamente a portaria de nº 635/ 2023.

As definições começam a ser unificadas e melhor direcionadas com esta portaria 635/2023 que institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de Equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde. Neste documento fica instituído a nomenclatura de eMulti para designar as equipes multiprofissionais que atuam na atenção primária dando suporte a outras equipes,

> [...] entende-se por eMulti equipes compostas por profissionais de saúde de diferentes áreas de conhecimento que atuam de maneira complementar e integrada às demais equipes da Atenção Primária à Saúde - APS, com atuação corresponsável pela população e pelo território, em articulação intersetorial e com a Rede de Atenção à Saúde (RAS) (Brasil, 2023b, p.01).

Com tal definição torna-se evidente que as eMulti agirão articuladas ao nível de atenção primária, e que não funcionará como equipe de ligação nos três níveis de complexidade como era definido nas EMAESM, outra coisa foi a unificação da nomenclatura, deixou-se o uso de multidisciplinar e passaram a ser todas nomeadas como equipes multiprofissionais.

O apoio matricial fica estabelecido nesta nova configuração como uma das ações que deve ser prioritariamente desenvolvida, como descrito no parágrafo único do Art.2º:

> Incumbe às eMulti, prioritariamente, o desenvolvimento da integralidade das seguintes ações:
> I - o atendimento individual, em grupo e domiciliar;
> II - as atividades coletivas;
> III - o apoio matricial;
> IV - as discussões de casos;
> V - o atendimento compartilhado entre profissionais e equipes;
> VI - a oferta de ações de saúde à distância;
> VII - a construção conjunta de projetos terapêuticos e intervenções no território; e
> VIII - as práticas intersetoriais (Brasil, 2023b, p.1-2).

Também fica estabelecida três modalidades de eMulti a depender do número de equipes[65] vinculadas a elas, da sua carga horária e composição profissional. Estas eMulti podem ser: eMulti Ampliada (vinculadas de 10 a 12 equipes, com carga horária semanal de 300 horas, não podendo contratar mais de 120 horas semanais a mesma categoria profissional ou especialidade); eMulti Complementar (vinculadas de 5 a 9 equipes, com carga horária semanal de 200 horas, não podendo contratar mais de 80 horas semanais a mesma categoria profissional ou especialidade); e eMulti Estratégica (vinculadas de 1 a 4 equipes, com carga horária semanal de 100 horas, não podendo contratar mais de 40 horas semanais a mesma categoria profissional ou especialidade) (Brasil, 2023b).

Também é importante destacar que as modalidades de eMulti deverão ser compostas por um conjunto fixo e variável de profissionais de nível superior, com carga horária mínima médica exigida por equipe de 10 horas semanais; e demais categorias profissionais de 20 horas semanais.

Neste documento há a exigência de pelo menos duas categorias profissionais fixas tanto para eMulti Ampliada quanto para eMulti Complementar (podendo uma ser preenchida por assistente social, ou farmacêutico clínico, ou nutricionista, ou psicólogo; e a outra ser preenchida por fisioterapeuta, e fonoaudiólogo, ou profissional de educação física na saúde, ou terapeuta ocupacional), e ao menos um profissional da categoria fixa para as eMulti Estratégica (podendo contratar nutricionista ou psicólogo). Também há possibilidade de contratar algumas outras categorias profissionais conforme a necessidade (arte educador, acupunturista ou cardiologista para eMulti Ampliada; dermatologista, endocrinologista, geriatra, ginecologista/obstetra, hansenologista, homeopata e infectologista para eMulti Complementar; pediatra, psiquiatra, veterinário, nutricionista, educador físico, sanitarista e terapeuta ocupacional para eMulti Estratégica), conforme o anexo da portaria nº 635/2023 (Brasil, 2023 b).

Observa-se que o psicólogo, na maioria dos municípios, é um dos profissionais fixos escolhidos a comporem as equipes, o que favorece a realização do matriciamento em saúde mental. Acredita-se que o incentivo a contratação do psiquiatra somente em eMulti Estratégica, seja para suprir a necessidade local de um psiquiatra, por ser implantado estes tipos de equipes geralmente em municípios de pequeno porte com poucas unidades de saúde e que não possuem CAPS como referência a atenção especializada.

[65] Segundo o Art. 4º da portaria 635/2023, as eMulti deverão ser vinculadas a uma ou mais das seguintes tipologias de equipes ou serviços: equipe de Saúde da Família - eSF; equipe de Saúde da Família Ribeirinha - eSFR; equipe de Consultório na Rua - eCR; equipe de Atenção Primária - eAP; ou equipe de Unidade Básica de Saúde Fluvial -UBSF (Brasil, 2023b).

Com esta portaria também retoma os incentivos financeiros de custeio específicos para esta modalidade de serviço, e os valores por desempenho com indicadores que podem mensurar a quantidade de ações realizadas, inclusive de apoio matricial. Vejamos abaixo:

> Art. 12. Fica definido o incentivo financeiro de custeio das eMulti para os municípios, em conformidade com os critérios estabelecidos nesta Portaria, a ser repassado mensalmente, nos seguintes valores:
> I - R$36.000,00 (trinta e seis mil reais) por eMulti Ampliada;
> II - R$24.000,00 (vinte e quatro mil reais) por eMulti Complementar; e
> III - R$12.000,00 (doze mil reais) por eMulti Estratégica.
>
> Art. 13. A eMulti que ofertar atendimento remoto de forma assistida, mediado por TIC, conforme art. 7º, fará jus, além do disposto no artigo anterior, a incentivo financeiro federal de custeio, nos seguintes valores:
> I - R$2.500,00 (dois mil e quinhentos reais) como incentivo mensal; e
> II - R$15.000,00 (quinze mil reais) como incentivo na homologação em parcela única.
> § 1º Os incentivos financeiros de que tratam o caput são destinados à manutenção e estruturação das atividades de atendimento remoto pela eMulti.
> § 2º O credenciamento da eMulti que ofertar atendimento remoto de forma assistida ocorrerá de acordo com a disponibilidade orçamentária e financeira do Ministério da Saúde.
>
> Art. 14. Fica definido o incentivo financeiro de Pagamento por Desempenho das eMulti, para os municípios em conformidade com os critérios estabelecidos nesta Portaria, e que alcançarem os indicadores, em avaliação quadrimestral, a ser repassado mensalmente, nos seguintes valores:
> I - R$9.000,00 (nove mil reais) por eMulti Ampliada;
> II - R$6.000,00 (seis mil reais) por eMulti Complementar; e III - R$3.000,00 (três mil reais) por eMulti Estratégica.
> Parágrafo único. O dispositivo de pagamento por desempenho definido neste caput será aplicado a todas as modalidades de eMulti que estiverem credenciadas, homologadas e pagas pelo Ministério da Saúde, iniciando-se a aferição de indicadores a partir da competência de janeiro de 2024.
>
> Art. 15. São indicadores do Pagamento por Desempenho a serem observados na atuação das eMulti:
> I - percentual de solicitações respondidas pela eMulti em 72 horas;
> II - satisfação da pessoa atendida pela eMulti;
> III - resolução das ações interprofissionais com as eMulti;
> IV - quantidade de ações realizadas pela eMulti; e
> V - percentual de atendimentos remotos mediados por TIC realizados pela eMulti.
>
> (Brasil, 2023b, p. 4-5)

Somando-se a estas definições também houve a publicação da Portaria nº 757 de 21 de junho de 2023 que revoga a Portaria GM/MS 3.588, de 21 de dezembro de 2017, e dispositivos das Portarias de Consolidação GM/MS nº 3 e 6, de 28 de setembro de 2017, e repristina redações. Ou seja, nela deixa-se de receber incentivos à implantação de dispositivos e de integrar a RAPS: a EMAESM, o hospital psiquiátrico especializado, o Hospital dia e o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPSad) IV. Volta-se a ideia de incentivo às equipes multiprofissionais interligadas a atenção primária (com a eMulti), aos

leitos de psiquiatria em hospitais gerais, e os CAPSad III em que podem ser implantados em municípios de pequeno porte populacional (Brasil, 2023 c).

Deste modo observa-se tentativas do Governo Lula 2023/2026 para reorganizar os dispositivos da RAPS baseado nas diretrizes da luta antimanicomial, em que os hospitais psiquiátricos devem ser gradativamente substituídos pelos serviços CAPS, bem como sua prioridade na articulação com a atenção primária através do apoio matricial ofertado pelas equipes especializadas. E mesmo que estas alterações normativas tenham sido recentemente publicadas e com limitações temporais para avaliá-las, ainda assim, sinto-me responsável em mencioná-las, pois implicarão na organização do SUS e na realização do matriciamento nos municípios, como serão vistos no tópico subsequente da tese.

3.2 Caracterização da organização do SUS e do matriciamento nos municípios em Alagoas no período de 2016 a 2022

Nesta seção caracterizei o matriciamento nos municípios alagoanos, identifiquei onde e como vem sendo realizado, e onde se encontra ausente; bem como quais são os obstáculos organizativos que interferem em sua implementação. Observei ainda que no Estado de Alagoas não há normativas específicas orientadoras para realização do apoio matricial, o que há são poucas iniciativas locais, ao nível municipal, de elaboração de instrumentos, guias e experiências matriciadoras.

Sendo assim, apresentarei inicialmente o estado de Alagoas, que possui 27.831 km^2 de área e população residente de 3.127.683 habitantes (IBGE, 2022), o que representa 5,9% da população do Nordeste e 1,63% da população brasileira. O Estado está organizado em 10 Regiões de Saúde (RS), sendo a 1ª RS a mais populosa do Estado (38,1%) em que está situada a capital Maceió (Alagoas, 2020). Nestas 10 regiões de saúde de Alagoas estão 102 municípios e os mais populosos é Maceió (957.916 habitantes) e Arapiraca (234.696 habitantes) que compõem as duas macrorregiões de saúde segundo IBGE/2022.

Quanto a RAPS[66] do Estado de Alagoas que estabelece os pontos de atenção às pessoas com sofrimento/transtornos mentais e às que fazem uso nocivo de crack, álcool e outras drogas, sua composição em abril de 2023 era de: 69 CAPS, sendo 55 CAPS I, 06 CAPS II, 02 CAPSad, 01 CAPSad III, 01 Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi), 01 CAPS II em fase de habilitação, 01 CAPSad e 02 CAPSad III em fase de habilitação; 07 Residências Terapêuticas; 03 Hospitais Psiquiátricos; 31 Leitos em Hospitais Gerais; 02 Unidades de Acolhimento funcionando (e 04 construídas sem funcionar), 63 ENASF-AP e 46 equipes multiprofissionais distribuídas em seu território sendo 09 EMAESM segundo informações da GAP, e setor de planejamento da SUAP (Quadro 1).

Ao término do estudo, em 2024, houve pequenas mudanças na rede, principalmente no número de equipes multiprofissionais e ENASF-AP, das quais os ENASF-AP e EMAESM são extintos e seu código substituido no SCNES definitivamente por eMulti. Sendo, então enumeradas até o momento (de acordo com a competência de agosto de 2024) em 127 equipes multiprofissionais (eMulti) instaladas em 99 municípios alagoanos.

[66] Na RAPS a pessoa deve ser acolhida inicialmente (porém não exclusivamente, pois os CAPS também são porta de entrada) pela atenção primária e referenciada aos CAPS, em que ocorre o tratamento e reinserção social ou o acompanhamento através de ações de apoio matricial (Alagoas, 2020).

Registra-se ainda, em 97,05% dos municípios alagoanos o desenvolvimento de atividades de educação permanente em saúde, segundo informações do GDES da SESAU/ Alagoas. E estudo realizado na Capital revela que 5,2% dos atendimentos realizados pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) de Maceió são referentes a emergências em saúde mental (Santos *et al.*, 2014).

Quadro 1 - Dispositivos de Saúde Mental e de Atenção Primária segundo distribuição por região de Saúde em Alagoas, 2022.

Região de saúde	N.º de Dispositivos de Saúde Mental por cidade	N.º de ENASF-AP e Equipe Multiprofissional antes da portaria nº 635/2023, (mantida na análise deste estudo)
1ª Região	12 CAPS (07 em Maceió, e 01 em: Pilar, Rio Largo, Marechal Deodoro, Messias, Satuba); 07 Residências Terapêuticas (Maceió); 02 Hospitais Psiquiátricos (Maceió); 01 Unidades de Acolhimento (Maceió); 06 Leitos regionais em Hospital Geral (Rio Largo); 01 CAPSad em fase de construção (Rio Largo).	17 ENASF-AP (10 em Maceió, e 01 em: Pilar, Barra de Santo Antônio, Santa Luzia do Norte, Paripueira, Satuba, Rio Largo, Marechal Deodoro); 03 EMulti (Pilar, Flexeiras, Messias)
2ª Região	06 CAPS (Matriz do Camaragibe, Porto Calvo, São Luiz do Quitunde, Passo de Camaragibe, Maragogi, Porto de Pedras); 01 CAPSadIII e 01 Unidade de Acolhimento infanto-juvenil sem funcionamento (Porto Calvo)	03 ENASF-AP (Maragogi, Porto Calvo, São Miguel dos Milagres); 06 EMulti (Jacuípe, Japaratinga, Matriz de Camaragibe, Passo de Camaragibe, Porto de Pedras, São Luiz do Quitunde); 01 EMAESM (Japaratinga)
3ª Região	06 CAPS (União dos Palmares, Murici, São José da Laje, Joaquim Gomes, Ibateguara, Colônia Leopoldina); 09 Leitos em hospital geral (Murici)	05 ENASF-AP (Murici, São José da Laje, Ibateguara, Joaquim Gomes, Jundiá); 06 EMulti (Murici, Branquinha, Campestre, Novo Lino, Santana do Mundaú, União dos Palmares); 02 EMAESM (Santana do Mundaú, Murici)
4ª Região	05 CAPS (Cajueiro, Atalaia, Viçosa, Capela, Quebrangulo/ Paulo Jacinto); 08 leitos regionais de saúde mental (Capela)	03 ENASF-AP (Viçosa, Chã Preta, Capela) 06 EMulti (Pindoba, Atalaia, Capela, Mar Vermelho, Paulo Jacinto, Quebrangulo); 01 EMAESM (Mar Vermelho)
5ª Região	07 CAPS (02 em São Miguel dos Campos, e 01 em: Anadia, Teotônio Vilela, Boca da Mata, Junqueiro, Campo Alegre); 03 Unidades de Acolhimento (02 em São Miguel, e 01 em Campo Alegre); 08 Leitos regionais (Teotônio Vilela)	03 ENASF-AP (São Miguel dos Campos, Campo Alegre, Roteiro) 04 Equipe Multiprofissional (Junqueiro, Anadia, Boca da Mata, Teotônio Vilela) 01 EMAESM (São Miguel dos Campos) 01 EMAESM sem habilitação (Roteiro)
6ª Região	05 CAPS (Coruripe, Penedo, Porto Real do Colégio, Igreja Nova, Piaçabuçu)	06 ENASF-AP (Igreja Nova, Porto Real do Colégio, Feliz Deserto, Coruripe, Jequiá da Praia, Penedo); 03 EMulti (Igreja Nova, São Braz, Piaçabuçu)
7ª Região	12 CAPS (02 em Arapiraca, e 01 em: Batalha, Girau do Ponciano, Lagoa da Canoa, São Sebastião, Major Isidoro, Limoeiro de Anadia, Feira Grande, Taquarana, Traipu, Craíbas); 01 Hospital Psiquiátrico (Arapiraca); 01 CAPSadIII e 02 Unidades de Acolhimento sem funcionamento (Arapiraca)	10 ENASF-AP desativados e em processo de transformação em EMult (Arapiraca); 08 ENASF-AP (Batalha, Belo Monte, Campo Grande, Girau Ponciano, Jacaré dos Homens, Jaramataia, Olho D'água Grande, São Sebatião); 08 EMulti (Craíbas, Feira Grande, Lagoa da Canoa, Limoeiro de Anadia, Major Isidoro, Coité do Nóia, Taquarana, Traipu)
8ª Região	04 CAPS (02 em Palmeira dos Índios e	04 ENASF-AP (Belém, Estrela de Alagoas,

	01 em: Estrela de Alagoas, Igaci)	Maribondo, Tanque D'Árca); 03 EMulti (Cacimbinhas, Igaci, Minador do Negrão); 03 EMAESM (Igaci, Palmeira dos Índios e Estrela de Alagoas)
9ª Região	07 CAPS (02 em Santana do Ipanema, e 01 em: Olho D'água das Flores, Pão de Açúcar, São José da Tapera, Canapi, Ouro Branco); 02 Unidades de Acolhimento (Santana do Ipanema)	08 ENASF-AP (Pão de Açúcar, Dois Riachos, Maravilha, Monteirópoles, Ouro Branco, Palestina, Olivença, Senador Rui Palmeira); 06 EMulti (Carneiros, Olho D'Água das Flores, Poço das Trincheiras, Santana do Ipanema, São José da Tapera, Canapi)
10ª Região	05 CAPS (Mata Grande, Água Branca, Delmiro Gouveia, Piranhas, Inhapi)	06 ENASF-AP (Delmiro, Inhapi. Mata Grande, Piranhas, Olho D'agua do Casado, Pariconha); 01 EMulti (Água Branca)

Fonte: SESAU (dados coletados da SUAP, GAP e GDES), Maceió, 2022.

No primeiro quadrimestre de 2019, segundo Plano Estadual de Saúde de Alagoas de 2020 a 2023 dos "CAPS habilitados, 20 CAPS apresentaram os registros de matriciamento esperado e 07 CAPS apresentaram registros de matriciamento incompletos perfazendo um percentual de 31,74%" (Alagoas, 2020, p.174). Dados que registram avanço na articulação entre CAPS e atenção primária em Alagoas, apesar de distantes à superação do modelo manicomial contraditório à reforma psiquiátrica brasileira e à inserção do sujeito no território vivo.

Estas articulações são fundamentais, pois a Atenção Primária à Saúde como ordenadora da Atenção à Saúde deve satisfazer as necessidades e as demandas da população alagoana estreitando estes vínculos através do apoio matricial em saúde mental, por exemplo. Ademais, a estimativa do Plano Estadual de Saúde de Alagoas 2020-2023 para o objetivo 01 de ampliar e qualificar o acesso das pessoas a Atenção Primária, tem definido como meta até o ano de 2023, a cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção primária em 94%; e para alcançar o objetivo 03 de promover o acesso e a qualidade do atendimento na rede de atenção psicossocial do estado de Alagoas, definiu-se como meta até 2023 que as ações de apoio matricial sistemático realizadas por CAPS com equipes de Atenção primária seja de 100% (12 matriciamentos registrados ao ano em cada CAPS) (Alagoas, 2020), o que reforça ainda mais a necessidade de ampliar ações para atender integralmente a saúde da população.

É importante destacar que em Alagoas no período da pandemia, mesmo sendo um estado responsável por somente 0,8% do PIB do país, se destacou pela gestão fiscal responsável aumentando suas receitas e disponibilidade de maiores recursos para investimento, inclusive recursos na área da saúde. "A intervenção do Estado por meio de política fiscal ativa voltou a ser tratada como uma alternativa, após décadas de ênfase em política monetária" (Mora, 2023, p. 195), e isso acontece nestes últimos anos no período da

pandemia do COVID-19, em que muitos governadores tiveram que assumir algumas posturas para intervirem na crise, quando houve omissão do governo federal (Mora, 2023). Porém, essas políticas estaduais, acabaram surgindo de modo focalizado a uma determinada situação emergente.

Pontuarei agora alguns aspectos da realidade alagoana encontrada sobre a experiência do matriciamento no momento em que os dados foram coletados na FASE I da pesquisa (até abril de 2023, ou seja, anterior a publicação da portaria 635/2023 que refere-se as eMulti). Participaram do estudo 89 municípios alagoanos, sendo coletadas 57 respostas do total de 59 municípios que possuem CAPS, e 82 respostas do total de 96 municípios que possuem ENASF-AP e/ou eMulti (Figura 3).

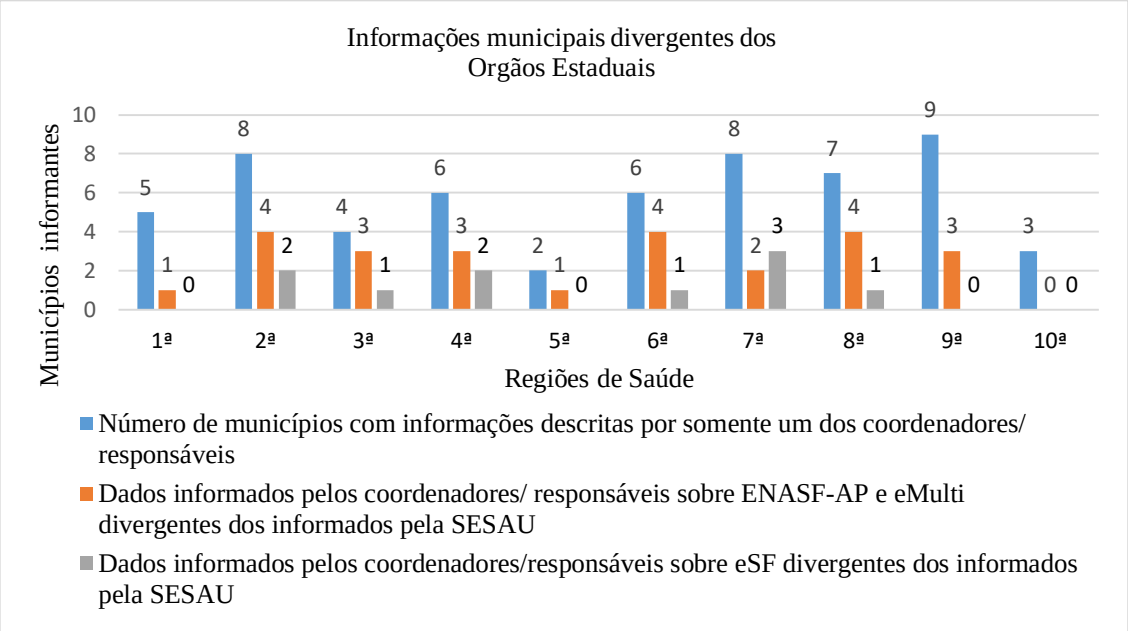
Figura 3 - Municípios alagoanos participantes da pesquisa por região.

Fonte: Sistematização realizada pela autora

Inicialmente abordarei alguns aspectos sobre a estruturação dos serviços de saúde e algumas dificuldades apontadas pelos respondentes da pesquisa quanto às informações a respeito deles.

Nas respostas aos questionários enviados pelos coordenadores/responsáveis[67] na primeira fase da pesquisa de campo percebi algumas divergências entre os dados relatados por eles e o oficialmente registrado pela GAP da SESAU sobre o quantitativo de serviços de saúde existente em cada município com competência técnica a receber ou ofertar o apoio matricial. No Gráfico 1 observei pouca divergência entre o quantitativo identificado pelo participante do estudo e o número oficial repassado pela SESAU em relação à quantidade de equipes de saúde da família existente no município. E isto me levou a inferir que, a discreta divergência pode ser resultado de óbvias orientações contida na portaria 2436/2017 (Brasil, 2017 d) em relação às distintas classificações do que seria equipe de saúde da família (eSF) e equipes de atenção básica (eAB), apesar de perceber entre alguns coordenadores/responsáveis dificuldades em identificar tais diferenças. Notei que a maioria destas divergências ocorreram a partir das respostas dos coordenadores/responsáveis pela saúde mental e não pelos coordenadores/responsáveis pela atenção primária, ou seja, para a saúde mental diferenciar eSF e eAB seria o primeiro passo à compreensão de quais equipes estão aptas e dispostas a selar tais parcerias.

Gráfico 1 - Informações sobre o número de serviços municipais de saúde divergentes dos Órgãos Estaduais descritas por um único coordenador/responsável, Alagoas, 2023, n=58.



Fonte: Sistematização realizada pela autora

[67]De 120 respostas coletadas na pesquisa 58 questionários foram respondidos somente por um dos coordenadores/responsáveis, ora da atenção primária, ora da saúde mental, e neste caso comparamos as respostas destes coordenadores somente com os dados fornecidos pela SESAU. Todavia, em 31 municípios os questionários foram enviados por ambos os coordenadores/responsáveis (atenção primária e saúde mental), o que possibilitou a análise de divergências de dados entre os coordenadores/responsáveis do próprio município e entre os dados fornecidos pela SESAU em que estão representados pelos gráficos 1 e 2.

Em contrapartida, a maior divergência das informações relatadas por um único coordenador foi a dificuldade em quantificar os serviços quanto ENASF-AP ou eMulti, isso principalmente, pela ausência de normatizações estaduais e municipais que esclareçam o funcionamento e diretrizes de cada serviço, e pela presença de normatizações federais ainda muito confusas no momento da coleta dos dados desta fase da pesquisa.

Quando me refiro a normatizações federais "confusas", percebo que as dúvidas surgem logo após: a) a publicação da nova PNAB em 2017, b) a implantação do Programa Previne Brasil, c) as sucessivas orientações aos registros das Equipes de Atenção Primária e Saúde Mental no SCNES, e d) à manutenção dos ENASF-AP sem geração de crédito[68] (Brasil, 2021b). Sendo assim, o que observei diante destas mudanças políticas-administrativas e no arcabouço legislativo, foi que para não ocorrer a perda do incentivo financeiro à manutenção do ENASF-AP, alguns municípios migraram seus serviços de ENASF-AP para eMulti, o que detalhadamente foi discutido na subseção anterior.

Assim, há uma verdadeira confusão em relação à classificação destas equipes tanto para os municípios, como para a gestão estadual ao cadastrá-las nos sistemas de informação, bem como sobre a nomenclatura adotada -"equipe multiprofissional"-, haja vista que para muitos respondentes do questionário da pesquisa, qualquer equipe composta por profissionais de diversas formações pode ser considerada uma eMulti. O que trouxe um viés à coleta de dados, pois, não se sabe ao certo se os profissionais quantificaram estas equipes considerando a nomenclatura encontrada no SCNES ou se quantificaram pelo entendimento teórico-conceitual de equipe multiprofissional.

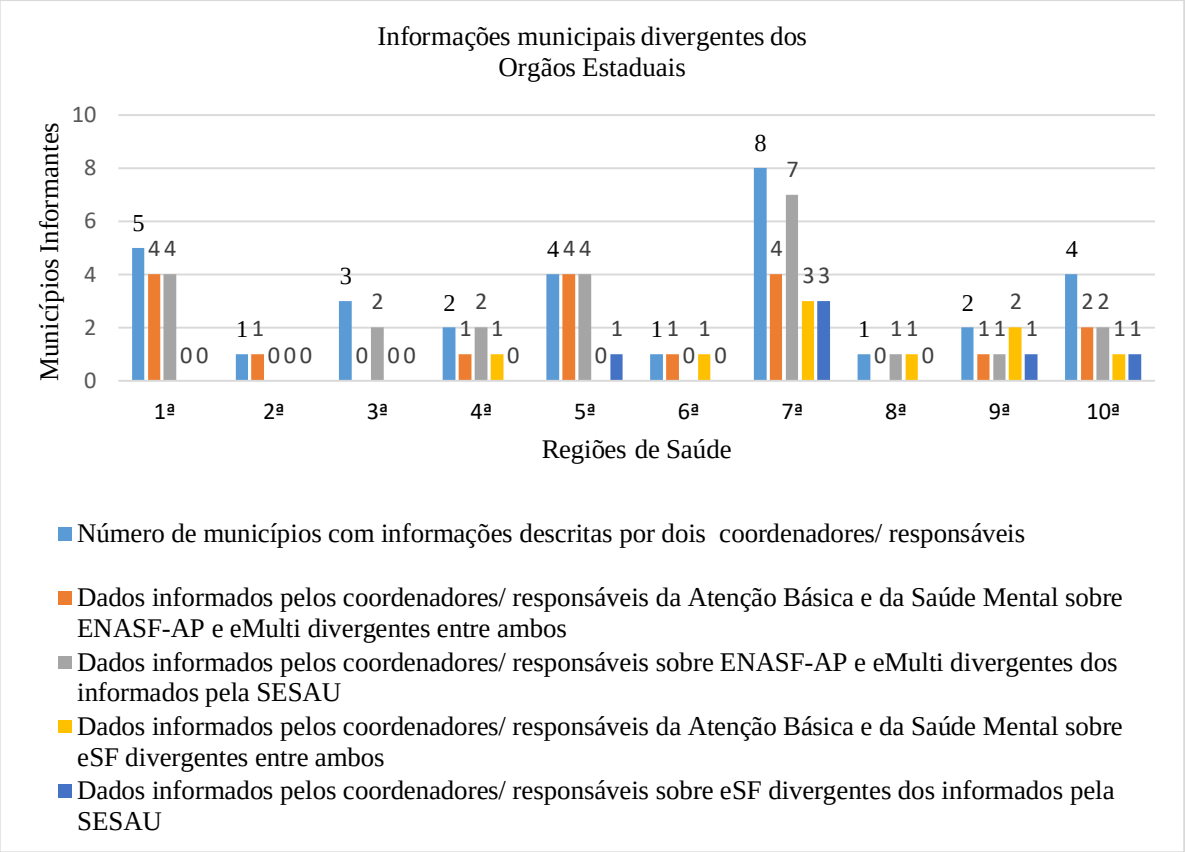
Percebe-se que no SCNES muitos municípios cadastram algumas equipes como ENASF-AP, mas que, na prática estas desempenham funções de eMulti, e vice-versa. Os coordenadores/responsáveis, no momento da coleta de dados, possuiam nitidamente dificuldades em compreender quais funções deveriam ser realizadas por cada serviço o que ratifica a necessidade de normativas que esclareçam tais questões, pois observamos nos relatos da pesquisa formas de atuação equivocadas, e desempenho de funções não compatíveis com os níveis de complexidade a que pertencem, tendo em vista uma delas ser considerada equipes de Ligação[69].

[68]Para manter o ENASF-AP, caberia ao gestor Municipal, Estadual e do Distrito Federal a responsabilidade de informar a regra contratual deste cadastro para não geração de créditos de procedimento de Média e Alta Complexidade no Sistema de informação Ambulatorial (SIA) (Brasil, 2021b).

[69] Equipes de Ligação como já foi explicada na seção anterior, no início de sua criação, estas equipes atenderiam como interlocutora nos diversos níveis de complexidade, enquanto o ENASF-AP atuaria nitidamente no nível de baixa complexidade.

No entanto, estas divergências se tornam mais evidentes quando percebemos a desarticulação dos serviços de atenção primária com os serviços CAPS. Um número significativo de Coordenadores/responsáveis pela saúde mental não sabe exatamente as características de seu território quanto ao número de eSF, eAB, ENASF-AP ou eMulti que possui em seu município, o que causa a sensação da nítida desarticulação do CAPS com a atenção primária, quiçá no apoio matricial entre as equipes. O gráfico 2, expressa bem esta divergência entre ambos os coordenadores/ responsáveis.

Gráfico 2 - Informações sobre o número de serviços municipais de saúde divergentes entre coordenadores municipais de saúde mental e atenção primária, e entre estes coordenadores e Órgãos Estaduais, Alagoas, 2023, n=31



Fonte: Sistematização realizada pela autora

Em todo estado há respostas divergentes, parece não haver uma articulação direta entre atenção primária e saúde mental, até mesmo o número e o tipo de serviço que cada um coordena não está evidente para o outro, quiçá a existência de um planejamento conjunto para ações articuladas entre ambos. Também percebemos a falta de definições na nomenclatura adotada pelo Estado ao que se define como ENASF-AP e eMulti, essa confusão também se estende, em uma menor proporção, nos serviços compostos por eAB e não eSF. Sendo assim, não seria confiável analisar os dados referentes à ENASF-AP e eMulti separadamente nas

seções seguintes, pois os dados identificados de uma equipe podem ser equivocadamente confundidos ao da outra. Neste sentido, as análises que se relacionaram a estas duas respostas sempre serão apresentadas inevitavelmente de forma unificada.

Mas, por que tantas divergências e falta de nitidez na nomenclatura entre os profissionais? É importante destacar que as mudanças de concepções políticas e de gestão administrativa contribuem consideravelmente para tais confusões de entendimento e atuação no apoio Matricial. Um dos princípios fundamentais para a implementação de ações matriciais é a articulação em rede, e conhecer o território de atuação torna-se indispensável. Quando coordenadores expressam quantitativos de serviços irreais, revelam que a atuação no território de forma articulada entre serviços, de fato não acontece. As dúvidas quanto à existência de algo surgem, quando de fato não o conhecemos.

Nesse processo de pesquisa, busquei identificar quais municípios de fato realizam o matriciamento em Alagoas. Encontrei a seguinte situação: dos 67 municípios participantes da pesquisa que os coordenadores da atenção primária afirmaram possuir ENASF-AP e/ou eMulti, menos da metade destes serviços, 44,8% (30 municípios) realizam ações de apoio matricial, índices muito distantes do alcançado pelas equipes CAPS, em que 98,1% dos municípios com estes serviços (52 municípios relatados pelos coordenadores de saúde mental) dizem realizar o apoio matricial conforme descrições da tabela 1.

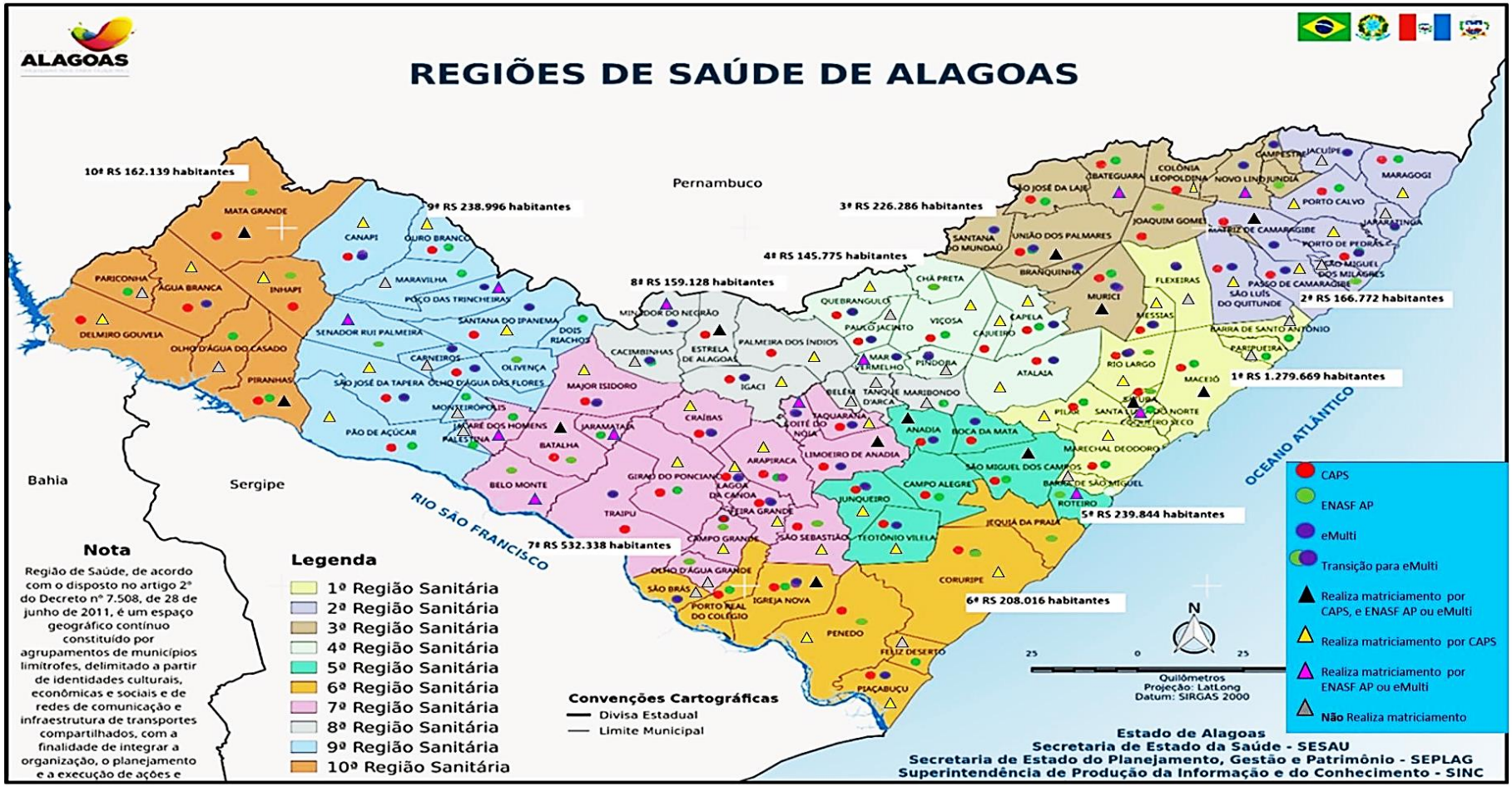
Tabela 1 - Apoio Matricial em Saúde Mental realizado por ENASF-AP, eMulti, e CAPS nos municípios pesquisados, Alagoas, 2023.

Apoio Matricial em Saúde Mental	ENASF-AP/ eMulti	%	CAPS	%
Municípios que NÃO realizam ações	37	55,2	1	1,9
Municípios que REALIZAM ações	30	44,8	52	98,1
Total de municípios participantes	**67**	**100**	**53**	**100**

Fonte: Sistematização realizada pela autora

Estes dados estão detalhadamente expressos na Figura 4 com a representação cartográfica do Estado de Alagoas:

Figura 4 - Mapa das Regiões de Saúde do estado de Alagoas e os equipamentos CAPS, ENASF-AP e eMulti em funcionamento quanto a realização do matriciamento.



IBGE 2018, Malha Municipal; SESAU 2011, Regiões de Saúde de Alagoas; SEPLAG/ SINC/GGEO 2020.

Fonte: Governo do Estado de Alagoas. https://dados.al.gov.br/catalogo/dataset/9043be4d-35d0-4ce8-8732-84d452681753/resource/dad93c03-011e-4336-86d7-d8cfbab17010/download/regioesdesaudeal.png; Área de planejamento da Supervisão de Atenção Psicossocial, Alagoas, 2022; e Plano Estadual de Saúde 2020-2023, Alagoas. Destaques no mapa e legenda sistematizada pela autora.

Na representação gráfica observamos que 65 municípios alagoanos realizam de alguma forma o matriciamento em saúde mental, ou seja, 63,72% do estado de Alagoas realiza o apoio matricial, segundo os participantes do estudo. Estes dados são reflexos das distintas exigências determinadas por indicadores que não são pactuadas em comum acordo nas diferentes áreas de atuação. Ora um conjunto de indicadores e metas é exigido à atenção primária para garantia de recursos, ora outros indicadores e metas distintas da atenção primária são exigidos para saúde mental, como já discutimos em seções anteriores ao debater os indicadores de desempenho. Por conseguinte, a realização de ações passa a ser embasada por diretrizes administrativas, quando não se tem definidas determinadas exigências, alguns serviços acabam não realizando o apoio matricial em saúde mental, por esta ação não está no rol de suas obrigações prioritárias.

Um grande desafio é o matriciamento ser priorizado não só na saúde mental, mas que retomasse como indicador de saúde mental e fosse implantado como indicador da atenção primária, esta situação torna-se conflitante, quando os interesses entre os serviços são divergentes e o interesse em realizar o apoio matricial acaba sendo unidirecional. Os indicadores de assistência à saúde de qualidade precisam ser revistos, conforme evidenciado nos relatos da segunda fase da pesquisa de campo, por 10 coordenadores dos serviços CAPS, ENASF-AP/eMulti de 5 municípios alagoanos selecionados.

> O matriciamento em relação ao CAPS é prioritário porque é o nosso indicador. Então, se a gente não atingir a meta, a gente tem perdas em relação a isso. Na verdade, o fato de ser nosso indicador de saúde mental já é algo que não entendemos muito bem. Porque o Matriciamento deveria partir da atenção básica, mas ele acaba não partindo! Parte muito mais da gente, ele é nosso indicador, e não da atenção básica. Na atenção básica, na verdade, não tem nenhum indicador relacionado à saúde mental. Ele é nosso, então para a gente ele é prioritário; mas talvez se ele não fosse nosso indicador, talvez não tivesse essa prioridade como é hoje (Coordenador 10).
>
> Aqui a gente tem essa meta de 12 matriciamentos no mínimo ao ano, então necessariamente precisamos no mínimo fazer um matriciamento por mês, por exemplo. Por ser um indicador, precisamos bater essa meta [...]. Mas eu acredito que [o matriciamento] é fundamental, justamente porque existe essa necessidade de contato com outros profissionais e o cuidado. É uma necessidade básica do CAPS e dos serviços que atende esse usuário, não só nas questões psicológicas, como nas questões físicas também, no cuidado com a rede e com esse usuário no território (Coordenador 01).
>
> O matriciamento é prioritário, e necessário (...). Porque muitos não têm um entendimento. Temos a dificuldade da demanda vinda da UBS, e precisamos estar sempre esclarecendo. “Não sabia que tinha que fazer assim!” Mas é prioridade para que o serviço siga com excelência (Coordenador 09).
>
> O matriciamento deveria, sim, ser prioridade, mas infelizmente, as unidades [UBS] ainda têm essa dificuldade (Coordenador 02).

A definição de indicadores matriciais estaduais para atenção primária (conhecido por muitos entrevistados como atenção básica) e atenção especializada com repasse de recursos estaduais poderia ser uma opção para o aumento da adesão de ações matriciais pelos profissionais da atenção primária principalmente.

Outro ponto que talvez justifique a não realização do apoio matricial por alguns municípios seja a inexistência de documentos norteadores e definidores de ações matriciais no município. Percebemos que 47,6% das respostas dos coordenadores/responsáveis pela atenção primária e pela saúde mental indicam que o município não possui nenhuma normativa e 26,6% nem sabem responder, somente um número aproximado a 25% responderam que há alguma normativa, seja guia orientador, portaria, resolução, nota técnica, decreto ou lei municipal, apesar da perceptível dificuldade destes que responderam, sim, em identificar documentos locais específicos, trazendo na maioria, portarias, manuais, e resoluções ministeriais e não documentos locais, como representado na tabela 2.

Tabela 2 - Presença de normativas no processo de apoio matricial nos municípios alagoanos relatados pelos coordenadores, Alagoas, 2023.

Presença de normativas ao apoio matricial em saúde mental nos municípios	Coordenador da Atenção Básica	Coordenador de Saúde Mental	Total	%
Não possui normativa	38	23	61	47,6
Não sabe	20	14	34	26,6
Sim, guia orientador	8	5	13	10,1
Sim, portaria	4	5	9	7,1
Sim, nota técnica	1	5	6	4,7
Sim, resolução	1	2	3	2,3
Sim, decreto	0	1	1	0,8
Sim, lei municipal	0	1	1	0,8
Total de respostas	**72***	**56***	**128***	**100**

*Nota:*Números superiores ao quantitativo de participantes do estudo, pois houve coordenador que apontou mais de uma resposta.*

Fonte: Sistematização realizada pela autora.

Na grande maioria, a formulação de políticas estaduais acontece de forma muito tímida, e geralmente na saúde há a reprodução de políticas ministeriais, mesmo compreendendo-se que "a autonomia dos governos subnacionais permite uma ação estratégica, na medida em que os governos são muito mais que simples operadores da política definida no governo federal" (Mora, 2023, p.169).

Em Alagoas, mesmo ocorrendo alguns investimentos do governo estadual, em termos de políticas de saúde, a maioria deles é operacionalizada segundo normativas ministeriais. Ademais, como os serviços básicos acabam sob responsabilidades dos municípios, os estados

muitas vezes se envolvem somente com o apoio técnico, e políticas de saúde estaduais acabam ausentes. Deste mesmo modo, apesar de assumir a responsabilidade direta da assistência primária à saúde, os municípios também não elaboram políticas locais, e assim, o vazio deixado pelas políticas federais permanecem na organização dos sistemas locais.

O estado de Alagoas oficialmente não tem publicado portarias, notas técnicas, políticas, nem ao menos guias instrutivos destinados ao matriciamento em saúde mental de seus municípios. Alguns deles como Maceió, teve a iniciativa local em parceria com a Universidade Federal de Alagoas de produzir um guia[70] para os profissionais de CAPS e NASF e um panfleto norteador[71] para os profissionais da atenção primária (Maceió, 2019), que durante alguns anos esteve publicado no site oficial da Secretaria de Saúde de Maceió. No entanto, a partir de 2021, após mudanças de gestor municipal muitos arquivos que ali se encontravam foram retirados de circulação, incluindo este guia orientador. Situações que

[70] Material produzido pelos membros do projeto de extensão MatriciaMENTE no ano de 2019, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Maceió, através dos técnicos da coordenação de saúde mental e da atenção primária do município. Foi incorporado e adotado como guia às práticas matriciais do município intitulado como '**Matriciamento em Saúde Mental**: Guia para Profissionais de NASF e CAPS do município de Maceió' (Maceió, 2019). As primeiras ações de Matriciamento em Maceió datam do ano de 2015, realizadas a partir do projeto-piloto MatriciaMENTE, retomado nos anos seguintes através do programa de extensão CuidadosaMente em sua segunda versão atuando junto às equipes, possibilitando um espaço de supervisão e apoio institucional para os profissionais. Quanto ao Guia, "foi necessária a elaboração de instrumentos para auxiliar as equipes a registrarem dados qualitativos, além dos números. Neste contexto, o projeto de extensão MatriciaMENTE, elaborado pela Universidade Federal de Alagoas e Residência de Enfermagem em Psiquiatria e Saúde Mental, da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas, ganha destaque, pois a partir do processo de apoio e supervisão das equipes de CAPS e NASF, foi desenvolvido e divulgado em ambiente virtual, o Guia Matriciamento em Saúde Mental para profissionais da rede do Município de Maceió. O guia foi construído como produto das oficinas e rodas de discussões realizadas junto às equipes dos CAPS e NASF. Os encontros tiveram por objetivo fortalecer a compreensão dos profissionais sobre o que é matriciamento, reiterando as formas de apoio, o compartilhamento dos casos com a finalidade de garantir a corresponsabilização do cuidado" (Farias, 2020, p.61-62).

[71] **Figura 5 -Folder produzido pelo Projeto de Extensão MatriciaMENTE para divulgar o matriciamento em saúde mental no município de Maceió à atenção primária.**

Fonte: Projeto MatriciaMENTE, arquivo pessoal da pesquisadora e autora, 2019.

retomam a discussão o poderio do politicismo local refletindo em supressão de materiais orientadores úteis e publicizados aos profissionais de saúde. Atitudes contrárias a uma gestão democrática de coletivos favoráveis ao matriciamento.

Porém, mesmo com estas situações visíveis de manipulação política, quando os coordenadores/responsáveis foram questionados se o município incentiva ações de matriciamento em saúde mental, 46,2% (31 coordenadores da atenção primária) e 88,7% (47 dos coordenadores de saúde mental) responderam que sim. A outra parcela, que respondeu não, revelou diversos motivos para a gestão não incentivar tais ações (Tabela 3). Entre os motivos, destaco o desconhecimento sobre o conteúdo (11,9%), a ausência de recursos para realização de tais ações apontada por 12 coordenadores/responsáveis, e 68 coordenadores/responsáveis reforçam que não sabiam da existência de recursos financeiros repassados pelos governos para estes fins. Também observei que mesmo com o incentivo limitado, a grande maioria dos coordenadores municipais que ainda não realizam o matriciamento possuem interesse em implementá-lo no seu município (32,2%).

Tabela 3 - Incentivo da gestão municipal e federal, e interesse do município à realização do apoio matricial em saúde mental, Alagoas, 2023.

	Coordenador/ responsável da Atenção Primária	%	Coordenador/ responsável de Saúde Mental	%
Incentivo da gestão municipal ao matriciamento				
Há incentivo da gestão	31	46,2	47	88,7
Não se incentiva, pois não se articula ações de educação permanente ao matriciamento	7	10,5	0	0
Não se incentiva, pois não entendemos do que se trata.	8	11,9	0	0
Não se incentiva, pois não possuímos recursos para realização das ações.	9	13,5	3	5,7
Não se incentiva, pois não temos profissional suficiente	8	11,9	2	3,7
Não se incentiva, pois percebemos falta de motivação das equipes	4	6	1	1,9
Incentivo financeiro do governo federal ao matriciamento				
Não há repasse destinado a esta ação	19	28,3	16	30,2
Não sabe se há algum repasse	44	65,7	24	45,3
Sim há repasse	4	6,0	13	24,5
Interesse do município em realizar o matriciamento				
Não possui interesse	1	1,5	1	1,9
Possui interesse em realizar, mas pouco incentivo	22	32,8	0	0,0
Precisa conhecer melhor para decidir	24	35,8	1	1,9
Já incentiva a realização do matriciamento	20	29,9	51	96,2
Total de municípios participantes do estudo	**67**	**100**	**53**	**100**

Fonte: Sistematização realizada pela autora.

Assim, observei que o matriciamento em muitos municípios alagoanos vem ocorrendo, apesar de não acontecer em sua totalidade, por isso suas ações precisam ser ampliadas, entretanto, acontece de forma expressiva mesmo com alguns obstáculos políticos, administrativos e conceituais. A seguir, o debate sobre os diversos obstáculos deste processo apontados na produção científica.

3.3 O debate sobre obstáculos e desafios ao matriciamento no SUS

Para o desenvolvimento desta tese de doutorado busquei aprofundar o debate acerca dos obstáculos à efetivação do matriciamento no cenário brasileiro a partir de estudos já publicados. Este movimento realizado no início da pesquisa, para elaboração do estado da arte, produziu análises que balizaram a pesquisa de campo, as leituras bibliográficas e a pesquisa documental.

A metodologia utilizada para a construção do estado da arte foi a Revisão Integrativa seguindo as recomendações do PRISMA para a seleção das publicações elegíveis. Foram incluídos 22 artigos publicados em periódicos, 21 dissertações e 07 teses disponíveis em bancos de trabalhos científicos na Internet, totalizando em 50 estudos analisados integralmente. Após a identificação do conteúdo nos trabalhos, para a construção do texto classifiquei-os em seis categorias temáticas (categorias identificadas e nomeadas por mim) a partir dos elementos mais encontrados nos estudos.

No aprofundamento das leituras constatei que os obstáculos à efetivação do matriciamento são diversos, o que se torna um enorme desafio para a gestão e os trabalhadores, deste modo, reforço que apesar de didaticamente separá-los em categorias temáticas, estas categorias estão imbricadas o tempo todo. Um obstáculo ora se apresenta como causa, ora como consequência de outro, ora como meio para sua implementação, não importa! Portanto, há fortes interlocuções entre os obstáculos, e, como em qualquer apoio matricial, os nós são evidentes na rede e apresentam-se constantes entre suas conexões. Iniciemos o debate!

3.3.1 Inconsistências sobre o modelo de assistência em saúde compartilhado em rede e sobre as concepções acerca da política de saúde mental

Obstáculos epistemológicos sobre a concepção do apoio matricial foram apontados pela maioria dos estudos. Em Dourados, Mato Grosso do Sul, um estudo considerou a representação social dos profissionais da atenção primária e especializada acerca do apoio matricial em saúde mental inconsistente e difícil de ser implantado, apesar do conhecimento não aprofundado que os trabalhadores possuíam sobre o tema (Teles, 2017).

O apoio matricial se estabelece a partir de relações dialógicas, na horizontalidade de poderes, em que um saber não deve sobrepor hierarquicamente o outro. A horizontalidade

colabora para a distribuição de poderes a partir da participação e entendimento de que os diversos saberes se complementam, e que tudo depende de negociações. Que condutas terapêuticas não devem ser determinadas por especialistas, mas que partam de várias escutas e de decisões coletivas (Chazan *et al.*, 2019; Klein, D'Oliveira, 2017; Muller, 2019; Teles, 2017) inclusive de decisões que valorizem o protagonismo tanto dos profissionais não especializados na área quanto da própria pessoa que faz uso do sistema de saúde, o usuário do SUS[72].

Não há como realizar o apoio matricial se o profissional não entende as diretrizes e orientações das políticas de saúde mental, das lutas para a garantia ao tratamento de saúde ofertado no território, se não conhece a lei 10.216 que trata dos direitos das pessoas com transtornos mentais reorientando o modelo de assistência à saúde destas pessoas. É o conhecimento destas diretrizes que faz o profissional defender um tratamento de base comunitária, mais humanizada e de cuidado longitudinal em que não seja usurpado o direito de viver com sua família no ambiente que se sente pertencente a ele. Serviços contrários a estes princípios limitam as possibilidades de vida destes usuários na comunidade.

Ações não articuladas em rede impossibilitam melhoras em suas condições de saúde, pois muitos elementos estão interligados a produção de vida, elementos que ultrapassam o biológico, que estão inseridos no social, no econômico e cultural do espaço em que se vive, que estão ligadas às condições de pobreza, de existências oprimidas e de negação de direitos (Faria, Ferigato, Lussi, 2020; Iglesias, Avellar, 2019; Santos, Cunha, Cerqueira, 2020; Oliveira *et al.*, 2020; Santos *et al.*, 2018; Vasconcelos, Barbosa, 2019). Um dos estudos aqui analisados aponta as disparidades sociais quando revela que em países de alta renda os transtornos mentais afetam de 35% a 50% das pessoas e que em países de baixa e média renda que não oferecem tratamento estes índices se elevam para 76% a 85% da população (Saraiva *et al.*, 2020).

Neste sentido, dificuldades em lidar com estigmas sociais também dificultam o atendimento em rede, pois aspectos sociais estão submersos na cultura local. Pessoas com transtorno psíquico sofrem, além de sua sintomatologia, com a segregação e desqualificação social; com o preconceito de que são incapazes de produzir, de ter autonomia e de exigir seus

[72] Que estes usuários tenham a liberdade de escolher o caminho que mais se adequa ao seu estilo de vida, na defesa dos direitos humanos e na perspectiva de uma política de redução de danos (Faria, Ferigato, Lussi, 2020; Iglesias, Avellar, 2019; Klein, D'oliveira, 2017). Que as mudanças de concepções sobre saúde mental também partam dos usuários do sistema, pois é comum pessoas buscarem os serviços de saúde somente pela procura da medicação e atendimento de uma única categoria profissional e um só modo de terapêutica, reproduzindo-se modelos hegemônicos biomédicos (Lima, Gonçalves, 2020).

direitos; com a retirada do direito de viver em comunidade; ou quando não lhes são assegurados o acesso a serviços nos diversos níveis de atenção, inclusive na atenção primária (Iglesias, Avellar, 2019; Souza, Amarante, Abrahao, 2019; Lima, Gonçalves, 2020; Santos *et al.*, 2018; Vasconcelos, Barbosa, 2019; Teles, 2017).

Deste modo, atuar no território transforma o olhar dos sujeitos, quando há estratégias de melhorar as condições de vida daqueles em sofrimento mental, a relação da sociedade para com eles também se modifica, possibilitando a redução de olhares preconceituosos sobre a loucura. Com o apoio matricial a atenção à saúde é deslocada para o território, e as soluções para aquela pessoa passa a ocorrer no espaço que ela vive, na rede de convívio, e assim há uma tendência de se reduzir os estigmas (Souza, Amarante, Abrahao, 2019).

Se oferecer assistência a uma pessoa com transtorno mental dentro do território já é limitado por medo e sentimento de periculosidade inculcado há séculos na sociedade, imagine o estigma quando esta pessoa que na maioria das vezes possui transtornos comportamentais ainda faz uso prejudicial de drogas! O uso das drogas é uma prática social estigmatizada sujeita a preconceitos, discriminação e criminalização que produzem barreiras ao acesso de serviços de saúde. O apoio matricial pode ser uma oportunidade para se trabalhar estes sentimentos que profissionais da atenção primária possam ter para o atendimento desta população. A presença de um CAPSad é fundamental para transformar estes olhares, democratizar o cuidado e ampliar estratégias. O proibicionismo tem se revelado uma estratégia fracassada alimentada pela mídia que potencializa o desespero por soluções emergentes de forma simplificada, dando ênfase a droga e não a pessoa e nem ao contexto que está inserida (Faria, Ferigato, Lussi, 2020).

Todavia os princípios previstos no SUS - integralidade, universalidade e equidade - têm sido ameaçados muito antes da publicação da Lei n.º 13.840/2019 pelo Governo Federal, em que a internação involuntária poderá ser solicitada pelo familiar ou servidor público da área da saúde, Assistência Social ou órgãos públicos integrantes do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (Sisnad) desde que formalizada por decisão médica. Estas normativas da Lei 13.840/2019, além de não reconhecerem a assistência prioritariamente pautada na lógica de Redução de Danos, estabelecem a abstinência e reclusão social como única forma de tratamento. O que se traduz em recursos favoráveis à internação em Comunidades Terapêuticas ao invés de priorizar implantação e manutenção de serviços como o CAPSad (ainda muito escassos) no território brasileiro (Brasil, 2019c; Faria, Ferigato, Lussi, 2020).

A equidade é a diretriz que pressupõe o reconhecimento da singularidade do sujeito no seu processo de adoecimento mental, portanto os profissionais devem incorporar práticas mais flexíveis e inclusivas, e as reflexões sobre microespaços de trabalho, gestão e organização de ações passam a ser fundamentais para a realização do apoio matricial (Souza, Amarante, Abrahao, 2019). Estudo revela que para alguns transtornos como ansiedade e depressão, cuidados colaborativos, ou na lógica do apoio matricial são mais eficazes que o tratamento convencional na lógica biomédica (Saraiva *et al.*, 2020).

Mas, quando há incompreensões sobre a mudança ocorrida nesta lógica do compartilhamento das ações, a fragmentação da assistência se mantém (Dantas, Passos, 2018; Pinheiro, Kantorski, 2020; Oliveira *et al.*, 2021) mesmo em ações matriciadas. Pesquisa revela que psiquiatras ao realizarem consultas na atenção primária reduzem o número de casos matriciados, talvez pela cultura de trabalharem no modelo biologicista e de não compartilharem as responsabilidades para outros profissionais (Godoi *et al.*, 2020).

Além disto, as mazelas da lógica capitalista de ritmo de vida acelerado, de transformações na economia que exigem qualidade no trabalho sem considerar a qualidade de vida do trabalhador, de incentivo à competitividade e o individualismo em detrimento à solidariedade se reproduzem (Santos, Cunha, Cerqueira, 2020; Coneglian, 2019) impactando diretamente na subjetividade do profissional.

Em síntese, as inconsistências sobre o modelo de assistência em saúde pautado no compartilhamento das responsabilidades entre os profissionais, usuários e família, que acabam não reforçando as potencialidades do território, tem sido um grande obstáculo à prática do apoio matricial. O viver no território reduz estigmas e favorece o acesso aos recursos que ele próprio tem. Neste sentido, apostar em terapias de reclusão social interrompem a lógica de uma política de saúde mental democrática, comunitária e antimanicomial e, por conseguinte a lógica de um cuidado compartilhado ofertado pelo apoio matricial. Além disso, questões subjetivas do profissional também se tornam obstáculos, como descreverei na categoria seguinte.

3.3.2 Dificuldades subjetivas do profissional durante a atuação

Como o profissional pensa e constrói sua subjetividade, ou seu “eu”, ou sua identidade, influencia muito no desenvolvimento do matriciamento. Para matriciar estar disposto a trabalhar com o outro nas relações de forma genuína é muito importante. Pois as relações de poder podem transformar-se em obstáculos nas relações tanto entre profissional-

pessoa que recebe o cuidado, quanto nas relações entre os profissionais que compartilham o cuidado. Quando o profissional não compreende os conceitos epistemológicos que envolvem a assistência colaborativa e compartilhada, bem como os princípios do SUS, e põe suas vontades e forma de ser acima de orientações políticas determinadas, impasses de ordem pessoal surgem e são apontados como um importante obstáculo à prática matricial.

Alguns autores destacam entre estes impasses, os impasses transferenciais e contratransferenciais[73] (Cohen, Castanho, 2021), bem como ideias de que "sou detentor de determinado saber" podem gerar conflitos identitários e muitos desafios ao compartilhamento de saberes, pois o profissional entende que o outro ultrapassará os limites de seus saberes invadindo o campo de saber do outro. Além disso, a equipe matriciada, bem como a equipe matriciadora, poderão resistir a qualquer sugestão ou trabalho em conjunto mantendo-se distantes umas das outras (Chazan *et al.*, 2019; Godoi *et al.*, 2020; Klein, D'oliveira, 2017; Muller, 2019; Teles, 2017; Pinheiro, 2017) e "qualquer opinião ou crítica que toca o núcleo de saber do outro é percebida como descabida e invasiva, prevalecendo 'um imaginário de mútua exclusão e competitividade' entre as equipes" (Iglesias, Avellar, 2019, p. 1252).

O matriciador às vezes se sente na responsabilidade de transferir conhecimento e muitas vezes não consegue se colocar como aprendiz. No apoio matricial o conhecimento deve ser produzido a cada encontro, todos têm conhecimento sobre determinado aspecto para ser compartilhado e aproveitado. Um obstáculo à transformação da lógica do compartilhamento é a educação de transferência de saberes. O apoio matricial "não pode pautar-se em uma relação de 'professor-aluno' para não incentivar algo que já está muito presente nas práticas de saúde: uma relação de inferioridade entre generalistas e especialistas" (Silva, 2017, p.106), é preciso que as práticas matriciais ultrapassem relações de ensino e sejam compreendidas como relações de aprendizagem, para ambas as equipes (Silva, 2017).

Pois a transferência de saber assemelha-se a uma receita de bolo, "voltada à prescrição de um modo ideal de se viver e à tentativa de respostas padronizadas aos problemas de saúde

[73] De fato, ao cuidar ou ser cuidado, o ser humano é mobilizado em sua subjetividade. Ao seguir um tratamento de saúde, o usuário é atravessado por emoções, construções de sentido e outros elementos, e parte disso atinge o profissional de saúde, que também pode ser tomado por fortes afetos, ideias variadas, etc. A psicanálise construiu um conhecimento sobre esse processo calcado nos conceitos de transferência e contratransferência, que apresentarei resumidamente. "Transferência, em linhas gerais, é a tendência de fragmentos passados se atualizarem nas relações atuais: sentimentos de amor e ódio em relação aos pais podem permear a relação de um usuário com um médico e transformar sua capacidade, por exemplo, de compreender e seguir um tratamento prescrito. Ser objeto de amor ou ódio de um usuário, por sua vez, não é algo neutro para um profissional de saúde, que, mesmo sem perceber, pode encher-se de grandiosidade frente a usuários que o idolatrem, ou ficar incomodado e esquivar-se de usuários que lhe dirijam parcelas de ódio mais ou menos dissimuladas. Essas reações dos profissionais às transferências dos usuários são chamadas de contratransferência, e são uma matéria-prima importante do que denominamos de dimensão do cuidado do matriciamento" (Cohen, Castanho, 2021, p.04).

que se apresentam" (Iglesias, Avellar, Ribeiro Neto, 2021, p.5). E esta lógica acaba impedindo um projeto terapêutico de ultrapassar o biológico para atingir condições reais de vida (Iglesias, Avellar, Ribeiro Neto, 2021). Nutrindo resistências de alguns profissionais, como os agentes comunitários de saúde, em ofertarem cuidados de saúde numa perspectiva diferente daquela forma cartesiana que estava acostumada a desenvolver (Gozzi, 2017; Oliveira *et al.*, 2020).

Estas situações podem gerar tanto desresponsabilização do profissional de referência, pois o profissional matriciador acaba triando os casos que lhe compete e prescreve as condutas sem ao menos negociá-las com o outro profissional; como também pode gerar desconforto ao profissional de referência por não ser considerado os saberes que possui sobre o usuário de seu território, o que o faz não se sentir corresponsável (Oliveira *et al.*, 2020; Pinheiro, 2017). "Como se apenas a Atenção Básica tivesse algo a aprender e os matriciadores a ensinar. O apoio, na verdade é para dizer o que tem que fazer, fiscalizar, cobrar, aí ficam difíceis as relações" (Iglesias, Avellar, 2019, p. 1252).

Neste sentido é necessário semear um ambiente seguro para transitar neste cenário interdisciplinar, civilizar e/ou dissolver fronteiras, desfazer fantasmas, favorecer a comunicação entre equipes e promover encontros (Chazan *et al.*, 2019; Godoi *et al.*, 2020; Iglesias, Avellar, 2017; Santos, Cunha, Cerqueira, 2020; Muller, 2019).

O apoio matricial está longe de ser um trabalho de supervisão, no sentido literal de controle e fiscalização à efetivação de regras (Iglesias, Avellar, 2017). No entanto, sentimentos de medo, ou falta de habilidade técnica e domínio das tecnologias relacionais podem provocar conflitos nas relações entre profissionais de diferentes formações ou de distintos serviços, gerando posturas de superioridade ou inferioridade, e a supervalorização da *expertise* do especialista em relação ao saber generalista. Condições que dificultam a prática matricial (Iglesias, Avellar, Ribeiro Neto, 2021; Muller, 2019; Lima, Gonçalves, 2020). Relações entre os profissionais matriciados e matriciadores, segundo a psicanálise, "sempre haverá um nível de assimetria entre os profissionais acerca de um "suposto saber" por parte de outro" (Vieira da Silva, 2021, p.177) e aprender a lidar com esta assimetria é importante ao apoio matricial.

Principalmente quando se vive em um país como o Brasil, de muitas desigualdades sociais, que impactam em diferenças salariais e de status significativos entre os profissionais do campo da saúde. Em que algumas profissões recebem poderes exacerbados perante outras, muitas vezes ocupando cargos decisórios que se desdobram em relações de opressão para com

aquele não detentor do poder (Vieira da Silva, 2021). Diante destas relações, muitas vezes há receio da equipe matriciada em serem avaliadas, julgadas e corrigidas (Gozzi, 2017).

Além disso, obstáculos comunicacionais também são visíveis quando a equipe matriciadora não é tão constante na unidade, nem percebe as necessidades interpessoais da equipe matriciada e não valoriza os sentimentos que emergem. É necessário os matriciadores estarem atentos quando algum profissional desenvolve *Burnout,* ou está em crise sofrendo com processos do trabalho, frustrações, conflitos entre colegas, em que ações de cuidado ao cuidador precisam ser realizadas (Chazan *et al.*, 2019; Iglesias, Avellar, Ribeiro Neto, 2021; Oliveira *et al.*, 2020).

A sobrecarga de trabalho e sentimento de frustração e angústia também podem ocorrer nos profissionais matriciadores, quando há elevada cobrança por respostas que os profissionais da atenção primária lhes impõe, quando não há compartilhamento de responsabilidades nem de soluções, e quando a expectativa dos profissionais da atenção primária é de ter um local especializado para encaminhar e transferir a responsabilidade (Iglesias, Avellar, Ribeiro Neto, 2021; Santos, Cunha, Cerqueira, 2020; Garcia *et al.*, 2017; Araújo, 2019). Segundo pesquisa realizada com as equipes NASF em Santa Catarina apontam que 24% das dificuldades no apoio matricial estão voltadas a pessoalidade e subjetividade dos trabalhadores, suas resistências, inseguranças, medos e estigmas (Silva, 2018).

Porém, em ambas as equipes (matriciadores e matriciados) as frustrações são reduzidas quando os profissionais vão percebendo que o apoio matricial traz resultados (apesar de lentos para os casos crônicos), desde a disponibilidade e abertura a outras formas de produzir saúde ao invés de disputas de poder (Iglesias, Avellar, Ribeiro Neto, 2021; Iglesias, Avellar, 2017). O apoio matricial “oferece suporte naquilo que assusta uma determinada equipe e/ou a faz sofrer” (Iglesias, Avellar, 2017; p.72) para que se sintam à vontade em expor suas fragilidades e favorecer a abertura dos canais de comunicação.

Outro obstáculo ao apoio matricial que impacta no canal de comunicação é o não acionamento do apoio matricial por parte da atenção primária (Pinheiro, Kantorski, 2020; Lauer, 2018), porém um dos estudos ratifica a necessidade da equipe matriciadora dos CAPS não ficarem limitadas e até mesmo dependentes dos chamados da UBS e irem em busca das demandas. A equipe de atenção primária precisa dar conta de muitas questões e as demandas de saúde mental acabam reprimidas, como os CAPS também geram demandas, estas podem ser o ponto de partida à articulação com a atenção primária, mas é necessário manejo ao levar essas demandas para não soar como mais um “trabalho” às equipes de atenção primária (Pinheiro, Kantorski, 2020; Saporito, 2020). Neste sentido os novos rearranjos, como ir à

busca das demandas, faz o potencial inventivo do profissional surgir com liberdade e autonomia em seu processo de trabalho (Iglesias, Avellar, Ribeiro Neto, 2021).

Então, abandonar certos protocolos do “que é, ou não é, de minha responsabilidade” (grifos nosso) facilitam o canal de comunicação e a construção de vínculos entre as equipes, no sentido de mostrarem-se mais disponíveis e preocupados com o problema que aflige o outro profissional, na busca de dar mais suporte emocional e técnico no momento que o outro necessita. Não assumir posturas defensivas de fluxos fechados que se negam a tentar solucionar determinada questão, contribui e muito para a abertura do canal de comunicação e aceitação do apoio matricial (Iglesias, Avellar, 2017; Klein, D’oliveira, 2017).

Outra questão que facilita o canal de comunicação são as relações face a face, enquanto estreitam os vínculos entre profissionais matriciadores e matriciados, bem como entre profissionais e usuários. Ir *in loco* aos serviços é importante para entrar em contato com a realidade vivenciada e todo seu contexto, favorecendo a sensibilidade a determinada situação (Oliveira *et al.*, 2020; Pinheiro, Kantorski, 2020). Espaços informais são fundamentais para que a troca ocorra (Vieira da Silva, 2021), como o cantinho do café, ou do chá, ou até mesmo uma roda de conversa no fim do expediente. Estes métodos de encontros presenciais são estímulos cruciais em meio a tantos recursos tecnológicos e virtuais que o mundo proporciona nos dias de hoje. No entanto, a proximidade entre os serviços por si só não garante o compartilhamento do cuidado em saúde mental, é preciso manter espaços de discussão e trocas (Engstrom, 2019) e profissionais mais flexíveis ao diálogo (Vieira da Silva, 2021).

É necessário compreender que o processo de trabalho não deve ser controlado por lógicas gerenciais, pois se trata de um trabalho vivo que deve ser feito com autonomia e liberdade, isto não quer dizer ausência de gestão, muito pelo contrário, precisa-se ter habilidade suficiente para saber conduzir as situações diversas das quais não se tem controle (Santos, Cunha, Cerqueira, 2020; Teles, 2017).

Em síntese, muitas são as dificuldades subjetivas do profissional durante atuação no matriciamento, desde conflitos identitários, manutenção do poder de determinadas profissões, reprodução da pedagogia bancária de transmissão de conhecimentos nas ações matriciais, até o medo e a falta de habilidade na comunicação com seus pares e na percepção de suas necessidades. Além disto, o não acionamento da equipe matriciadora, a impossibilidade de quebra de protocolos engessados e a falta de relações face a face entre os profissionais têm sido pontuados pela maioria dos estudos como impasses para a lógica matricial ser implementada. No entanto, quando o profissional em seu processo de formação não recebe

nenhum estímulo para trabalhar de forma compartilhada no matriciamento este obstáculo ainda se torna maior, como descreve a categoria seguinte.

3.3.3 Lacunas no processo de formação profissional

Diante de tantos desafios, uma estratégia que pode amenizar estes obstáculos ao apoio matricial seria o investimento no processo de formação do profissional. Na maioria dos estudos, os matriciadores não tiveram formação em Saúde da Família, Saúde Coletiva ou Saúde Pública (Chazan *et al.*, 2019), como então, "saber matriciar?". Saber o conteúdo específico de determinada área, aqui em especial, a área de saúde mental, nada garante que se saiba realizar um apoio matricial. Para "ser" matriciador muitos elementos estão além do domínio de critérios sintomáticos para se definir diagnósticos, prescrições ou condutas biológicas, é necessário aprender a escutar, dialogar, negociar, mediar conflitos, conhecer diretrizes e princípios do SUS.

Os desafios são colocados desde a graduação, quando em algumas categorias profissionais nem mesmo o SUS é contemplado no currículo, quiçá conteúdos como clínica ampliada, Projeto Terapêutico Singular, trabalho com grupos ou apoio matricial, isso mesmo após aprovação das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos universitários em 2004, que adotam o SUS como eixo orientador (Oliveira, Campos, 2017; Chazan *et al.*, 2019; Vasconcelos, Barbosa, 2019).

Uma pesquisa realizada no município de São Paulo sobre o processo de produção do psicólogo e do psiquiatra no apoio matricial entre 2014 a 2018 identificou, em algumas regiões, maior quantidade de apoio matricial na produção do psicólogo que na produção do psiquiatra, justificando-se que o psicólogo tem como referenciais norteadores de sua profissão a interdisciplinaridade e a integralidade (Godoi *et al.*, 2020), por isso a relevância destes conteúdos no processo de formação profissional.

Também vale lembrar que na graduação alguns cursos mantêm um modelo de ensino "tradicional, disciplinar e fragmentado, com pedagogia centrada na transmissão de saberes verticalizada, centrada no professor e desvinculada da realidade" (Oliveira, Campos, 2017, p. 193). O que tem sido relatado em estudos é a educação informal da academia como maneira de adquirir manejo com estes conteúdos que envolvem debates políticos sobre políticas públicas de saúde mediante movimentos políticos, movimentos estudantis e projetos de extensão (Oliveira, Campos, 2017).

Então como estimular o trabalhador da saúde à gestão participativa se em seu processo de formação ainda há influência de um modelo positivista, com perspectiva tecnicista e ênfase na fragmentação do saber? Como formar profissionais aptos a trabalhar no coletivo se na estruturação curricular práticas interdisciplinares estão distantes da realidade? Na tentativa de diminuir os impactos dessa formação positivista, o governo (especificamente nos mandatos de Lula e Dilma Rousseff) tem incentivado alterações nos cursos de graduação da saúde, abertura de programas de residências multiprofissionais e processos de educação permanente (Emerich, Onocko-Campos, 2019).

Os estudos apontam àqueles que possuem formação em Saúde da Família têm mais disponibilidade em fazer consultas conjuntas, e discutir casos nas equipes dos diversos serviços, ultrapassando a prática dos tradicionais encaminhamentos burocratizados para outros serviços, por estar contemplado em seu conteúdo programático da formação, a temática do apoio matricial (Chazan *et al.*, 2019; Oliveira, Campos, 2017). Por outro lado, quando os profissionais da atenção primária não se sentem instrumentalizados o suficiente para lidar com os casos que envolvem transtornos mentais, os encaminhamentos para os CAPS se intensificam. E tornam-se ainda mais preocupantes quando somado a isto, os estigmas sociais culturalmente instalados mantém a invisibilidade das pessoas acometidas por estes transtornos (Vasconcelos, Barbosa, 2019).

Nas pós-graduações *lato sensu* como algumas residências multiprofissionais não preparam adequadamente seus profissionais na competência para matriciar, apesar de reconhecerem especializações de terapia de família, de psiquiatria clínica, de atendimento psicológico de crianças e adolescentes e de psicodrama, além dos programas de residência em psiquiatria ou multiprofissional em SM, ou mestrado em atenção psicossocial como importantes fontes para aquisição de conhecimento em saúde mental (Chazan *et al.*, 2019).

Assim, outros métodos educacionais precisam ser incluídos no processo de aprendizagem dos profissionais para além dos mecanismos formais universitários. Os serviços precisam incorporar a educação constante em seus processos de trabalho. Por isso surge a Educação Permanente em Saúde (EPS) como vertente educacional potente que estimula os profissionais refletirem sobre seu processo de trabalho, autogestão, mudança institucional e transformação das práticas a partir do aprender a aprender, de trabalhar em equipe e de (re)construir cotidianos visando dar respostas mais resolutivas aos problemas que surgem da saúde (Rodrigues *et al.*, 2020).

A EPS deve fazer parte do dia a dia das equipes e ter espaço e carga horária garantida na dinâmica do serviço para a equipe que está constantemente se aperfeiçoando e assim

constituir-se de um espaço importante de discussão e aperfeiçoamento para compreender a função do apoio matricial. O problema é quando nem todos os profissionais aderem a EPS e ações não são realizadas, inclusive as de apoio matricial e espaços acabam sendo subutilizados (Rezende, 2021). A EPS defende que para incorporar a integralidade é necessário superar a fragmentação do cuidado e das ações de ensino e serviço, princípios estes coerentes à função pedagógica matricial (Rodrigues *et al.*, 2020).

Mas, a falta de aperfeiçoamento constante ou de pouca adesão à EPS impacta diretamente em obstáculos subjetivos e culturais do profissional na efetivação do apoio matricial, e soluções pontuais de educação continuada surgem como alternativa no processo de formação. A presença de cursos promovidos pelo Ministério da Saúde e Secretarias do Estado (como ocorreu em Campinas no curso com o método Paidéia[74]), bem como os projetos de extensão promovidos pelas universidades são ótimos recursos para promover educação continuada dos profissionais e estimular a educação permanente da equipe (Chazan *et al.*, 2019; Oliveira, Campos, 2017). Em Santa Catarina apesar de a maioria dos profissionais de NASF que participaram da pesquisa terem entre um e dois anos de atuação, a maioria relata ter sido capacitada por cursos nas áreas de NASF, saúde da família e/ou saúde mental, o que tem revelado um cenário positivo ao processo matricial (Silva, 2018). Enquanto em Alagoas, no município de Maceió a implantação do matriciamento e a formação dos profissionais ocorreram em parceria com um projeto de extensão universitário e a Secretaria Municipal de Saúde (Silva, 2017; Nascimento *et al.*, 2022, Farias 2020).

Além destas formas de estímulos, a supervisão clínico-institucional[75] que durante alguns anos foi financiado pelo governo Lula e Dilma Rousseff, também pode ser uma forma de educação permanente para as equipes matriciadoras (Garcia *et al.*, 2017). E o próprio apoio matricial pode ser uma capacitação, tendo em vista sua função pedagógica eficiente para a redução da medicalização excessiva e a melhoria de acesso aos serviços de saúde (Santos, Cunha, Cerqueira, 2020).

Diante destas lacunas no processo de formação são poucos os profissionais com habilidades e disponibilidade adequada para a realização do trabalho matricial (Souza,

[74]"O método Paidéia é um modelo de formação que incorpora elementos propostos para os grupos Balint-Paideia e trabalha combinando discussão de casos, reflexão sobre as práticas e ofertas teóricas. Aposta na possibilidade de que os profissionais alterem sua capacidade de análise e de cogestão de si mesmos e do mundo que os cerca" (Oliveira, Campos, 2017, p. 189).

[75] Supervisão dada por um profissional especialista em saúde mental aos serviços de um determinado município. Esta supervisão é financiada por verbas federais destinadas a programas de qualificação de serviços de saúde, e para que seja financiado o município submete um projeto ao edital de seleção.

Amarante, Abrahao, 2019; Garcia *et al.*, 2017; Sarzana *et al.*, 2021, Teles, 2017; Silva, 2019). Em Nossa Senhora do Socorro, município de Sergipe, apesar de 94,1% dos profissionais de CAPS e ESF participantes do estudo terem relatado conhecer o apoio matricial e o identificá-lo como estratégia facilitadora do cuidado, 64,7% destes confirmaram que não possuem curso de capacitação para atuar nesta estratégia (Fonseca, 2018). Em Quixadá, no Ceará, e Itamarandiba, em Minas Gerais, os profissionais da pesquisa também relatam a falta de qualificação sobre apoio matricial, ratificando que a indefinição ou desconhecimento das funções dos diversos membros da equipe também dificulta no processo matricial, principalmente ao assumir responsabilidades (Pereira, 2019; Barbosa da Silva, 2017).

Além disso, ainda há a falta de experiência do profissional apoiador, mesmo quando ele passa por um processo de educação formal ou de "autoformação" e didaticamente procura estudar e compreender determinada temática, o manejo como matriciador ainda não foi adquirido. Observei esta situação na experiência ocorrida em Maceió, capital de Alagoas, que a equipe matriciadora participante do projeto-piloto[76] não se expressava de forma articulada e integrada nas reuniões de apoio matricial com as equipes de referência. A pesquisa revelou que quando a equipe matriciadora não se conhece, não é possível estabelecer conexão entre seus membros, e torna-se mais confuso para a equipe matriciada compreender determinadas orientações. O diálogo se torna mais fácil quando os profissionais se conhecem, caso contrário ideias divergentes da própria equipe podem gerar discussões desnecessárias (Silva, 2017), tornando-se mais um obstáculo ao processo matricial. No entanto, pesquisa realizada em Curitiba revela que unidades de saúde, campos de estágio para estudantes residentes, mostram-se mais abertas ao diálogo e discussão de casos do que àquelas que não possuem vida acadêmica (Viana, 2018).

Somando-se a isto, sentimentos de insegurança também são apontados pela equipe matriciadora. No estudo de Muller (2019) a insegurança em atuar no apoio matricial, não está somente nas queixas de alguns profissionais jovens, pois todos requisitam aperfeiçoamento constante. Todos os profissionais, independentemente de sua experiência, precisam estar permanentemente em treinamentos, por isso a importância de participar de discussões sobre apoio matricial e o cotidiano do trabalho em reuniões de equipe, fóruns de saúde mental, durante o apoio institucional ou supervisão matricial (Oliveira, Campos, 2017).

[76]Projeto piloto de implantação do apoio matricial no município de Maceió – AL. Em que a equipe de apoio matricial foi formada com profissionais de diferentes serviços (CAPS, NASF, CnaR e Residentes médicos e de enfermagem de psiquiatria e saúde mental) a partir de suas disponibilidades e afinidades ao tema durante uma reunião promovida pela Secretaria de Saúde do Município e UFAL.

Alguns temas também foram considerados relevantes à capacitação do apoio matricial como “trabalho em rede, modelos de gestão e de atenção, comunicação, manejo de grupos e estratégias pedagógicas” (Oliveira, Campos, 2017, p. 200), além de temáticas relacionadas a “aspectos subjetivos do cuidar, como o manejo de crises, interação social e recursos terapêuticos, o que prejudica a edificação de uma ação integrada matriciamento/equipe de referência no território” (Oliveira *et al.*, 2020, p.5).

A consequência da pouca habilidade dos profissionais é a não realização de fato do apoio matricial como relatado no estudo desenvolvido no estado do Paraná em que mesmo havendo equipes NASF e CAPS o apoio matricial não ocorre devido à baixa articulação entre os serviços (Garcia *et al.*, 2017; Pereira, 2019; Barbosa da Silva, 2017) e a não divisão de responsabilidades (Fonseca, 2018).

A desarticulação entre os serviços, muitas vezes proveniente da pouca habilidade profissional adquirida nos processos de formação para tal fim, reduz consideravelmente o acesso a eles, e não só aos serviços especializados, mas, especialmente o acesso aos serviços básicos. As equipes de saúde da família precisam ter acesso à equipe de apoio, e segundo o Programa Nacional de Melhoria de Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)[77], em que avalia o acesso das equipes de atenção básica aos NASF através do apoio matricial. Através do PMAQ-AB observa-se a periodicidade dos encontros com o NASF, organização e planejamento de ações conjuntas entre os dispositivos, as disponibilidades e integração das ações realizadas entre ambos, e o estímulo à educação permanente (Gozzi, 2017).

Nas dimensões de ações do PMAQ-AB a qualidade de assistência é uma delas, e incentivos a mudanças de comportamento dos profissionais através da educação permanente tem sido uma das apostas de apoio a estas equipes. Pesquisas realizadas em banco de dados do PMAQ-AB revelam que de 17.055 equipes de saúde da família avaliadas, 84% informou receber algum tipo de apoio, entretanto as regiões sul e sudeste foram as que indicaram maior grau de apoio, regiões marcadas por melhor estrutura de rede de serviços, e os índices mais baixos de apoio ao norte, região de menor desenvolvimento econômico e maior

[77]O PMAQ-AB foi criado em 2011, por meio da portaria de número 1.654, de 19 de julho. Posteriormente, pela portaria de número 535, de 3 de abril de 2013, foi realizada a inclusão do NASF no programa. A proposta, de acordo com essa última portaria, é que, através do programa, haja o estímulo à ampliação do acesso e à melhoria dos níveis de qualidade da atenção básica. Como consequência da adesão dos municípios ao PMAQ, há o repasse de recursos financeiros para aqueles que obtenham a melhora na qualidade dos serviços avaliados (saúde da família, NASF, equipes de saúde bucal e centro de especialidades odontológicas). Essas informações foram retiradas do portal da atenção básica (Gozzi, 2017, p. 28).

vulnerabilidade social (Gozzi, 2017). Em uma pesquisa realizada em Araraquara, São Paulo revelou que a adesão ao PMAQ-AB favorece as ações matriciais (Gozzi, 2017).

Assim, percebo que dificuldades no processo de formação profissional impactam negativamente no desenvolvimento do processo matricial, entretanto, algumas alternativas têm sido desenvolvidas para reduzir o impacto causado pela falta do conteúdo ou de experiências de estágio em apoio matricial na educação formal do profissional de saúde durante sua graduação como: investimentos na educação permanente ou ao menos na educação continuada, programas de residências multiprofissionais, cursos de extensão vinculados a universidades, especializações e mestrados em saúde mental e saúde coletiva, supervisão técnico institucional e programas de melhoria na qualidade da assistência.

3.3.4 Terceirização, privatização dos serviços estatais de saúde e envolvimento dos gestores

Outros obstáculos presentes nas pesquisas são os que se referem às formas de gestão com a terceirização dos serviços e a contratação dos profissionais por indicação política. A gestão dos estabelecimentos de saúde deveria ser de responsabilidade da secretaria municipal ou estadual, entretanto com o neoliberalismo esta responsabilidade de gerir acaba sendo transferidas as entidades de direito jurídico e personalidade privada como as Organizações Sociais da Saúde (OSS). Cada OSS possui um acordo político e técnico singular, distinguindo-se uma das outras em termos de quantidade de profissionais contratados e dos valores salariais pagos. Com esta situação é muito comum em alguns municípios, como em São Paulo, que possui mais de 20 contratos com OSS distintas, o incentivo ao apoio matricial depender das prioridades firmadas em cada acordo político, o que acaba gerando conflitos entre profissionais e a instabilidade de permanência de alguns deles (Godoi *et al.,* 2020). Há também possibilidade de as contratações ocorrerem por Fundações em vez de OSS, como aconteceu em Curitiba (Viana, 2017).

Nestas formas de contratação ainda emergem outra problemática, não há transparência nos critérios de seleção dos profissionais para o NASF, não há definições de perfis profissionais que precisem ser exigidos para a formação do corpo de trabalhadores, e quiçá que estes critérios sejam estabelecidos sob orientações favoráveis à Clínica ampliada e ao apoio matricial (Makluf, 2019). Pois muitas vezes observa-se o aumento na quantidade dos serviços, como ocorreu no município do Rio de Janeiro, de 10 para 75 NASF, no entanto, por falta destas definições de perfis profissionais no momento da contratação, a reprodução da lógica produtivista, individualizada e ambulatorial persiste nos serviços, mesmo quando estes,

deveriam implementar a ideia matricial de trabalho interdisciplinar e em rede (Santos, 2019). Muitas vezes para desenvolver ações na lógica matricial, profissionais precisam contrariar as normativas da gestão local (Viana, 2018). Nestas situações pesquisas apontam imposições políticas, que condicionam as contratações de pessoal interferindo na composição das equipes nos três níveis de gestão do SUS (Coneglian, 2019).

Muitas vezes ocorrem essas formas de pactuações políticas, terceirização de serviços a partir das OSS, e até quarteirização deles, que traduzem em vínculos trabalhistas precários, alta rotatividade dos profissionais, poucos profissionais contratados, atrasos salariais (Rezende, 2021), e o não comprometimento e entendimento dos gestores com as diretrizes políticas, técnicas e conceituais do apoio matricial. Quando o gestor do serviço consegue inserir na organização do serviço espaços para reuniões, visitas, encontros e momentos matriciais, garantindo que naquele determinado momento a agenda do profissional médico, do psicólogo ou terapeuta ocupacional não esteja preenchida para que o possibilite participar de uma discussão de caso, o apoio matricial tem maiores possibilidades de ocorrer. E se este gestor ainda participa das reuniões e se envolve com a manutenção do apoio matricial no serviço, os resultados podem ser ainda mais satisfatórios (Chazan *et al*, 2019; Cohen, Castanho, 2021; Dantas, Passos, 2018; Iglesias, Avellar, 2019; Iglesias, Avellar, Ribeiro Neto, 2021; Klein, D'Oliveira, 2017; Santos, Cunha, Cerqueira, 2020; Lima, Gonçalves, 2020; Sarzana *et al.*, 2021).

Existem experiências brasileiras exitosas que são favoráveis ao processo matricial, no município de Paraíba do Sul no Estado do Rio de Janeiro, a maioria do quadro efetivo de profissionais da atenção primária é estatutária, incluindo os profissionais do NASF, o que consequentemente mantêm-se os vínculos trabalhistas refletindo na permanência dos profissionais no serviço, e, por conseguinte mantendo-se os vínculos terapêuticos, com 94% dos trabalhadores concursados e apenas 6% amparados na CLT, traduzindo-se para o autor do estudo em redução na precarização das relações de trabalho, o que tem sentido diante da estabilidade empregatícia. O município ainda faz uso estratégico da Educação Permanente em Saúde como dispositivo favorável ao apoio matricial, garantindo 20% da carga horária semanal de todos os trabalhadores para este fim, o que se consideram avanços nesta nova forma de produzir saúde diante de tantos desafios (Mello, 2021).

Muitas queixas dos profissionais matriciadores é que os gestores só se envolvem com o apoio matricial quando estão para implantá-lo, mas para mantê-lo é necessário empreender continuamente as negociações administrativas com a gestão pelos profissionais matriciadores. Como se as responsabilidades com o apoio matricial fossem de ordem exclusiva dos

matriciadores, e todas as orientações à atenção primária quanto a mudança epistemológica matricial fossem funções somente do CAPS e NASF.

Gestores precisam sempre estar juntos para dar o suporte necessário e manter as negociações, estimular a educação permanente, parece que há uma preocupação em manter reuniões matriciais, porém estas reuniões dos gestores com a equipe apoiadora (e não somente com os coordenadores destas equipes) como meio de escutá-los, dar suporte às dificuldades encontradas, e de ir além das questões institucionais precisam ser mais frequentes (Iglesias, Avellar, 2019; Pinheiro, Kantorski, 2020).

Neste sentido, um estudo revela que quando há aproximação entre os gestores de serviços matriciadores e matriciados, facilita-se muito o apoio matricial (Santos, Cunha, Cerqueira, 2020), por outro lado, quando estes gestores possuem uma formação deficitária e os profissionais influenciam de forma negativa seu entendimento, o apoio matricial acaba não ocorrendo de forma adequada (Vasconcelos, Barbosa, 2019). Esta situação ainda se torna mais complexa e vulnerável quando os gestores não fazem parte do serviço e ocupam cargos de coordenação, ou quando há constantes trocas de gestão (Gozzi, 2017; Coneglian, 2019), ou ainda mais quando a escolha deste coordenador ocorre de forma antidemocrática, a partir de uma indicação sem a participação direta da equipe de profissionais (Silva, 2021).

Por isso que alguns estudos propõem que os gestores elaborem um cronograma de reunião bimestral com todos os serviços que compõem a RAPS municipal, que orientem a realização de reuniões de equipe das unidades básicas de saúde semanalmente, que se fortaleçam projetos de cuidado à equipe, que se trace um fluxograma de atendimento e que uma cartilha de orientação da Rede de Atenção Psicossocial seja elaborada (Sarzana *et al.*, 2021).

Entretanto, o envolvimento do gestor e a garantia de espaços no cronograma do serviço para reuniões, não garantem plenamente a incorporação da lógica de cuidar singular, interdisciplinar, articulado em rede, que favorece as relações dialógicas e de corresponsabilização. Ao compreender as reuniões como o "enquadre de uma atividade em grupo, percebemos que ele não é condição suficiente para que os efeitos da dimensão de cuidado do matriciamento se possa dar, mas é dimensão necessária" (Cohen, Castanho, 2021, p. 11).

Se o entendimento conceitual e político do matriciamento e se atuações profissionais continuarem cristalizadas em modelos tradicionais, as discussões de casos nas reuniões se tornarão superficiais e rápidas, sem nenhum envolvimento afetivo ou de compromisso do profissional para com o usuário. Sua permanência na reunião não passará de uma simples

obrigação que precisa ser cumprida. Essa urgência em terminar rápido uma reunião parece estar mais atrelada a outros fatores externos àquele momento, como obstáculos estruturais e relações precárias de trabalho, do que necessariamente à urgência de soluções aos casos apresentados (Cohen, Castanho, 2021; Dantas, Passos, 2018; Iglesias, Avellar, 2019; Iglesias, Avellar, Ribeiro Neto, 2021).

Têm-se gestores municipais, responsáveis pela mediação e implementação de programas de saúde, que aderem à proposta do NASF somente por vislumbrar como um meio de adquirirem o financiamento das equipes multiprofissionais, sem possuírem ao menos, a compreensão epistemológica do apoio matricial e das rupturas com o modelo tradicional necessárias para sua efetivação, o que acaba gerando distorções na forma de funcionamento das equipes (Garcia *et al.*, 2017; Coneglian, 2019; Pinheiro, 2017). "Em Itamarandiba - MG, o NASF foi criado na perspectiva de remunerar os profissionais que já trabalhavam no município, e assim continuar o atendimento individual já existente, fugindo à lógica idealizada pelo programa" (Barbosa da Silva, 2017, p.100).

Em síntese, a forma como ocorre a administração dos serviços e gestão do trabalho em saúde nos aspectos relacionados à contratação profissional e atuação dos gestores tornam-se obstáculos à lógica do apoio matricial quando falta transparência no processo seletivo dos profissionais contratados, quando não se define perfis, quando não se exigem critérios mínimos de conhecimentos sobre a atuação em modelos ampliados de saúde, quando a gestão não protege espaços de reunião e educação permanente e exige mais produtividade do que a qualidade dos atendimentos. Além do mais, trocas constantes de gestores e/ou coordenadores destes serviços têm dificultado a relação de continuidade de vínculos entre equipes. A precarização das condições de trabalho, com baixas remunerações, elevadas jornadas de trabalho, ausência de planos de cargos e carreiras tem sido bastante apontadas como obstáculos de gestão juntamente com a redução de recursos financeiros, disponibilizados pelas mudanças nas políticas públicas, e a ausência de programas de governo. Entretanto, os obstáculos continuam a aparecer na forma de estruturação desta administração e no funcionamento da rede de assistência, questão que será aprofundada na categoria seguinte.

3.3.5 Estrutura e funcionamento da rede de assistência em saúde

Esta categoria complementar à anterior, também trata da administração do serviço, tendo em vista questões estruturais e de funcionamento poderem ser consideradas "reflexos",

quando são as consequências; ou "causas", quando são as geradoras de determinadas situações que dificultam a realização do apoio matricial.

Um dos obstáculos aqui observados foi o excesso de demanda. Algumas equipes vivenciam situações contrárias às determinações ministeriais, como a de ultrapassar o número máximo permitido de equipes matriciadas pelo NASF (Chazan *et al.*, 2019; Rodrigues *et al.*, 2020; Silva, 2019; Coneglian, 2019; Lauer, 2018) ou o número excessivo de atendimentos dos profissionais da rede básica (Oliveira *et al.*, 2020; Saraiva *et al.*, 2020; Vasconcelos, Barbosa, 2019).

Esta situação ainda se agrava quando esses profissionais precisam assumir além dos casos leves, os casos intermediários pela inexistência de serviços ambulatoriais de saúde mental que realizam psicoterapia ou consultas específicas[78], pois os profissionais se angustiam e acabam se responsabilizando por tais demandas, mesmo compreendendo que não seria sua função direta (Klein, D'Oliveira, 2017; Mello, 2021). O maior número de serviços responde positivamente ao apoio matricial, é o que revelou uma pesquisa realizada em Araraquara, São Paulo, com trabalhadores do NASF em que a presença de muitos NASF 3[79] com carga horária acima do mínimo estipulado pela portaria é favorável a atividades matriciais (Gozzi, 2017).

Somadas a isto, algumas unidades de saúde não se configuram oficialmente como estratégia de saúde da família, e fica ainda mais difícil acompanhar o caso, diante da inexistência de reuniões, da carga horária limitada de alguns profissionais, e da sobrecarga de trabalho para outros, revelando ainda mais a falta de investimentos financeiros (Iglesias, Avellar, 2017; Santos, Cunha, Cerqueira, 2020; Souza, Amarante, Abrahao, 2019; Cavalcante, 2019; Makluf, 2019) e o tempo limitado às práticas matriciais.

---

[78] Até as orientações da política de saúde mental instituída pela Portaria 3088/11 os ambulatórios de saúde mental não eram considerados serviços integrados a rede psicossocial, entretanto com as reformulações ocorridas nesta portaria em 2017, foi publicada a Portaria 3588/17 que retornam os ambulatórios de saúde mental com esta função de atender os casos de complexidade intermediária.

[79] O NASF 3 (uma das modalidades de NASF determinada pela portaria 3124/2012 que vincula-se de 1 a 2 eSF e/ou equipes de Atenção Básica) é criado para, em conjunto com os NASF 1 (modalidade vinculada a 5 ou 9 eSF e/ou equipes de Atenção Básica) e 2 (modalidade vinculada a 3 a 4 eSF e/ou equipes de Atenção Básica), possibilitar a universalização destas equipes para todos os municípios (Araújo, 2019). É necessário lembrar da recente alteração no financiamento destes dispositivos ocorrida com a nova PNAB (Vieira da Silva, 2021). Destaco aqui que durante a escrita da tese houveram este questionamento se atenção básica ou primária, porém adotei a nomenclatura primária por se tratar do nível de atenção à saúde e este ser considerado de maior espectro, no entanto, em alguns momentos do texto mantenho a nomenclatura 'Atenção Básica' por este termo estar presente nos textos oficiais do ministério da saúde em alguns períodos da história da saúde. Também mantenho "Atenção Básica" nas citações de publicações e nos relatos dos entrevistados por ética a reprodução fiel das falas existentes.

Também há relatos de gestores nos estudos que outra fragilidade na rede é a inexistência de NASF e CAPS em municípios de pequeno porte por não serem elegíveis à implantação destes serviços, o que impossibilita ações de apoio matricial e os forçam buscar apoio em outros municípios que assim o possuem, mas que os inviabilizam a articulação territorial (Garcia *et al.,* 2017).

A falta de investimentos e de um fluxograma bem definido de atendimento, foi um dos obstáculos estruturais apontados por quase todos os estudos, seja pela inexistência de serviços (principalmente os estabelecidos pela política de saúde mental, como os dispositivos CAPS em várias modalidades: CAPSad, CAPSi, CAPSIII, Unidades de Acolhimento, leitos especializados em saúde mental em hospitais gerais) ou, pela falta de articulação entre os sistemas de referência e contrarreferência (articulação com o SAMU, com os serviços de alta complexidade ou até mesmo serviços básicos), ou ainda pela existência de serviços[80] distintos com funções semelhantes onde profissionais ficam confusos na execução de seus papéis e suas demandas na rede (Dantas, Passos, 2018; Faria, Ferigato, Lussi, 2020; Santos, Cunha, Cerqueira, 2020; Muller, 2019*;* Cardoso, Joazeiro, 2022; Viana, 2018), ou possuem carga horária limitada para as funções que deveriam realizar (Pinheiro, Kantorski, 2020*)*.

Neste sentido, a fragilidade na definição do fluxograma geram dificuldades de acesso da população aos serviços pela falta de informações, aumentando a burocratização dos encaminhamentos para o nível de atenção secundária. Ademais, esses encaminhamentos não passam de guias formais, pois não há na maioria das vezes a mínima preocupação, ou até mesmo ciência sobre o serviço que se deve contatar para a descrição do caso (Valencio, 2018; Teles, 2017; Barbosa da Silva, 2017; Araújo, 2019). Em muitas outras situações as articulações são pontuais atreladas ao conhecimento que o profissional possui com o outro serviço, e não efetivamente a um fluxo já estabelecido no município (Silva, 2021; Saporito, 2020).

[80] Em Belo Horizonte a saúde mental na atenção primária é apoiada pelas Equipes de Saúde Mental (ESMs) e não pelo Nasf, como preconiza a diretriz nacional. Tais equipes formadas por psicólogo, psiquiatra e assistente social, foram criadas nos anos 1980 com o objetivo de atender à demanda de saúde mental na atenção básica por meio de atendimento mais participativo e capaz de abranger os níveis primário e secundário de assistência, hoje funcionam na perspectiva do apoio matricial, não sendo porta de entrada para os serviços de saúde, pois atuam de forma compartilhada ao dar suporte às equipes de saúde da família (Dantas, Passos, 2018, p. 205). Já no Estado do Rio Grande do Sul em 2011 criou-se um dispositivo de apoio matricial chamado Núcleo de Apoio à Atenção Básica (Naab), por meio da Resolução Nº 403/11 – CIB/RS para municípios com menos de 16 mil habitantes, já que não existia cobertura de saúde mental para estes municípios de pequeno porte e somente em 2012 os critérios de instituição de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) foram modificados, universalizando o acesso de todos os municípios a esse serviço (Pinheiro, Kantorski, 2020, p. 200). O Naab é composto por 4 profissionais com carga horária semanal de 20 horas cada, e o Nasf é composto por 4 profissionais com 30 horas semanais cada (Pinheiro, Kantorski, 2020, p.205).

Também há relatos de municípios que possuem um fluxograma bem definido, porém há sobreposição de diretrizes estabelecidas pelos Departamentos da atenção básica e o de saúde mental gerando confusão nas funções que os profissionais executam, passando o NASF a desempenhar o papel de regulação no acesso às especialidades, como ocorre em Curitiba (Viana, 2018).

Outro estudo realizado no Rio de Janeiro também refere o NASF atrelado ao sistema de regulação, o SISREG[81], que regula a solicitações de consultas e/ou exames feitos pelos médicos de referência das APS através de um médico regulador (Responsável Técnico- RT) que verifica a real necessidade do atendimento, autorizando o agendamento da especialidade solicitada. O problema é que apesar dos esforços de reunir todas as vagas do nível secundário da rede pública em um único lugar, ainda há serviços que não disponibilizam vagas, construindo fluxos paralelos de atendimento que dificultam algumas marcações. Neste contexto o NASF, por ser composto de uma equipe de especialistas, através do apoio matricial possui papel próprio de regulador, inicia a regulação do acesso aos serviços logo nas discussões de caso com os profissionais de referência da atenção primária ao qualificar os encaminhamentos, entretanto, poucos estados vêm o inserindo neste sistema de regulação. Além do Rio de Janeiro e Curitiba, outra experiência tem sido observada com êxito em Florianópolis-SC (Pinheiro, 2017).

Observa-se, portanto, que apesar do SISREG ser uma ferramenta interessante na regulação da assistência especializada, ele acaba por desconsiderar o território em que o sujeito vive. Os usuários são encaminhados sem considerar critérios territoriais, fragmentando a assistência na medida em que os vínculos entre equipe e usuário passam a não ser observados, embora se reconheça que este tipo de regulação centralizada seja necessária para a organização dos serviços de saúde (Pinheiro, 2017).

Porém, é preciso ressaltar que a participação dos profissionais no processo de regulação (pois o regulador é oficialmente o RT), tem auxiliado tanto os profissionais de referência da atenção primária, como ao próprio RT a filtrar verdadeiramente os casos que precisam de solicitação e encaminhamento para a rede, e aqueles que o próprio NASF poderá solucionar. Entretanto, quando os municípios não possuem uma organização, nem sistemas de fluxos, estas situações podem ser obstáculos ao apoio matricial, principalmente quando os

[81] O Sistema Nacional de Regulação criado pelo Ministério da saúde disponibilizado gratuitamente on-line para todos os Estados que queiram utilizá-lo desde 2004 (na sua primeira versão), para gerenciamento de todo complexo regulatório (desde a rede básica, média, até a alta complexidade através da internação hospitalar), com o intuito de promover agilidade e transparência ao fluxo de atendimentos. O Rio de Janeiro está entre as capitais que utilizam esse sistema para a regulação assistencial ambulatorial elaborando um protocolo de orientações aos profissionais reguladores (Pinheiro, 2017).

gestores estabelecem responsabilidades de RT aos NASF transferindo funções que não estão epistemologicamente aptos a realizá-los (Pinheiro, 2017).

É assim que o dispositivo NASF se configura, nasce a partir de um modelo de clínica ampliada e articulado em rede, mas que perde de vista seu referencial, e continua a reproduzir comportamentos tradicionais, limitados, alienantes e repetidos, com metas numéricas de atendimento ambulatorial a serem atingidas, atuando de forma prescritiva em salas individualizadas sem considerar que "no lado de fora" existe um território vivo, pulsante, onde pessoas se relacionam (Dantas, Passos, 2018; Klein, D'Oliveira, 2017; Valencio, 2018; Lauer, 2018; Saporito, 2020).

Esta forma de pensar é incentivada quando em 2017 no governo presidencial de Michel Temer, ocorre a publicação da nova PNAB, e se flexibiliza o financiamento de equipes da atenção primária à saúde, reduzindo-se automaticamente a contratação de equipes interdisciplinares fundamentais ao processo de apoio matricial em saúde mental. Com estas definições, a multiprofissionalidade deixa de ser explicitamente incentivada nos programas de governo, mantendo-se existente de forma cada vez mais discreta (Vieira da Silva, 2021; Mello, 2021; França, 2021; Saporito, 2020), situação que se tornou ainda mais um obstáculo para os avanços do apoio matricial ao produzir tensão e desestabilização do SUS com a política de austeridade do governo federal (Mello, 2021).

Outra estratégia positiva criada foi a contratação de um ativador de rede que desempenhava sua função na metodologia de roda de conversa e colaborar na articulação logística da rede, entretanto, esta iniciativa também foi suspensa pelo ministério da saúde em 2017 com o corte do custeio deste profissional fruto do Projeto "Percursos Formativos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS): Engrenagens da Educação Permanente nos RAPS" em 2016 (Lima, Gonçalves, 2020).

Os estudos ainda apontam que a gestão acaba não colaborando com o matriciamento quando há ausência de: a) um grupo de apoio às equipes matriciais coordenado pela Secretaria Estadual de Saúde (Gozzi, 2017) e; b) de um plano matricial adequado à realidade dos envolvidos favorável à desburocratização dos serviços e aproximação das equipes (Pereira, 2018). Tendo em vista que desburocratizar é romper com tudo que dificulte o acesso à assistência, inclusive romper critérios rígidos para a discussão dos casos com a equipe multiprofissional e utilizar várias ferramentas (Reuniões, PTS, consultas e visitas compartilhadas...) em vez de uma única que pode obstruir o fluxo reduzindo a disponibilidade de prestar suporte (Makluf, 2019).

A situação agrava-se quando a indisponibilidade de acesso está para além do setor saúde, comprometendo a resolutividade dos casos pela falta de comunicação intersetorial e de corresponsabilização com outros setores e secretarias como a de Assistência Social e Educação, ou o Conselho Tutelar, não garantindo a integralidade do cuidado (Dantas, Passos, 2018; Faria, Ferigato, Lussi, 2020, Santos, Cunha, Cerqueira, 2020; Muller, 2019; Pinheiro, Kantorski, 2020; Sarzana *et al.*, 2021; Santos, 2019).

Outro obstáculo que impacta na estrutura da administração, é a liberação de recursos. A escassez de insumos para a realização de ações de promoção da saúde que dificultam os serviços ultrapassar ações curativas e reabilitadoras (Lima, Gonçalves, 2020; Barbosa da Silva, 2017; Silva, 2021; Saporito, 2020). Também dificulta o apoio matricial à falta de energia elétrica, de informática e de acesso à internet, principalmente após crescimento do uso de tecnologia como as *lives*, reuniões on-line no período de isolamento social devido a COVID-19 e a existência de prontuários e sistemas eletrônicos (Cardoso, Joazeiro, 2022; Gozzi, 2017; Mello, 2021).

Recursos necessários só são conseguidos após acionar o Ministério Público ou Judiciário para mobilização da gestão (Silva, 2021), parece que investir na saúde e em especial em equipes multiprofissionais e ações matriciais não são prioridades nos governos, não há uma perspectiva de que estes investimentos impactam na melhoria da qualidade de vida da população.

Na falta de recursos, a ausência de transporte para o deslocamento do profissional de um serviço a outro para reuniões, visitas e consultas conjuntas têm sido limitante à prática do apoio matricial (Iglesias, Avellar, 2017; Santos, Cunha, Cerqueira, 2020; Vasconcelos, Barbosa, 2019; Mello, 2021; Araújo, 2019, Saporito, 2020), no entanto, há estudos que não apontam a falta do transporte e sim de um condutor, um motorista, ou seja, a dificuldade de se ter recursos humanos suficientes ou legislação que permita outros profissionais dirigirem carros oficiais da prefeitura (Pinheiro, Kantorski, 2020). E ainda há outros estudos que apontam a falta de pavimentação das estradas como obstáculo às visitas de apoio matricial (Mello, 2021).

Além das questões relacionadas à infraestrutura municipal, também há o *déficit* na segurança pública, já que a violência local do território foi um elemento novo nas pesquisas entre os obstáculos à implementação do apoio matricial. A ameaça à integridade física e emocional dos profissionais muitas vezes impede do profissional se deslocar até um determinado local, ou manter-se aberto um serviço em horários arriscados, limitando muitas vezes o trabalho do matriciador ou do matriciado (Chazan *et al.*, 2019; Muller, 2019; Santos,

2019, Silva, 2021, Saporito, 2020). O medo gerado por este elemento também faz com que os profissionais não se responsabilize pelo caso, e isso gera a sensação de que o profissional se recusa a trabalhar naquela demanda, causando ainda mais distanciamento entre os profissionais (Iglesias, Avellar, 2017), somado a isto ainda se tem a insatisfação com dificuldades da rotina profissional que alimentam o comodismo e uma prática profissional isolada (Teles, 2017).

Em resumo, dos obstáculos percebidos na estrutura e funcionamento da rede de assistência em saúde, o excesso da demanda, a deficiente articulação em rede e a carga horária limitada de atuação dos profissionais de saúde, tem se caracterizado como fatores dificultadores da lógica matricial, assim como, a falta de recursos para investimentos em insumos e recursos humanos que orientem a realização das ações, e a ausência de um plano matricial que favoreça a desburocratização e o acesso do usuário aos serviços. No entanto, além das mudanças na estrutura e funcionamento também se observa a necessidade de maior organização do trabalho propriamente dito, aprofundado na categoria seguinte.

3.3.6 Formas de organização do trabalho em saúde

Nesta categoria abordei a forma de organização do trabalho em saúde, propriamente dito, dos profissionais matriciadores como impeditivos à lógica do apoio matricial. Segundo pesquisa realizada em Santa Catarina 47% dos comentários dos participantes do estudo relacionaram as dificuldades do apoio matricial à organização do trabalho, enquanto 26,5% relacionaram a estrutura física e dimensão técnica, 24% a pessoalidade e subjetividade dos profissionais e 2,5% a alta demanda de casos de saúde mental para atendimento (Silva, 2018), ou seja, a maior atribuição às limitações ao matriciamento é forma de organização do trabalho.

A incompatibilidade de agendas também dificulta o andamento das reuniões e o alinhamento entre os diversos profissionais de um mesmo serviço, pois cada matriciador começa a realizar suas ações de formas diferenciadas e acabam não definindo as diretrizes comuns a todos os profissionais ao realizarem o apoio matricial (Iglesias, Avellar, 2017; Santos, Cunha, Cerqueira, 2020; Souza, Amarante, Abrahão, 2019; Engstrom, 2019). Porém, precisa-se ter cuidado para a gestão não padronizar uma agenda, que também pode impossibilitar a sua execução, a agenda deve ser flexível e articulada pelos próprios profissionais (Saporito, 2020).

Percebi nos estudos, vários arranjos organizacionais dos matriciadores para facilitarem a comunicação entre eles: há serviços que os arranjos ocorrem em duplas ou trios de profissionais, há outros que preferem se organizar por núcleos temáticos definindo-se qual dos profissionais é referência para aquela determinada área (saúde mental, saúde da mulher, reabilitação...); e ainda outros serviços que preferem não se subdividiram e trabalharem de forma integral nas reuniões de apoio matricial (Klein, D'Oliveira, 2017). Nestas três formas de organização tanto são apontadas potencialidades quanto fragilidades para atuação matricial.

> A pesquisa de avaliação dos CAPS, realizada em 2008, demonstrou que, apesar de a maioria dos CAPS trabalharem a partir do técnico de referência, as mini equipes de referência estão sendo utilizadas em alguns serviços como dispositivos para o acompanhamento de projetos terapêuticos. Dos 1.046 (78,88%) CAPS avaliados no país, 49% trabalham a partir do técnico de referência e 31,8% com mini equipe de referência (Brasil, 2008). Entretanto, na saúde mental, há uma escassez de pesquisas científicas que busquem compreender e analisar o modo de organização em equipe de referência, dificultando a compreensão dos limites e contribuições desses arranjos para a melhoria nos processos de gestão dos serviços de atenção psicossocial (Santos *et al.*, 2018, p. 4).

Quando há a formação das mini equipes busca-se fortalecer o trabalho em equipe e facilitar sua execução, pois é mais fácil compatibilizar agenda. Em um estudo realizado com matriciadores de um CAPS em Santa Catarina, as mini equipes são compostas por quatro ou cinco profissionais com formações distintas, referência para 25 a 30 usuários de um determinado território. Estas mini equipes realizam reuniões entre seus membros, encontros de apoio matricial e visitas domiciliares, além de acolhimento, oficinas e outros. Aponta-se no estudo que este arranjo organizacional favorece o diálogo entre os profissionais da mini equipe, facilita as articulações com o território e qualifica o apoio matricial; no entanto, sua formação dificulta estes profissionais participarem e colaborarem com suas experiências em discussões com outras mini equipes, e favorece a concentração de decisões em um profissional que assume a posição de liderança (Santos *et al.*, 2018).

Quando se organizam por temáticas apesar de facilitar o acesso deste profissional ao serviço que irá apoiar deixando clara a sua atuação naquele campo específico, acaba alimentando uma percepção fragmentada e biológica de assistência voltada às especialidades, pondo em contradição os fundamentos do apoio matricial de uma assistência integral e interdisciplinar (Klein, D'Oliveira, 2017). Uma pesquisa realizada com 52 profissionais de CAPS, NASF e eAP em Fortaleza no Ceará revela que a fragilidade organizacional aliada a insensibilidade das equipes torna-se um obstáculo ao apoio matricial (Cavalcante, 2019).

No caso, quando a equipe prefere trabalhar de forma integral, o fundamento da lógica da integralidade é mantido, porém, muitos outros aspectos podem surgir como dificultadores que já foram expostos aqui no texto, por exemplo, do não envolvimento do profissional com a reunião, não se estabelecendo quem de fato seria responsável por aquela meta.

Lembrando que o problema não é o método de trabalho escolhido para uma determinada situação, se o método favorecerá atendimentos coletivos ou individualizados com o especialista (até porque em alguns momentos eles podem ser necessários), o grande desafio é fazer com que essas ações individuais gerem comprometimento e responsabilização em ambas as equipes e permitam reflexões coletivas (Makluf, 2019). A questão não é deixar de realizar atendimentos individualizados, condenando-os como inadequados (Saporito, 2020; Pinheiro, 2017), mas de realizar ações individualizadas sem as compartilhar em equipe, buscando soluções sem considerar as redes que fazem parte da vida do sujeito, mantendo modelos de assistência tradicionais, biologicistas e fragmentados.

Modelo que acaba sendo reforçado pelas relações precárias de trabalho as quais a maioria dos trabalhadores são submetidos. E que acabam justificando a organização do trabalho pautada nas condições viáveis à realização das ações. Obstáculos estruturais e políticos de gestão causam desmotivação, além da submissão de alguns profissionais aos acordos trabalhistas por precisarem daquele determinado emprego; além da desmotivação causada pelos baixos salários, falta de plano de carreiras, a insegurança do vínculo trabalhista, as várias jornadas de trabalho para a completude da renda mensal, a exaustão do profissional e, por conseguinte seu desinteresse expresso nos atrasos, esquecimentos ou não envolvimento durante as discussões, ou reuniões de apoio matricial (Silva, 2019; Makluf, 2019), são todos fatores que interferem na organização do trabalho à realização do apoio matricial e que retardam a compreensão da lógica de integralidade do cuidado.

Ademais, o que interfere também na incorporação desta lógica transformadora de cuidar é a não identificação do profissional a área escolhida para trabalhar. Por vezes, mesmo aquele profissional que não tem seu vínculo de trabalho precarizado, que foi nomeado através de um concurso público, e que se espera “gostar de trabalhar na saúde mental”, também reproduz práticas inadequadas ao modelo de clínica ampliada. Isto porque não conhece em profundidade a área de saúde mental ou as ferramentas de trabalho, devido fragilidades no processo de formação (aqui já discutidas), ou mesmo por buscarem este cargo no concurso por oportunidade de estabilidade e garantia de direitos trabalhistas (Iglesias, Avellar, 2017; Garcia *et al.*, 2017; Cavalcante, 2019).

No entanto, mesmo melhorando os vínculos trabalhistas através do concurso público; se o referencial de cuidado incorporado pelo profissional não estiver pautado na integralidade e compartilhamento de saberes, a realização do matriciamento ainda será comprometida. Para aquele matriciador que não consegue fazer uma autoanálise de sua atuação e da gestão de seu trabalho na busca de romper com a lógica da produtividade em detrimento a qualidade dos atendimentos, as atividades matriciais serão potencialmente comprometidas (Iglesias, Avellar, Ribeiro Neto, 2021; Muller, 2019; Cavalcante, 2019, Gozzi, 2017).

Vejamos, por exemplo, que um atendimento conjunto exige um determinado tempo superior ao de um atendimento individualizado, diante do nível maior de complexidade (Saporito, 2020). Além disso, há relato de estudo realizado em um pequeno município de São Paulo que o médico não comparecia e/ou não permanecia nas 40 horas de jornada semanal contratada caso não houvesse solicitações diretas da população, ou seja, o não comprometimento de alguns profissionais interferem na implementação do apoio matricial, principalmente quando a gestão está ciente destas situações inadequadas e não se manifestam contrárias a elas, fortalecendo um sistema de corrupção por omissões (Coneglian, 2019).

Outras questões também impedem a efetivação do apoio matricial, alguns estudos relataram que o acontecimento da pandemia do COVID-19 estabeleceu outras ações como prioritárias no momento, a exemplo a vacinação, e a necessidade do isolamento social que passou a reduzir o número de visitas domiciliares, interconsultas e encontros presenciais (Rezende, 2021). Também se percebeu com este acontecimento a fragilidade emocional que afetou muitos profissionais (França, 2021) e que revela necessidade de trabalhar a prevenção do adoecimento destes trabalhadores.

Os obstáculos comunicacionais também estão atrelados ao pouco uso de telefones, mensagens de texto, e-mails e outros canais virtuais (Mello, 2021; Viana, 2018), bem como a falta de sistemas de informações eficientes, em que fiquem registrados os dados relacionados ao apoio matricial (Godoi *et al.,* 2020). Mesmo compreendendo que a lógica do apoio matricial foge à questão do protocolar, é preciso reforçar que o usuário estar sob referência da atenção primária independente de quem acionou a rede (Iglesias, Avellar, 2017) e assim os registros devem estar incluídos no prontuário eletrônico.

Deste modo, são imensos os desafios na prática matricial, e muitas perguntas surgem ao profissional matriciador na hora dos registros: com quem fica o prontuário? Como acompanhar um caso compartilhado sem os dados reais no sistema? Sem o prontuário eletrônico? Sem saber identificar quais os profissionais envolvidos ou os procedimentos

realizados? Como compartilhar em rede sem burocratização se sistemas de informação não são fáceis de serem manipulados? Onde ficam os dados registrados?

Apesar destes obstáculos comunicacionais estarem também ligados à questão do acesso aos recursos (questões aprofundadas na categoria anterior), também passa pela questão da organização do trabalho, quando o profissional percebe a importância de utilizar outros meios para acionar a rede, e de registrar a prática matricial. Ações que impactam no processo organizacional do trabalho que o profissional precisa incorporar, e que por isso foram trazidos na discussão desta categoria.

Em síntese, as formas de organização do trabalho em saúde podem dificultar o processo matricial, desde a cultura da incompatibilidade das agendas ou padronização delas, arranjos organizacionais em grupos de profissionais ou núcleos temáticos que impedem a troca de informações entre profissionais ou que favoreçam a manutenção de decisões monopolizadas, bem como vínculos precários de trabalho e desmotivação profissional podem ser fatores que interferem na realização de ações matriciais. Também se precisa ter um olhar crítico de que estar presente em reuniões, ou nunca realizar atendimentos individualizados, o profissional tenha incorporado à lógica do apoio matricial. O sentido está muito além de aderir métodos grupais, é preciso compreender a singularidade do sujeito para se definir as necessidades de um cuidado integral compartilhado.

Concluo assim, que o debate sobre obstáculos e desafios ao matriciamento no SUS perpassa por inconsistências na implantação efetiva de um modelo ampliado de saúde pautado na defesa do território e ao compartilhamento de responsabilidades entre os envolvidos, como propostos pela reforma psiquiátrica brasileira. Somado a isto, questões subjetivas do profissional, desde conflitos identitários à reprodução de formas de trabalho individualizado e tradicional sem possibilitar caminhos inovadores e quebra de protocolos rígidos, muitas vezes resultantes de deficiências no processo de formação, tem sido apontado como grande obstáculo à realização do matriciamento.

É necessário mudar como ocorre a administração dos serviços e gestão do trabalho em saúde em relação à contratação profissional sem critérios de seleção e clara definição de perfis. Trocas contínuas de gestores nos serviços, vínculos trabalhistas precários, cortes de recursos para o funcionamento dos serviços, indefinição de fluxos e ausência de políticas locais que orientem a prática do matriciamento são alguns dos obstáculos apontados que precisam ser desafiado em favor de um cuidado integral e mais humanizado.

É preciso estar constantemente reavaliando as ações do apoio matricial e seus impactos para possibilitar alterações de percursos. Também há necessidades de estender o

apoio matricial para outros níveis de atenção, além da atenção primária (Iglesias, Avellar, 2017). Mas, é fundamental compreender o apoio matricial tanto no campo da micropolítica da subjetividade, em que o poder interfere nas relações interpessoais (Santos, Cunha, Cerqueira, 2020; Souza, Amarante, Abrahão, 2019), quanto no espaço macropolítico de intervenções sociais e culturais arraigadas que regulam a conjuntura social, e passam a modelar as ações no cotidiano de vida, principalmente na vida do trabalhador.

Sendo assim, na próxima seção, a seção 4, aprofundarei o entendimento do apoio matricial sobre a perspectiva da organização do trabalho nos serviços de saúde, com o intuito de ampliar a compreensão de sua prática nas equipes multiprofissionais, e continuar identificando as potencialidades e desafios à sua efetivação no território alagoano.

4 A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO EM SERVIÇOS DE SAÚDE E SUA REALIZAÇÃO EM EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS: POTENCIALIDADES E DESAFIOS PARA O MATRICIAMENTO

Nesta seção continuarei a analisar os impactos da organização dos serviços de saúde do SUS na atenção psicossocial para as ações de matriciamento em saúde mental nos municípios alagoanos no período de 2016 a 2022, aprofundando aspectos referentes ao trabalho das equipes multiprofissionais a partir do entendimento sobre as condições do trabalho dos matriciadores em saúde mental, da carga-horária, organização e concepções do trabalho matriciador no contexto de Alagoas.

Nas próximas páginas defenderei a hipótese construída na introdução da tese, de que, serviços de saúde terceirizados e precarizados, geridos pela lógica neoliberal, com grande rotatividade de profissionais e contratação de trabalhadores pouco qualificados através de indicação política interferem negativamente è realização do matriciamento. Somado a isto, desmotivação da equipe, insegurança, falta de política de saúde mental estadual e municipal com direcionamentos precisos de fluxos entre outras situações se resumem a fatores impeditivos ou retardatários à consolidação da política de saúde mental e à realização do apoio matricial em Alagoas. Neste sentido, foi fundamental entender alguns aspectos históricos e teóricos, tais como: o trabalho na sociedade capitalista; as particularidades do trabalho em serviço, tal como o trabalho em saúde, e a atuação em equipes multiprofissionais, e principalmente na experiência destas equipes nos municípios alagoanos.

Destarte, para debater sobre estas questões, a seção 4 foi distribuída em três subseções. Iniciei na subseção *4.1 O trabalho em serviços de saúde e a constituição de equipes multiprofissionais no SUS,* a abordagem do trabalho nos serviços, nos serviços de saúde até a constituição das equipes multiprofissionais em saúde no SUS. Enquanto na subseção *4.2 Desafios do matriciamento nos municípios alagoanos a partir da organização do trabalho das equipes multiprofissionais em saúde no SUS no período de 2016 a 2022* apresentei e discuti os desafios do matriciamento a partir da organização do trabalho das equipes multiprofissionais, suas formas de contratação e ausência de políticas locais. E por fim, na subseção *4.3 Desafios na realização de ações matriciais nos municípios de Alagoas,* continuei o debate dos desafios ao matriciamento, porém com o foco na realização de ações matriciais.

Nestas últimas subseções aprofundei as questões da formação e experiência profissional, formas e critérios de contratação profissional, precarização do trabalho, perfil de

gênero dos trabalhadores, prioridades da gestão, perfil dos profissionais contratados, as forma de registros, instrumentos utilizados, prioridades do atendimento, foco no método de assistência realizada, lógica de trabalho compatível ao modelo de saúde adotado, a importância de encontros e reuniões, bem como as sugestões para a melhoria e/ou implementação do matriciamento no estado de Alagoas.

4.1 O trabalho em serviços de saúde e a constituição de equipes multiprofissionais no SUS

Antes mesmo de iniciar o debate sobre o trabalho em serviços, senti a necessidade de introduzir nesta subseção o trabalho em sua gênese conceitual. O desenvolvimento do trabalho propriamente dito depende, em parte, que o trabalhador organize seu tempo, eleja suas prioridades, e execute suas ações, pois o trabalho é "uma transformação não só de objetos, mas do próprio trabalhador, e, nesse sentido, um movimento dialético de exploração/alienação e de criação/emancipação" (Peduzzi, Schraiber, 2008, p. 323). Desta forma, conceituar brevemente o que se entende por trabalho possibilitará diversas reflexões ao profissional da saúde matriciador.

O trabalho é denominado por Marx a categoria fundante, ou operante, do mundo dos homens, o intercâmbio orgânico do homem com a natureza, um processo que possibilita a transformação de sua força corporal em produto de trabalho que possui valor,

> O trabalho é, antes de tudo, um processo entre o homem e a natureza, processo este em que o homem, por sua própria ação, medeia, regula e controla seu metabolismo com a natureza. Ele se confronta com a matéria natural como com uma potência natural [*Naturmacht*]. A fim de se apropriar da matéria natural de uma forma útil para sua própria vida, ele põe em movimento as forças naturais pertencentes a sua corporeidade: seus braços e pernas, cabeça e mãos. Agindo sobre a natureza externa e modificando-a por meio desse movimento, ele modifica, ao mesmo tempo, sua própria natureza. Ele desenvolve as potências que nela jazem latentes e submete o jogo de suas forças a seu próprio domínio. Não se trata, aqui, das primeiras formas instintivas, animalescas [*tierartig*], do trabalho. Um incomum intervalo de tempo separa o estágio em que o trabalhador se apresenta no mercado como vendedor de sua própria força de trabalho, em que o trabalho humano ainda não se desvencilhou de sua forma instintiva. Pressupomos o trabalho numa forma em que ele diz respeito unicamente ao homem (Marx, 2013, p.189).

Marx ainda aprofunda que no processo de trabalho, seu produto resultante de forças naturais, ou corporais adaptadas às necessidades só acontecem porque há a idealização de um produto final, ou seja, imagina-se um produto que atenda a uma necessidade. Não há um resultado sem um ato pensado.

> No final do processo de trabalho, chega-se a um resultado que já estava presente na representação do trabalhador no início do processo, portanto, um resultado que já existia idealmente. Isso não significa que ele se limite a uma alteração da forma do elemento natural; ele realiza neste último, ao mesmo tempo, seu objetivo, que ele sabe que determina, como lei, o tipo e o modo de sua atividade e ao qual ele tem de subordinar sua vontade. E essa subordinação não é um ato isolado. Além do esforço dos órgãos que trabalham, a atividade laboral exige a vontade orientada a um fim, que se manifesta como atenção do trabalhador durante a realização de sua tarefa (Marx, 2013, p. 189).

O produto do trabalho é a natureza transformada, porém o mundo dos homens não é regido pelo processo do mundo natural e sim pelo mundo do trabalho regido pelas leis sociais, pois o ser está para além das questões fisiológicas de desenvolvimento, ele é um ser que evolui pela operatividade. A diferença está aí, o animal irracional parte de sua necessidade sem se preocupar com as condições para se alcançar tal ação. Já o homem constrói seus próprios meios a partir de suas necessidades. A essência do trabalho humano emerge em meio à luta pela existência que toda etapa é fruto de sua própria atividade. O Trabalho tem sua essência ontológica na inter-relação entre o ser-humano e a natureza e é visto como uma atividade que transforma os bens necessários à reprodução social (Lessa, 2016; Hillesheim, Machado, 2017).

O trabalho, segundo Lukács (2018), assume uma posição teleológica[82], pois, por mais que animais primitivos construam seus próprios abrigos e se defendam com algumas ferramentas na natureza, eles jamais conseguem desenvolver uma ação de forma tão evoluída como o homem. O ser humano pensa e idealiza o resultado de sua construção antes mesmo de fazê-la e consegue subordinar sua vontade em prol deste fim, já os animais irracionais não, simplesmente o fazem pela necessidade da sobrevivência.

A única manifestação de uma posição teleológica em que se consegue verificar a realidade material é o que Marx denomina de trabalho. A natureza posta passa a ser transformada a depender de seu fim, ou seja, algo que possui uma determinada função na natureza pode ser estudada e direcionada a outra finalidade daquela que possuía existencialmente. O movimento do material dá possibilidades a novas e infinitas combinações com operações bastante distintas (Lukács, 2018; Costa, 2006).

Lukács traz a reflexão que "tanto o meio de trabalho quanto os objetos de trabalho são coisas naturais submetidas à causalidade natural" (2018, p.35) e que podem adquirir uma legalidade socialmente existente a partir do processo de trabalho, ou seja, o objeto poderá se manter como natural ou ser transformado em alguma finalidade quando operante. "Os fins incidem diretamente sobre os meios escolhidos" (Hillesheim, Machado, 2017, p.403). Esta forma de pensar retoma as afirmações de Marx de que "os momentos simples do processo de

[82] Posição teleológica que Lukács imprime, pode ser compreendido conceitualmente como a "capacidade do homem de projetar antecipadamente na sua imaginação o resultado a ser alcançado pelo trabalho, de modo que, ao realizá-lo, não apenas provoca uma mudança de forma da matéria natural, mas nela realiza seus próprios fins" (Iamamoto, 2012, p.40). Segundo Lukács o "trabalho é a realização de uma posição teleológica" (2018, p.12), em que crenças, valores, religião e filosofia podem interferir em sua práxis, ou seja, não é a causa que moverá as ações e sim a sua finalidade, no sentido de sanar uma necessidade humana. A teleologia só existe no ser social, e no interior dos atos humanos é que se faz operante (Lessa, 2016; Hillesheim, Machado, 2017).

trabalho são, em primeiro lugar, a atividade orientada a um fim, ou o trabalho propriamente dito; em segundo lugar, seu objeto e, em terceiro, seus meios" (Marx, 2013, p.189), ou seja, o processo de trabalho define as transformações que podem ocorrer com o objeto e os meios.

No entanto, segundo Karl Marx desde 1867, "mal o processo de trabalho começa a se desenvolver e ele já necessita de meios de trabalho previamente elaborados" (Marx, 2013, p. 189). Nos primórdios dos tempos, os homens a partir de suas necessidades começam a descobrir meios, construir ferramentas com pedras, madeira, ossos, conchas, e aprendem a domesticar animais, tudo como mecanismos que possibilitam a execução de suas atividades, à realização do processo de trabalho (Marx, 2013).

O processo de trabalho constitui uma cadeia de alternativas que podem ser assertivas ou não, em que o homem tem possibilidades de corrigi-la caso as escolhas sejam errôneas. As escolhas são influenciadas por um conjunto de crenças e valores. Entretanto, qualquer alternativa executada continuamente pode tornar-se conscientemente hábito, reflexos da realidade que ao passarem a ser repetidamente reproduzidos tornam-se ações inconscientes (Lukács, 2018).

Neste sentido, compreendo que todo processo de trabalho é influenciado por diversos fatores, sejam eles internos ou externos ao trabalhador. As alternativas direcionadas ao trabalho são sempre conduzidas por circunstâncias concretas (inclusive determinadas por sistemas políticos e econômicos), bem como sua execução num olhar sobre um determinado ponto da realidade. Segundo Lukács toda alternativa "se refere, no trabalho, jamais à realidade em geral; ela é uma escolha concreta entre caminhos cuja finalidade foi produzida não pelo sujeito que decide, mas pelo ser social no qual ele vive e opera" (2018, p.39).

Observo que diante destas reflexões, o comportamento subjetivo do sujeito desempenha um papel auxiliar, principalmente no que se refere ao sentimento de dever, o poder de observação, destreza, diligência, autodomínio e perseverança próprios da pessoa, que influencia todo o processo de trabalho que a envolve. No entanto, todas as capacidades humanas acabam sendo moldadas para atender uma exigência externa, uma exigência voltada para o trabalho e não necessariamente para o restante da vida do sujeito (Lukács, 2018). É aí que a exploração deste trabalhador evidencia-se, o trabalhador não trabalha somente para garantir física e socialmente sua existência. Ele trabalha para garantir a existência do detentor dos meios de produção.

Assim, o valor também passa a ter suas expressões no processo de trabalho e no sistema econômico, de forma mais objetiva, entendendo-se o trabalho como "fenômeno fundante de toda práxis econômica" (Lukács, 2018, p.297). Pois a práxis acontece porque o

trabalho é pleno-de-valor, tanto de forma subjetiva quanto objetivamente, e opera com identidade. No entanto, este valor surge primeiramente pautado no valor-de-uso[83], que é estimado a depender da utilidade e necessidade do homem sob determinado objeto (Lukács, 2018; Hillesheim, Machado, 2017).

Diante das determinações econômicas e estruturais de um sistema moldado pelo capital, o trabalho passa a ser discutido como produtor de mercadorias. E o trabalho fundamentado no valor-de-uso passa a incorporar o valor de troca, assumindo a conotação de mercadoria[84]. O valor de troca é a manifestação concreta do valor, que, por sua vez, tem sua grandeza definida pela quantidade de trabalho em média socialmente necessário para produzi-lo, inclusive é o único elemento capaz de igualar produtos com valores de uso distintos. O valor de troca, ou simplesmente valor, desconsidera (abstrai) as qualidades materiais que definem a utilidade do produto, reduzindo-o a um aspecto (quantidade de trabalho, trabalho humano igual, abstrato, desprovido de suas particularidades). O valor cristalizado nos meios de trabalho (que são fruto de processos de trabalho anteriores) é repassado aos novos produtos, apenas parcialmente, na medida de sua vida útil (Marx, 2013).

No entanto, é preciso ratificar que para Marx (2013) o caráter social do trabalho só acontece no âmbito da troca, porém as relações aqui fixadas não são igualitárias entre os produtores, detentores dos meios de produção, e os trabalhadores. O trabalho realizado passa a ser coisificado, como se não houvesse valores objetivos e subjetivos incorporados a eles.

Quando este trabalhador é visto objetivamente como "coisa" e sua subjetividade violada, submetendo-se a regras e valores de terceiros para manter sua subsistência, este trabalho começa a ser realizado sob outras condições, e a subsunção começa a ocorrer. O trabalhador passa a ser refém do detentor dos meios de produção, o capitalista, e acaba tendo sua força de trabalho cada vez mais explorada. O que é produzido pelo trabalhador que possui um valor de uso jamais será vendido por este mesmo valor. A força de trabalho é uma mercadoria especial.

---

[83] "Quando um valor de uso resulta do processo de trabalho como produto, nele estão incorporados, como meios de produção, outros valores de uso, produtos de processos de trabalho anteriores. O mesmo valor de uso que é produto desse trabalho constitui o meio de produção de um trabalho ulterior, de modo que os produtos são não apenas resultado, mas também condição do processo de trabalho" (Marx, 2013, p.190).

[84] "A mercadoria é valor de uso – ou objeto de uso – e "valor". Ela se apresenta em seu ser duplo na medida em que seu valor possui uma forma de manifestação própria, distinta de sua forma natural, a saber, a forma do valor de troca, e ela jamais possui essa forma quando considerada de modo isolado, mas sempre apenas na relação de valor ou de troca com uma segunda mercadoria de outro tipo" (Marx, 2013, p. 114).

Para o capitalista o lucro precisa ocorrer. E como esta mais-valia é gerada? Para Marx, a extração da mais-valia[85] vem principalmente da capacidade de trabalho, ou da força de trabalho, compreendida como "o complexo das capacidades físicas e mentais que existem na corporalidade, na personalidade viva de um homem e que ele põe em movimento sempre que produz valores de uso de qualquer tipo" (Marx, 2013, p. 180).

A troca de mercadoria por si, não gera lucros, e para que a força de trabalho seja geradora de lucros, primeiramente o trabalhador precisa pô-la a venda, e para vendê-la precisa ser o proprietário da força de trabalho, e consequentemente ter alguém que possa comprá-la, que aqui seria o detentor dos meios de produção[86].

No entanto, para se vender um produto é preciso ter além da força de trabalho a matéria-prima e os meios de produção. É onde o capitalista estabelece sua participação, fornecendo o material de trabalho e os meios para a sua produção, e como não possui a força de trabalho, necessita comprá-la. Por outro lado, como o possuidor da força de trabalho, não possui os meios nem o material para a produção e precisa trabalhar para sobreviver, precisa vender sua força de trabalho, e quem acaba comprando-a é o capitalista que possui os recursos (Marx, 2013). O problema é que para obter um valor de venda maior que o investimento realizado precisa-se alterar o valor da força de trabalho, através da exploração e apropriação do valor de uso.

E assim, culturalmente vai se estabelecendo relações de poder, o capitalista seria o provedor da produção, o proprietário da matéria-prima e das ferramentas (meios de produção) e consequentemente o detentor dos lucros e o acumulador de capital, que dita às regras, que exige resultados e que recebe antecipadamente a força de trabalho; enquanto o trabalhador é

---

[85] O valor seria o valor excedente quantitativo de trabalho que é gerado na produção prolongada, o que seria configurado como o lucro do capitalista (Marx, 2013). É o valor proveniente da exploração da força de trabalho, ou seja, paga-se o equivalente ao tempo mínimo necessário para a confecção do produto e para a subsistência do trabalhador à viabilidade da produção, mantendo-o por mais tempo. Então, este tempo excedente de trabalho, denominado por Marx de mais-trabalho, gera o mais-valor para o capitalista. Ademais, "o vendedor da força de trabalho, como o vendedor de qualquer outra mercadoria, realiza seu valor de troca e aliena seu valor de uso [...], O valor de uso da força de trabalho, o próprio trabalho, pertence tão pouco a seu vendedor" (Marx, 2013, p. 199).

[86] "Ele e o possuidor de dinheiro se encontram no mercado e estabelecem uma relação mútua como iguais possuidores de mercadorias, com a única diferença de que um é comprador e o outro, vendedor, sendo ambos, portanto, pessoas juridicamente iguais. A continuidade dessa relação requer que o proprietário da força de trabalho a venda apenas por um determinado período, pois, se ele a vende inteiramente, de uma vez por todas, vende a si mesmo, transforma-se de um homem livre num escravo, de um possuidor de mercadoria numa mercadoria. Como pessoa, ele tem constantemente de se relacionar com sua força de trabalho como sua propriedade e, assim, como sua própria mercadoria, e isso ele só pode fazer na medida em que a coloca à disposição do comprador apenas transitoriamente, oferecendo-a ao consumo por um período determinado, portanto, sem renunciar, no momento em que vende sua força de trabalho, a seus direitos de propriedade sobre ela" (Marx, 2013, p. 180).

aquele que precisa do dinheiro para manter-se vivo e prover a subsistência de sua família, submetendo-se ao recebimento do mínimo pagamento, mesmo que em condições precárias, posterior à realização de seu trabalho, e cultivando assim, uma relação de dependência constante ao detentor dos meios de produção.

Estas reflexões, apesar de sua elevada pertinência aos modos de produção fabril, podem ser analogamente transportadas para compreender a realização do trabalho no contexto dos serviços, mesmo com suas diversas particularidades que serão expressas no decorrer desta seção. Mas, percebo esta dominação do capital sobre o trabalhador, e de subsunção deste trabalhador aos empregadores, principalmente àqueles profissionais de saúde matriciadores com vínculos terceirizados e condições de trabalho precárias à realização de muitas ações, como observei durante a pesquisa de campo.

O trabalho em serviço é um trabalho que se dá na relação entre quem presta e quem recebe o serviço a fim de satisfazer uma necessidade específica. No serviço, o trabalho não se separa do "seu prestador, cujo resultado não se separa do trabalhador" (Silva, 2022, p.75). O conceito construído por Meirelles é de que serviço é trabalho em processo e não necessariamente o resultado de sua ação, por isso não se produz um serviço, o que se faz é prestar um serviço (Silva, 2022). Silva afirma que a prestação de serviços "é uma atividade de troca entre os seres humanos que gera um resultado enquanto o trabalhador está na execução direta desse trabalho, do trabalho em serviço" *(*2022, p.76).

Silva ainda reforça que "todo serviço é considerado como realização de trabalho cuja finalidade principal não é produzir produtos, mas prestar um determinado serviço em que seu resultado não tem independência da força de trabalho" (2022, p. 72), uma pequena particularidade do trabalho fabril, detalhado por Marx, resgatado no início desta seção. Neste entendimento, Silva (2022) acrescenta que, todo serviço é processo de trabalho autonomizado e contratual, independente destes contratos serem formais ou não, existem promessas do que se deseja alcançar, mesmo que não se saiba de fato qual o resultado. Este resultado será muitas vezes imaterial. Para Silva, "o serviço possui uma natureza distinta do trabalho que atua na produção. Serviço e trabalho que produz bens só se igualam na condição de ambos serem trabalho assalariado" (2022, p. 72). E assim, muitos trabalhos surgem não mais com o foco na produção material e sim na prestação de serviços, sejam eles produtivos ou improdutivos, porém assalariados,

> Parte da institucionalização desses serviços foram incorporados pelo mercado de trabalho como forma de trabalho produtivo, outra parte passou a ser absorvida pelo Estado sob a forma de trabalho improdutivo. Logo, todos esses serviços – produtivos

> ou improdutivos – vão para o mercado como forma de trabalho assalariado; ou seja, sua utilidade como valor de uso passa a ter também valor de troca, na medida em que a sua força de trabalho passa a ser comprada e vendida no mercado (Silva, 2022, p. 62).

Ou seja, a natureza do serviço, seja público ou privado, também estabelece as regras de como serão os processos de trabalho, que dependerá se o trabalho é produtivo ou improdutivo. Para Silva,

> só é produtivo o trabalho que essencialmente produz mais-valia; aquele em que o trabalhador aliena seu trabalho para o capitalista e produz um valor maior do que o custo de sua força de trabalho. Antes, bastava produzir coisas úteis para ser produtivo, mas, na produção capitalista, há uma exigência fundamental, o consumo da força de trabalho gera uma mercadoria que para além de ser um valor de uso tem que ser portadora material do valor de troca. Como as mercadorias são vendidas pelo custo total de sua produção e o trabalhador só recebe parte desse valor que ele produziu, o capitalista se apropria desse valor a mais gerado pelo trabalhador. Portanto, essa restrição de que tem que gerar mais-valia é o que caracteriza o trabalho produtivo (Silva, 2022, p. 50).

Não importa se esta produção está diretamente ligada à produção material de bens ou na produção de serviços, o que importa é que ela esteja ligada à produção de capital. É produtivo o trabalhador que produz mais-valia para o capitalista, ou àquele que serve à autovalorização do capital, ou seja, o trabalhador que presta serviços também pode ser considerado produtivo, se gera mais-valia para o capitalista (Marx, 2013; Silva, 2022). No entanto, é interessante destacar que a condição de assalariado não determina se o trabalho é produtivo ou não, o que o define como tal é esta relação com a geração ou valorização do capital.

Para haver a produção de um serviço, este precisa ser inicialmente demandado, ou seja, não há produtos materiais confeccionados, o que há são necessidades atendidas. Nesta relação estes serviços transformam-se, em si mesmos, em mercadorias, sem precisar de uma mercadoria concreta de fato (um material) e a forma de trabalho é reproduzida mesmo sem se tratar de trabalho produtivo em fábrica (Silva, 2022).

Nos serviços de saúde as características de trabalho se assemelham ao processo de produção do setor terciário da economia, e, portanto, o trabalho produz sim algo, porém é desenvolvido na

> esfera da produção não material, que se completa no ato de sua realização. Não tem como resultado um produto material, independente do processo de produção e comercializável no mercado. O produto é indissociável do processo que o produz; é a própria realização da atividade (Pires, 2000, p.85 *apud* Ribeiro, Pires, Blank, 2004).

Para Marx, “se consideramos o processo inteiro do ponto de vista de seu resultado, do produto, tanto o meio como o objeto[87] do trabalho aparecem como meios de produção, e o próprio trabalho aparece como trabalho produtivo” (Marx, 2013, p. 190). No entanto, compreender o processo de trabalho por esta vertente do trabalho produtivo, não é suficiente na complexidade do sistema, em que a abstração passa a ser peça fundamental ao trabalho, e trabalhadores acabam sendo expropriados dos meios de produção perdendo o domínio tanto dos meios quanto do próprio processo (Silva, 2022). No Capitalismo, “o trabalho é caracterizado como produtivo apenas se produzir mais-valia, caso contrário, é trabalho improdutivo” (Silva, 2022, p. 44).

Porém, a produção anterior aos sistemas econômicos mais avançados como no capitalismo, estava diretamente ligada à produção individual. Com a entrada do capitalismo, os processos de produção passam a ser fragmentados e o indivíduo não tem mais o domínio sobre aquele produto que anteriormente o tinha. O processo de trabalho passa a ser coletivo, ou seja, cada indivíduo executa sua parte no processo, e o resultado total do produto deixa de ser individual. “O mesmo trabalhador que reunia todas as funções e controlava a si mesmo se transforma. Nessa relação de produção, a divisão social do trabalho separa o trabalho intelectual do trabalho manual e o trabalhador passa a ser controlado” (Silva, 2020, p. 50).

Neste sentido, para ser um trabalhador produtivo, não necessariamente precisa estar relacionado com a produção direta de algo, ele pode estar relacionado a partir desta produção, até mesmo intelectualmente (Silva, 2020). Para Karl Marx, o trabalho pode ser produtivo, mesmo que não esteja diretamente relacionado à produção, mas que seja fundamental para o processo de produção.

Assim, identifica-se a primeira contradição sob a perspectiva do referencial marxista, produzir mais-valia em serviços públicos de saúde! Como seria possível se o trabalho realizado no serviço público tem características de trabalho improdutivo? Como então haveria

[87] “O meio de trabalho é uma coisa ou um complexo de coisas que o trabalhador interpôs entre si e o objeto do trabalho e que lhe serve de guia de sua atividade sobre esse objeto. Ele utiliza as propriedades mecânicas, físicas e químicas das coisas para fazê-las atuar sobre outras coisas, de acordo com o seu propósito. O objeto de que o trabalhador se apodera imediatamente – desconsiderando-se os meios de subsistência encontrados prontos na natureza, como as frutas, por exemplo, em cuja coleta seus órgãos corporais servem como únicos meios de trabalho – é não o objeto do trabalho, mas o meio de trabalho” (Marx, 2013, p.189). Nesta passagem de sua obra “O Capital”, Marx infere a reflexão que as coisas retiradas da natureza sem considerar os meios de sua existência, não se configuram como objeto, e sim como meio. Ou seja, por exemplo, aquele milho que não foi plantado, e que simplesmente a natureza se encarregou desta ação, não houve processo em seu cultivo, e assim, o solo não foi preparado e nem a semente plantada pelo homem e por isso nesta situação ele passa a ser considerado como meio, e não como objeto. O meio é o que propicia a existência de algo.

trabalho produtivo na perspectiva marxista nos serviços públicos? O meio seria a partir de empresas terceirizadas que contratam os profissionais para os serviços?

Vamos entender como estas questões podem impactar na realização do trabalho nos estabelecimentos de saúde. No trabalho em saúde visto como produtivo e objeto de acumulação de capital, a lógica presente no funcionamento das instituições que prestam esses serviços, seria a produção de mais valia. Tudo que demonstre inviabilidade ao processo de produção de mais-valia deve ser eliminado, e o que aponte maior rentabilidade deve ser o foco dos investimentos. Então, pode-se ocorrer a inserção de inovações tecnológicas e organizacionais, redução da força de trabalho, inclusive a qualificada, redução de salários, precarização das condições trabalhistas, formas de trabalho mais prescritivos com alto consumo de insumos e procedimentos, entre outras medidas (Ribeiro, Pires, Blank, 2004; Franco, Merhy, 2012). No entanto, quando estas medidas são insuficientes para a manutenção do serviço, algumas soluções são decretadas. Na esfera privada geralmente decreta-se falência e fecha-se aquele determinado serviço, mas na esfera pública muitos fatores estão imbricados e a primeira medida será a racionalização do funcionamento do serviço, baixando-se a qualidade dos atendimentos e o aumento da precarização (Ribeiro, Pires, Blank, 2004).

Com o liberalismo, muitas mudanças passam a impactar na gestão do serviço público. As formas de contratação dos profissionais que atuam nele passam a ser realizadas por empresas privadas e neste sentido a lógica do mercado está cada vez mais presente. Necessidades como a de alcance de metas para haver a renovação dos contratos, e a empresa que presta o serviço naquele momento seja mantida por mais tempo, fazem com que os processos de trabalho sofram enormes reajustes (Silva, 2022).

Sendo assim, a lógica de trabalho improdutivo que por décadas era prestado pelo Estado (Silva, 2022), não gerador direto de capital nos serviços públicos, agora passa a ser diretamente produtor de riquezas para as empresas contratadas. Precisamos entender melhor como isto impacta no trabalhador dos serviços de saúde quando práticas privadas estão inseridas no serviço público, quando trabalhadores assalariados públicos são gradativamente substituídos por trabalhadores contratados de forma terceirizada (Silva, 2022). E o trabalho em saúde no setor público acaba gerando inevitavelmente valorização do capital, quando desenvolvido por instituições lucrativas dentro do serviço público que se torna um serviço rentável e comercializável.

No serviço público o trabalho executado pelos servidores públicos se configura numa troca de força de trabalho por renda que será circulado na sociedade, quando o trabalhador o

utiliza para sua subsistência. A fonte de recurso pagadora dos salários dos servidores é gerada pela mais-valia produzida pelos trabalhadores após apropriação do Estado na forma de tributos ou impostos (Silva, 2022).

Entretanto, quando o Estado passa a incorporar o privado no público, a fonte de recursos para o pagamento dos salários destes trabalhadores, não são mais gerados da forma descrita acima. Quem pagará os salários são as empresas contratadas para prestarem tais serviços ao serviço público. Deste modo, estes recursos não são retirados de tributos, e sim da mais-valia gerada pelo trabalho excedente destes trabalhadores vinculados a estas empresas privadas, e nestas condições este trabalho passa a ser produtivo gerando o acúmulo de capital.

Ao analisar esta situação segundo o ponto de vista do processo de trabalho na produção, Marx (apesar de que ele não trata exatamente da terceirização, por estar num período do qual esta condição ainda não existia) compreende nitidamente as relações de exploração do trabalhador na acumulação do capital.

> [...] O trabalhador se relaciona com os meios de produção não como capital, mas como mero meio e material de sua atividade produtiva orientada para um fim. Num curtume, por exemplo, ele trata as peles como seu mero objeto de trabalho. Não é para o capitalista que ele curte a pele. Diferentemente de quando observamos o processo de produção do ponto de vista do processo de valorização. Os meios de produção convertem-se imediatamente em meios para a sucção de trabalho alheio. Não é mais o trabalhador que emprega os meios de produção, mas os meios de produção que empregam o trabalhador. Em vez de serem consumidos por ele como elementos materiais de sua atividade produtiva, são eles que o consomem como fermento de seu próprio processo vital, e o processo vital do capital não é mais do que seu movimento como valor que valoriza a si mesmo (Marx, 2013, p. 264).

Relações de exploração que impactam no processo de trabalho, nas cobranças do cotidiano. À medida que o foco de toda conjuntura social é um sistema de acumulação de capital, essa lógica passa a ser também interpretada em todo o modelo de saúde que passa a ser defendido, ou contestado dentro destes aspectos, principalmente após a constituição do SUS a partir dos princípios de universalidade, equidade e integralidade da assistência. Com o SUS há a necessidade de modernizar o setor público que passaria pela:

> Maior democratização, criação de condições efetivas na participação dos trabalhadores e da população no processo decisório, a descentralização, à introdução de mecanismos de planejamento, da análise institucional e da mudança do processo de trabalho em saúde (Malta, Merhy, p.63).

Além da reorientação da assistência à saúde, com a superação de um modelo fragmentado e curativista a um modelo ampliado e de promoção à saúde.

> Trata-se de superar o modelo centrado na atenção à 'demanda espontânea', de atendimento a doentes, para incluir ações de prevenção de riscos e agravos e de promoção da saúde, para além dos muros das unidades de saúde, isto é, nos territórios onde vive e trabalha a população da área de abrangência dos serviços, sejam estes delimitados enquanto 'área de abrangência' de unidades de saúde..., espaço circunscrito de uma microrregião de saúde (Teixeira, 2003, p. 262).

Ou seja, há uma quebra na proposta antes defendida de fragmentação do cuidado, o trabalho agora passa a ser estimulado na lógica do coletivo, baseado nas relações estabelecidas entre sujeitos, saberes, tecnologias e serviços.

Apesar das críticas aos modelos de saúde[88] pautados na clínica biologicista e técnico-assistenciais com o cuidado em torno de um profissional médico, na fragmentação de especialidades e na reprodução de modelos de produção tayloristas, ainda se mantém este modo de produção, mesmo ao defender modelos pautados em experiências ocorridas no Canadá, por exemplo. Nas experiências ocorridas nesta localidade, segundo Eugênio Vilaça Mendes (1996), houve o reconhecimento e respeito aos direitos das pessoas por meio de serviços organizados para atender suas necessidades, alocados próximos às suas residências, apresentando maior qualidade na assistência e melhorias no acolhimento, no tratamento personalizado, no envolvimento dos cidadãos nos processos decisórios, tanto em relação a sua própria saúde, quanto a garantias coletivas, inclusive relacionadas ao financiamento público.

Entretanto, ainda percebo a presença hegemônica de uma assistência fragmentada, mesmo absorvendo ideias ratificadas pela Organização Pan-Americana de Saúde, no contexto latino-americano, ao reconhecer as necessidades de ações intersetoriais, a implementação de serviços de saúde e estratégias descentralizadas e articuladas em seus níveis de atenção, bem como a preocupação com a regulação estatal do mix público-privado nos serviços, com a criação de mercados internos ao setor, e com a autonomia de gestão das entidades estatais.

Assim se constroem políticas que buscam atender as orientações internacionais de sistemas de saúde reformados conforme citados nos parágrafos anteriores, mesmo que sob contexto neoliberal de acumulação capitalista e subsunção do trabalhador. Aqui começo a entender por que a hegemonia de um modelo fragmentado do cuidado se perpetua mesmo sob ideias inovadoras de uma assistência integral e articulada. Começo a compreender a adoção

[88] Modelos de atenção à saúde são "formas de organização das relações entre sujeitos profissionais de saúde e usuários) mediadas por tecnologias (materiais e não materiais) utilizadas no processo de trabalho em saúde, cujo propósito é intervir sobre problemas (danos e riscos) e necessidades sociais de saúde historicamente definidas (Teixeira, 2003, p. 260-261).

no aparato técnico-jurídico das políticas de saúde, de termos como a ‘concepção ampliada’[89] de saúde e modos de assistência que estimulem a ‘produção’ de vida mesmo que, na prática a assistência fragmentada e desarticulada, provida em sua maioria pelo sistema privado, tenha sido mantida nas normativas operacionais do SUS, bem como na forma do trabalho desempenhado pelo profissional de saúde. Destaco assim, a manutenção do termo “produção”, mas, por quê?

Segundo Franco e Merhy (2012),

> O primeiro aspecto a considerar é a centralidade do processo de trabalho na configuração do modo de produção do cuidado. Aí está a potência produtiva, a possibilidade de criar. O ato produtivo do trabalhador é a questão central a ser verificada quando vamos analisar os modelos de assistência, rompendo com a ideia de que ele é “determinado”, como se uma força exterior o definisse; para outra em que ele é “produzido”, em um processo onde todas as forças convergem na sua imanência, isto é, a potência produtiva está no próprio ato de produção, é intrínseco ao processo produtivo, e assim têm como centro o próprio trabalhador (p. 162).

Aqui os autores reforçam a importância de compreender o processo de trabalho a partir do meio produtivo, em um aspecto que se estabelece ao longo do curso e não de algo já previamente estabelecido, tendo como centro o próprio trabalhador. É o trabalho em processo, é o trabalho vivo.

> Serviço é trabalho em processo, ou seja, trabalho em ação, portanto, um trabalho “vivo”. O Produto, por outro lado, é o resultado de um processo de transformação, ou seja, é um trabalho acumulado, um trabalho “morto” (Meirelles, 2003, p. 117, *apud* Silva, 2022, p.73).

Neste momento, resgato alguns elementos sobre o debate do trabalho vivo e trabalho morto, conceitos imbuídos por Marx, comentados por Meirellis e citado por Rachelis (2018). Franco e Merhy mantêm seu conceito baseado também nos processos industriais e na defesa de que o trabalho fabril produz algo, e o trabalho em serviços de saúde não produz definitivamente um produto material, ele presta serviços. Também esclarece o que considera como trabalho morto.

---

[89] “Concepção ‘ampliada’, sistêmica, sobre ‘modelo de atenção’, inclui três dimensões: uma dimensão gerencial’, relativa aos mecanismos de condução do processo de reorganização das ações e serviços, uma dimensão ‘organizativa’, que diz respeito ao estabelecimento das relações entre as unidades de prestação de serviços, geralmente levando em conta a hierarquização dos níveis de complexidade tecnológica do processo de produção do cuidado, e a dimensão propriamente ‘técnico-assistencial’, ou operativa, que diz respeito às relações estabelecidas entre o(s) sujeito(s) das práticas e seus objetos de trabalho, relações estas mediadas pelo saber e pela tecnologia, que operam no processo de trabalho em saúde, em vários planos (promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos e recuperação e reabilitação)” (Teixeira, 2002 *apud* Teixeira, 2003, p. 261).

> O trabalho morto é o trabalho pregresso, já realizado, que, portanto, está incorporando as máquinas e instrumentos de trabalho. É um trabalho que não vai realizar nenhum produto, pois já foi usado para isto. O trabalho vivo é o trabalho em ato, no seu exato momento de produção, criação, portanto se realiza na atividade do trabalhador. Sendo assim o trabalho vivo é de controle do próprio trabalhador, ele lhe oferece altos graus de liberdade na execução da sua atividade produtiva, pois se realiza enquanto o trabalho é executado, o produto é realizado (Franco, Merhy, 2012, p. 153).

Franco e Merhy justificam que há uma dimensão imaterial no ato produtivo do cuidado, e amplia o conceito de tecnologias atrelado a maquinários presentes no processo de produção para além da produção fabril. Para eles "a dimensão relacional central no processo de trabalho comporta um tipo de tecnologia, pois o modo de estabelecer estas relações é tecnologicamente orientado" (2012, p. 152).

Percebo que há uma necessidade de manter o uso de terminologias estabelecidas nos processos de produção fabril. É primeiramente necessário produzir, não importa se de forma material ou imaterial (apesar de que é imprescindível a produção material para gerar capital)[90] e com isto termos como: tecnologias leves, leves-duras e duras são perpetradas. Talvez, na tentativa de inserir mudanças sem causar tanta estranheza, de propor reformas de assistência que fossem possíveis e aceitas na sociedade que se vive, tem justificado a manutenção de alguns termos. "O capitalismo logrou um grau de legitimidade social tão generalizado [que] aparentemente desapareceram alternativas para organizar a vida social fora da lógica de mercado" (Campos, 2013, p. 87).

> As tecnologias relacionais que compõem o processo de trabalho são as "tecnologias leves", que se associam às tecnologias "duras" e "leve-duras" no processo de produção do cuidado. Lembramos que todo processo produtivo vai conter necessariamente as três tecnologias durante o trabalho, o que diferencia as práticas profissionais e sua orientação tecnológica e a hegemonia do processo produtivo, a ser exercida pelas tecnologias duras e leve-duras, ou pelas leves. (Franco, Merhy, 2012, p.152).

Ou seja, o termo "tecnologias" aparece a todo instante no processo de trabalho, do mesmo modo que estas tecnologias (muitas vezes distante da compreensão de que são maquinários) estão diretamente articuladas ao processo produtivo do cuidado durante o trabalho na saúde. É a produção do cuidado, como já foi mencionada, produção em ato, produção de ações que suprem necessidades, produção imaterial de intervenções que resultam

[90] Não se trata da reflexão do processo de produção material ser mais ou menos importante que o imaterial, mas de uma predominância ontológica da esfera que produz capital. Embora o trabalho no setor de serviços produza mais-valia, ele apenas valoriza o capital.

em melhorias de saúde e bem-estar. É o trabalhador produzindo ações, ofertando serviços de saúde, para alguém que está necessitando consumi-lo.

Enfim, o trabalho em saúde é o que se realiza "em ato, na relação entre produtor e consumidor" (Franco, Merhy, 2012, p. 154). Para Campos, "o valor de troca garante que os produtos circulem como mercadorias. O valor de uso expressa a utilidade do produto e permite sua realização; isto é, seu consumo" (Campos, 2013, p. 40). E o processo de trabalho em saúde[91] é o que Peduzzi e Schraiber conceituam como "dimensão microscópica do cotidiano do trabalho em saúde, ou seja, à prática dos trabalhadores/profissionais de saúde inseridos no dia-a-dia da produção e consumo de serviços de saúde" (2008, p. 323).

Aqui novamente percebo uma tentativa de convencimento de que as propostas de alteração para o novo modelo em saúde ainda precisam ser metaforicamente adaptadas à linguagem dos modos de produção capitalista, daquele que "produz saúde" e daquele que "consome os serviços de saúde". Mesmo compreendendo o que Merhy traz a respeito deste consumo, de que ele não seja por qualquer oferta, e sim por algo que tenha sentido, e que o próprio sujeito faça parte desta construção partindo-se de suas necessidades.

> Sair da lógica das ofertas de consumo de atos de saúde, para a que se pauta pelo mundo das necessidades de saúde é uma rotação de 180 graus, e exige dos atores interessados[92] neste processo capacidade analítica da situação e construção do modo de protagonizar ações, que possam ir produzindo novos sentidos para a produção dos atos (Merhy, 2006, p.19).

Entretanto, diante da inversão de sentidos que o "produzir saúde" se pauta, na visão que a centralidade do sujeito seria o princípio norteador desta produção, o uso da palavra "produzir", passa a ser ressignificada e causar menos desconforto diante da tamanha complexidade das relações sociais que estão imbuídas à transformação dos serviços de saúde.

> O resultado do trabalho são produtos, em geral, com algum valor de uso presumido. Com capacidade potencial para preencher o gosto ou o desejo do público. Confundir valor de uso com atendimento automático a necessidades sociais é uma armadilha

[91] Apesar do conceito de trabalho em saúde ser determinado e utilizado a partir dos anos de 1980, ele traz sua centralidade no trabalho amplamente estudado por Marx há alguns séculos.

[92] Para Merhy (2006) os atores interessados são os usuários, os trabalhadores e os gestores dos serviços de saúde. Lembrando que considero em alguns momentos do texto usuário como sujeito, como a pessoa central, como na sintaxe, o centro da oração. E em outros momentos, considero que o trabalhador também é um sujeito. Já para Campos (2013), o sujeito é "um ser biológico, com uma subjetividade complexa, e mergulhado em um conjunto de relações sociais que alteram seus desejos, interesses e necessidades. Um Ser com um grau relativo e variável de autonomia para realizar desejos, interesses e necessidades, mediante processos de negociação e luta com o passado e o presente. Um Ser imerso na história e na sociedade, mas nem por isto despossuído de uma subjetividade singular e de capacidade para reagir sobre o seu contexto" (p. 62).

> tecnocrática ou mercantil, que dificulta, à maioria, analisar de modo crítico a produção de valores de uso (Campos, 2013, p. 41).

Malta e Merhy (2003) explicam ainda que no setor saúde o sujeito não possui conhecimento técnico-científico suficiente sobre o produto (aqui o procedimento) que irá consumir, a ele é explicado e orientado o procedimento para que junto ao profissional de saúde as decisões sejam tomadas, mas quem domina o conteúdo apresentado é o profissional que estudou de forma específica aquela condição, e o resultado neste momento é somente projetado e jamais apresentado, pois seu resultado só se efetiva em ato. É como, por exemplo, uma pessoa que precisa realizar uma cirurgia, mas espera que o médico a oriente, no entanto, o médico poderá estimar os resultados, mas de fato o resultado só acontece quando a cirurgia é realizada.

É a relação de produzir e de consumir saúde instantaneamente. O profissional à medida que atende, faz um curativo e o orienta prestando um serviço, está produzindo saúde, no sentido de promover bem-estar; na mesma medida que o sujeito recebe estas orientações e sente-se melhor, também passa a ser responsável pela produção de sua saúde e consumidor do procedimento quando aceita e põe em prática tais orientações.

Esta "produção" também pode ser percebida como desenvolver um projeto para si, valorizando-se seu protagonismo, como também se pode pensar em "produção" de estratégias ou procedimentos para o outro e para ambos; enfim, o termo neste novo modelo de saúde estar muito além do que uma ação para um resultado concreto de um produto, como se estabelecia nas produções fabris.

No novo modelo de saúde estas relações têm uma dimensão 'técnica', mas também uma dimensão 'ética, política e cultural' que envolve todos os atores do processo: os sujeitos, consumidores dos serviços; trabalhadores, prestadores dos serviços; gestores, os que possibilitam a sua existência. É a absorção de um modelo de saúde ampliado, chamado técnico-assistencial em defesa da vida[93], bastante complexo, em que há necessidade de transformações macro e micro sistêmicas e que por vezes ultrapassará o próprio campo da saúde, em que serão necessárias redes assistenciais intersetoriais (Teixeira, 2003). Por conseguinte, os processos de trabalho desenvolvidos também serão bastante complexos. "Os

[93] "O conjunto de propostas que constituem o chamado 'modelo técnico-assistencial em defesa da vida' tem sua origem nos estudos e reflexões sobre a prática de gestão e consultorias institucionais desenvolvidas por docentes e pesquisadores do LAPAUNICAMP ao longo, principalmente, da década de 1990. Uma leitura crítica de alguns dos textos que sistematizam as propostas dessa corrente (Campos, 1994; 1996; Merhy, 1994; 1997; Cecílio, 1994) ainda que preliminar, revela que, guardadas as diferenças entre os principais autores, o fundamento filosófico e conceitual comum foi construído a partir da apropriação crítica de contribuições teóricas provindas do marxismo, do existencialismo, da psicanálise e da análise institucional, sendo centrais nessa corrente de pensamento as ideias de autores contemporâneos pós-estruturalistas, como Felix Guattari e Cornelius Castoriadis" (Teixeira, 2003, p. 264).

trabalhadores em atividade atuam sob linhas de força agenciadas por uma ética do cuidado, que se expressam pelo manejo das tecnologias de trabalho e as subjetividades que operam também na produção do mundo do cuidado na saúde" (Franco, Merhy, 2012, p.152).

A subjetividade do profissional (de como este significa o trabalho baseado em seu próprio conjunto de valores ético-culturais e de formação) se, seu trabalho será somente prescritivo utilizando a técnica por técnica no seu atendimento, ou se, utilizará sua sensibilidade no acolher através de uma escuta qualificada e do estabelecimento de vínculos para com o outro; será com certeza uma das diversas dimensões que compõem o complexo cenário do trabalho em saúde (Franco, Merhy, 2012).

O estabelecimento de vínculo tanto perpassa entre o trabalhador e a pessoa que recebe o serviço, para que de fato o trabalhador opere na redução de sintomas clínicos e melhoria das condições de vida em sociedade. No trabalho em saúde, na maioria das vezes, o trabalhador produz caminhos (juntamente com os sujeitos) saudáveis, se assim os sujeitos desejarem e decidirem seguí-los. Nesta mesma perspectiva, o estabelecimento de vínculos com os pares também é extremamente importante.

Diante da complexidade de necessidades na sociedade atual, e de um conceito de saúde ampliado que abrange os determinantes sociais, manter a integralidade do cuidado não é tarefa designada a um único profissional de saúde. É necessário um trabalho multiprofissional integrado e articulado a vários setores para se dar conta das multifacetadas questões que resultam em processos adoecedores.

A partir de 1990 aparecem novas reflexões sobre formas de trabalho e questões relacionadas a integralidade do cuidado e autonomia dos sujeitos, dando ênfase a interação e a relação profissional entre usuários e profissionais, e o termo trabalho multiprofissional em saúde, passa a ser bastante utilizado em pesquisas sobre atenção à saúde, gestão em saúde, modelos assistenciais, trabalho em equipe de saúde, cuidado em saúde e outros que abordam aspectos estruturais e relacionais dos sujeitos envolvidos (Peduzzi, Schraiber, 2008).

Apreender que no processo de Trabalho do profissional da saúde os produtos de sua ação muitas vezes se configuram em articulação de profissionais e da rede de serviços, em pactuações políticas para favorecer o acesso a estas redes, em que seu envolvimento como trabalhador está para além da redução de sintomas clínicos. Todo o contexto histórico, sócio-político e econômico interfere no modo como estas ações são produzidas, como afirmam Santos-Filho e Barros (2007, p. 62), nos processos de trabalho toda "escolha é política porque se está em meio a interesses, necessidades, desejos, saberes e poderes que constituem modos

de ver o mundo e modos de nele existir", e o diálogo entre os profissionais e a gestão torna-se fundamental.

Neste sentido, entender que os processos de trabalho multiprofissional também envolvem processos de gestão e que "gestão não é apenas organização do processo de trabalho" (Santos-Filho, Barros, 2007, p. 62), é marco definitivo para o início de uma discussão sobre o trabalho multiprofissional nos serviços de saúde do SUS.

O trabalho em saúde é desenvolvido por diversos profissionais, ou de forma autônoma na relação profissional-cliente, em ambulatórios, domicílios; ou de forma coletiva em hospitais, clínicas, empresas privadas e em serviços públicos, através das relações de assalariamento. Lembrando que os profissionais que mais conseguem se manter de forma autônoma são os médicos, sem necessariamente estarem ligados à questão do assalariamento e do trabalho coletivo institucional (Ribeiro, Pires, Blank, 2004, p. 439).

Vale destacar que são muitos os profissionais considerados da saúde. Segundo a resolução N.º 287/1998, são reconhecidas como categorias profissionais de saúde de nível superior para fins de atuação do Conselho Nacional de Saúde: Assistentes Sociais, Biólogos, Biomédicos, Profissionais de Educação Física, Enfermeiros, Farmacêuticos, Fisioterapeutas, Fonoaudiólogos, Médicos, Médicos Veterinários, Nutricionistas, Odontólogos, Psicólogos e Terapeutas Ocupacionais (Brasil, 1998), que realizam o trabalho em saúde quer na esfera pública ou privada.

Estudiosos como Ribeiro, Pires e Blank conceituam o trabalho em saúde hoje como "majoritariamente, um trabalho coletivo institucional, que se desenvolve com características do trabalho profissional e, também, da divisão parcelar ou pormenorizada do trabalho e da lógica taylorista de organização e gestão do trabalho" (2004, p. 438-439), mesmo compreendendo-se na esfera pública o trabalho em saúde como trabalho improdutivo na visão marxista. Isso revisita a necessidade de se compreender como um modelo de produção fabril, compartimentado, influencia os serviços de saúde e a divisão técnica do trabalho, mesmo com a existência da divisão social do trabalho desde que o homem vive em sociedade (Malta, Merhy, 2003, p.62).

É importante destacar que no início do século XX princípios introduzidos pelo engenheiro Frederico Taylor (em 1911) e mais tarde ratificados pelo modelo de desenvolvimento norte-americano implementado por Henry Ford (em 1913) no processo de produção industrial teve impactos mundiais na forma de administração das fábricas, que em sequência passam a ser reproduzidas em todos os espaços, inclusive no setor de serviços. Princípios de substituir métodos improvisados por métodos científicos comprovadamente

exitosos, de treinar trabalhadores de acordo com suas aptidões, de supervisionar o trabalho, de controlar o tempo de realização das tarefas e a quantidade de produtos gerados, de organizar fisicamente o ambiente para a maior produção em menor tempo possível, foram aos poucos sendo incorporados em todos os serviços com o objetivo de gerar mais capital através do aumento do consumo. Atrelado a isto se combinou políticas públicas (*welfare state*) de garantia de emprego, de direitos de cidadania, e de redistribuição de renda a favor dos assalariados, resultado de grande conquista após muitas lutas dos trabalhadores (Ribeiro, Pires, Blank, 2004; Pires, 2000; Malta, Merhy, 2003; Correia, Trindade, 2009; Campos, 2013).

No entanto, nestes modelos de produção, o mecanicismo acabou gerando a incompreensão da totalidade do processo e o trabalho pensante tornou-se propriedade de um pequeno grupo que dita e controla as regras do jogo, ocorrendo a "desantropomorfização do trabalho", onde o homem passa a ser apenas o apêndice de uma máquina ferramenta, que garante ao capital maior extração do sobretrabalho (Malta, Merhy, 2003).

Situação semelhante acontece nos serviços de saúde com a compartimentalização do cuidado e fragmentação das especialidades – em que o sujeito que precisa dos cuidados de saúde só os tem quando vários profissionais “cuidam” de uma determinada parte de seu corpo – e com gestões autoritária e antidemocrática (quando instituições estão sobre responsabilidades de única pessoa que controla a organização do trabalho bem como o retorno lucrativo dele). Porém, estas pessoas eleitas para “controlar”, estão longe de ser independentes de um controle maior, daqueles que detém os meios de produção, ou seja, apesar daqueles que executam o trabalho mais intelectual serem melhor remunerados, ainda fazem parte de uma categoria explorada e submissa economicamente a outra (Ribeiro, Pires, Blank, 2004).

Estes trabalhadores que fazem parte das nomeadas “camadas médias de emprego” como engenheiros, enfermeiros, técnicos, empregados de vendas, da administração financeira e organizacional e assemelhados (Ribeiro, Pires, Blank, 2004, p. 439), acabam submetidos a condições diversas de precarização do trabalho, inclusive a baixa remuneração salarial, mesmo quando ocupam cargos de gestão autocrática, de controle, ou de comando do poder. Veja que a afirmação exclui o profissional médico que consegue remunerações mais elevadas por manter-se como profissionais liberais autônomos, já brevemente comentado em parágrafos anteriores.

Vale lembrar que o modelo Taylorista/Fordista gera uma insatisfação entre a classe operária pela execução maçante, intensa e repetitiva das tarefas exigidas, mesmo sendo muito bem pagas, entra em declínio nos países desenvolvidos na década de 1960 e no Brasil na

década de 1990, pondo em risco a taxa de mais-valia e a estabilidade da produção. Muitas reivindicações sindicais começam a surgir, há aumento dos preços dos produtos gerando inflação elevada, questionando-se o *welfare state*, e prejudicando conquistas trabalhistas.

Deste modo, em sequência surge outro modelo de produção, o Toyotismo, inspirado nos processos de produção desenvolvidos na empresa Toyota. Neste novo modelo há um intenso investimento em inovações tecnológicas, na descentralização da produção, com multivariadas funções, reposição rápida de peças e estoque, a complementação intersetorial e mudanças na forma de gestão do trabalho inclusive estimulando grupos de trabalhadores a discutirem o desempenho da empresa. Neste modelo houve uma forte influência no trabalho coletivo e flexível, porém com ênfase no trabalho morto (Pires, 2000; Malta, Merhy, 2003; Correia, Trindade, 2009; Harvey, 1992).

O *toyotismo* é a ideologia orgânica da produção capitalista, que tende a colocar novas determinações nas formas de ser da produção e reprodução social [...]. Seu léxico penetra não apenas a indústria, mas os serviços e a própria administração pública" (Alves, 2005, p. 410). Segundo Alves é a racionalização suprema do capitalista capturando a subjetividade do trabalho vivo, ou seja, a consciência do sujeito trabalhador, em que corpo e mente são mobilizados para a produção de valores. É este modelo que apelará a administração participativa, salientando o sindicalismo e os círculos de controle de qualidade, instalando assim nova forma de gestão a partir do uso da inteligência humana (Alves, 2005). Ou seja, o uso da subjetividade em prol da acumulação do capital, e não da valorização do trabalhador.

No Toyotismo, estimula-se a competição entre os trabalhadores da equipe e um super controle a partir de supervisores e líderes da equipe, ou seja, a recompensa do trabalho realizado por esta equipe só acontece se todos desempenharem suas funções, caso um único membro não desempenhe toda a equipe será penalizada. Assim, o suposto 'poder' dado à equipe, na realidade, era a manipulação de seu próprio trabalho, e do trabalho dos colegas (Alves, 2005).

Após o Toyotismo outros modelos de produção também tiveram sua influência na administração capitalista, como os Círculos de Controle de Qualidade, Gerenciamento de Diretrizes e a Administração por objetivos, estimulando a participação, a criatividade, visão estratégica, participação na divisão dos lucros, controle do processo, abertura da empresa à concorrência, a cogestão e autogestão (Malta, Merhy, 2003; Campos, 2013) que também influenciaram o funcionamento dos serviços de saúde.

Além destas transformações mundiais, as mudanças política-administrativas também interferiram nas relações econômicas do Brasil. Na década de 90 várias reformas de Estado

são implementadas para acompanhar o processo de modernização do país apontada como necessária a sua inserção no mercado competitivo internacional, defendendo-se alterações na forma de gestão dos serviços, o financiamento do Estado e adoção de uma política neoliberal em que o investimento tecnológico atende interesses de poderosos, regulamentando o produtor dos cuidados[94] à medida que retira a proteção do trabalhador (Ribeiro, Pires, Blank, 2004).

Estas mudanças no desenvolvimento do trabalho têm muito a ver com as transformações históricas que a sociedade tem passado, e vem passando dia após dia. Autores têm defendido que nas últimas décadas do século XX as sociedades ocidentais têm sido nomeadas de "sociedades de serviços" ainda acrescentam que para funcionar necessitam estar à disposição constante da sociedade diante das incertezas de nunca se saber ao certo quando há demandas (Ribeiro, Pires, Blank, 2004), características típicas do pós-modernismo[95] e que impactam na realização de atividades. Aquelas atividades que não estão ligadas diretamente à produção industrial, pode-se considerar o setor de serviços (Ribeiro, Pires, Blank, 2004), e um dos setores de serviços, é o de saúde.

Somado a isto, as formas de vinculação do trabalho, com perdas de direitos trabalhistas[96] como tem ocorrido em tempos remotos, também intensificam a insegurança econômica gerada pelo Mercado. Mercado que preza pelo acúmulo de riquezas com a exploração do trabalho através do controle do tempo e do espaço. Segundo Harvey para se ter sucesso num sistema econômico capitalista depende-se de duas coisas:

---

[94] Produtor de cuidados, aqui compreendido como burguês proprietário de instituições privadas de saúde, como clínicas, hospitais e outros.

[95]Há uma constante insegurança na pós-modernidade regida pelo medo ambiente, gerada pela nova desordem do mundo, pela desregulamentação universal (a liberdade de mercado, a concorrência, a instabilidade do emprego), pelo intenso consumismo e construção de laços interpessoais frágeis e não duradouros, pela imprevisibilidade das coisas, e a incerteza constante, pelo aumento da violência. Na pós-modernidade as melhorias econômicas não se traduzem em redução do desemprego, e sim de racionalização do emprego pelo avanço tecnológico nos ambientes de trabalho. Parece que a segurança gira em torno do mercado consumidor que passa a ditar as regras, tem-se mais sucesso e aplausos àquele que consegue ter maior poder de consumo, que possui determinados objetos desejados, que adotam certos estilos de vida e que por fim possuem mais condições à felicidade e à dignidade humana (Bauman, 1998).

[96] Quando o Estado contrata organizações privadas para gerir serviços públicos, como são os casos das Organizações Sociais (OS), os contratos de trabalho passam a ser celetistas e temporários, e o trabalhador passa a ser gerido por uma empresa que tem como meta o acúmulo de capital. "As OS se propagaram na área da saúde em todos os estados brasileiros a partir de 2010. O documento 'Contra fatos não há argumentos que sustentem as OS no país', elaborado pela Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde, apresenta um relatório analítico dos prejuízos trazidos à sociedade e aos trabalhadores pela implantação das OSs na área da saúde" (Correia, 2022, p.76-77).

> A primeira advém das qualidades anárquicas dos mercados de fixação de preços e a segunda deriva da necessidade de exercer suficiente controle sobre o emprego da força de trabalho para garantir a adição de valor na produção e, portanto, lucros positivos para o maior número possível de capitalistas (Harvey, 1992, p.118).

As rápidas mudanças do mercado com altos graus de descentralização em que os produtores decidem os preços, e as produções conforme as necessidades e vontades dos consumidores têm provocado alguns abusos na fixação dos preços, e concomitante a isto, o trabalho assalariado "por boa parte do conhecimento, das decisões técnicas, bem como do aparelho disciplinar, fora do controle da pessoa que de fato faz o trabalho" (Harvey, 1992, p.119), o que o limita por não ter domínio sobre todo o processo de produção. Além disto, o trabalhador incorpora a responsabilidade dos papéis e ética nas atividades desempenhadas de uma cultura cultivada por princípios e valores morais, educacionais e religiosos estabelecidos, que indiretamente controla sua forma de atuar (Harvey, 1992). É um misto de transformações sociais, econômicas e políticas que alteram as condições e formas de trabalho, sempre a favor da acumulação do capital independente das garantias conquistadas pelo trabalhador.

E assim há primazia da burguesia na definição dos assuntos do Estado, convertendo-se a instituição Estatal em superestrutura de base burguesa ou material, em que cada um começa a lutar por sua propriedade privada a fim de garantir seus direitos individuais, e a reprodução da identidade coletiva não seria prioridade. Aqui percebo o destaque ao individualismo, na prática social, bem como o autoritarismo e hierarquia social fortalecendo a ideia da desigualdade, em que vale mais, aquele que possui mais bens, e que consequentemente possui direito a decisões políticas e econômicas.

Este individualismo, é perceptível nas afirmações de Habermas, quando traz que o modernismo "surge como o grande corruptor que leva ao poder o princípio de uma realização ilimitada do indivíduo, a exigência de uma experiência individual autêntica e o subjetivismo de uma sensibilidade exacerbada, libertando através disso motivações hedonistas inconciliáveis com a disciplina da vida profissional e de modo geral, com os fundamentos morais de uma vida regulada pela racionalidade fins e meios" (Habermas, 1991, p.9), ou seja, o modernismo introduz a ideia de que o indivíduo pode ir muito além dos limites e regras impostas pela sociedade a partir de suas motivações e prazer. O problema se estabelece quando a realização ilimitada e as regras impostas passam a ser de uma minoria privilegiada, a classe detentora dos meios de produção, a burguesia.

Para o sistema econômico esta ideia de realização ilimitada passa a repercutir na esfera da vida cotidiana, o individualismo e com ela a ideia de que é preciso fazer muito esforço para

se alcançar o bem-estar social (Habermas, 1991). Parece instalar neste momento a ideia concorrencial de que o indivíduo que se esforça muito alcança recompensa e bem-estar social, estimulando-se falsas ideias de liberdade e meritocracia, já que uma classe acaba por sobrepor-se a outra. O que traz repercussões importantes para o campo do trabalho, o trabalhador acaba incorporando a ideia que para conseguir uma remuneração melhor precisa trabalhar ilimitadamente, se submetendo a maiores graus de exploração.

Também observo em alguns estudiosos como Bauman algumas explicações para a aceitação dos trabalhadores a esta forma de trabalho flexível, com perdas dos direitos conquistados que tanto caracteriza o trabalho precarizado. Para Bauman o que antes era regido pela ideia de segurança, liberdade limitada e padrões a serem seguidos, no período pós-moderno passa a ter outro sentido, o homem com "liberdade" busca o prazer, e o fundamental não é mais a segurança e sim a felicidade. "O mal-estar da pós-modernidade passa a ser a liberdade de procura do prazer que tolera uma segurança individual pequena demais" (Bauman, 1998, p.10).

Neste sentido, na pós-modernidade que se dá início no fim do século XIX, há uma ideia de flexibilidade, que as interpretações dependem do ponto de vista, do sentido escolhido, do valor determinado, do significado que se acredita ser o mais conveniente. E que ao se reproduzir determinada visão, este agir se torna inconsciente, de modo que nem se consegue mais o decifrar, só o reproduzir, passando a se caracterizar como mundo subjetivo da cultura, em que se repete sem de fato saber o porquê, e que todas as coisas são possíveis de acontecer se estivermos naquela posição vivenciada pelo outro, com a ideia da reciprocidade. E é neste período em que a desregulamentação, o destaque às diferenças, a livre concorrência, e a privatização começam a ganhar força (Bauman, 1998).

Neste sentido, mudanças ocorrem em todas as dimensões, desde as formas de contratação dos trabalhos, quanto às relacionadas ao próprio processo de trabalho, incluindo as dimensões gerenciais, organizativas ou assistenciais. Sendo necessário aprender a trabalhar com condições flexíveis, ou mínimas, pactuações e contratualidades entre os atores sociais e políticos (Franco, Merhy, 2012; Merhy, 2006).

Campos (2007) afirma que condições sociais, modos de produção e modelos de gestão intensificam relações de poder e exploração do trabalhador a favor de interesses do capital, do Estado ou do proprietário. Por isso, a necessidade de investir em novos formatos de produzir saúde, e em outros modelos.

No novo modelo de saúde ampliado, os estudiosos apontam através do processo de trabalho em saúde a motivação em criar metodologias e instrumentos de gestão e organização

do trabalho coletivo que “desencadeiam uma ‘revolução molecular’ no âmbito das instituições de saúde e resulte no estabelecimento de novas relações entre gestores, trabalhadores e usuários, mediadas pela busca de autonomia e reconstrução de subjetividades” (Teixeira, 2003, p.264).

É exatamente no estabelecimento destas relações que as tensões começam a fazer parte de todo o processo, exatamente no “espaço intercessor”, nomeado por Malta e Merhy (2003), como o espaço de mudanças gerado no encontro entre sujeito e consumidor da saúde.

> Este encontro não é uma simples somatória de um com o outro, mas sim o resultado de um processo singular pelo encontro dos dois em um único momento. Assim também, no encontro do trabalhador de saúde com o usuário, estabelecesse entre eles um espaço intercessor que sempre ocorreu em seus encontros e em ato. Este momento, o da produção e consumo dos atos de saúde, é um momento especial, portador de forças "instituintes" (Malta. Merhy, 2003, p. 64).

São espaços, enfim, que permitem a troca de saberes e a transformação de percepções, atuações, e comportamentos no ato, por exemplo, de uma escuta qualificada, já que a formação dos profissionais durante décadas esteve “centrada nas tecnologias duras (instrumentais) e nas tecnologias leve-duras (conhecimento técnico)” (Franco, Merhy, 2012, p. 154) inseridas numa lógica de mercado de venda de produtos ou de procedimentos técnicos para uma resposta lucrativa.

Com a entrada de um novo modelo de assistência, o processo de trabalho precisa sofrer reajustes. O sujeito que recebe cuidados precisa ser visto de uma forma ampliada como ser que sofre influências de determinantes sociais; e os profissionais precisam ser vistos numa constante correlação entre trabalho vivo e trabalho morto. Neste sentido, a organização do trabalho precisará atender a esta nova concepção, bem como a formação acadêmica agora precisa ser estimulada de maneira mais generalista (Franco, Merhy, 2012; Malta, Merhy, 2003).

> Inferimos daí que a Composição Técnica do Trabalho, quando favorável ao Trabalho Morto, isto é, está sob sua hegemonia, vai refletir em processos de trabalho com menores graus de liberdade, operando um cuidado mais capturado por lógicas estruturadas de desenvolvimento do trabalho, quais sejam, as normas de funcionamento das equipes de saúde, medidas rigidamente vinculadas aos protocolos, e todo arsenal que de regulação do trabalho. Ao contrário se houver predominância do Trabalho Vivo, em ato, o trabalhador conta com altos graus de liberdade, podendo exercer melhor a criatividade necessária ao cuidado em saúde, fortalecer os aspectos relacionais do seu trabalho, tendo, portanto mais possibilidade de conduzir o trabalho por diretrizes como o Acolhimento, estabelecimento de vínculo, acompanhamento dos projetos terapêuticos, que são diretrizes que para se efetivarem na rede de serviços, como mudanças estruturais na produção do cuidado, são dependentes das tecnologias leves (Franco, Merhy, 2012, p. 156).

Apesar de extensa, esta citação deixa evidente as relações entre o trabalho morto e o trabalho vivo frente a liberdade nos processos de trabalho, sem necessariamente estar ligados a protocolos ou rotinas fixas pré-determinadas, conforme são priorizadas no modo de produção taylorista/fordista. No entanto, nesta nova configuração é notória a centralidade do cuidado voltado ao trabalho vivo, com a necessidade de desenvolver metodologias de trabalho no âmbito das tecnologias leves, as tecnologias relacionais. Ou seja, na produção das relações, a autonomia, inclusive da produção do próprio cuidado, a partir do protagonismo e responsabilização do sujeito é compreendida como processo em curso. É neste âmbito das tecnologias relacionais, que se encontram as relações profissionais, ou seja, onde está o trabalho em saúde multiprofissional necessário para atuar na integralidade do cuidado.

Ainda sobre o uso destas tecnologias relacionais entre os profissionais, Malta e Merhy chamam a atenção para conceitos como “campo” e “núcleo” de competência, mostrando que nas inter-relações os campos de saberes são ampliados, preservando-se os núcleos de saberes e aumentando a qualidade da assistência.

> Através do trabalho em equipe, o "campo de competência" tende a se alargar, através das trocas de saberes. Assim preserva-se maior autonomia profissional e das equipes. Preserva-se o exercício de "núcleos" específicos, próprios da intervenção de cada profissional, além de alargar os "campos" comuns, melhorando a qualidade da assistência, permitindo respostas mais abrangentes por parte dos profissionais (Malta, Merhy, 2003, p. 65).

Para que respostas mais abrangentes sejam exploradas, os modos como se constrói a gestão de processos políticos, organizacionais e de trabalho devem estar voltados a atos de cuidar independente se este cuidar seja a um indivíduo, a um coletivo ou aos meios, mas que seja possível produzir ações úteis repletas de valores de uso (Merhy, 2006).

Neste sentido, sujeitos, trabalhadores e gestores estão imbricados no emaranhado dos serviços de saúde, e não há como desempenhar um trabalho em saúde sem considerar estes elementos. O protagonismo do sujeito, o posicionamento ético-político dos trabalhadores e a forma de gestão dos serviços são fundamentais à prestação dos serviços de saúde. É importante compreender um pouco mais sobre esta gestão, que vai além da governabilidade, trata-se da gestão dos coletivos (Campos, 2013).

A gestão de Coletivos é o modelo de gestão propício para o trabalho multiprofissional necessário ao desenvolvimento do SUS e enfrentamento das mazelas sociais do capitalismo monopolista, e, das influências de uma cultura pós-moderna e de uma economia

ultraneoliberal. No entanto, nos serviços de saúde do SUS percebo muitas mudanças na gestão do trabalho, nas relações de contratação dos trabalhadores que têm gerado muitos impactos na organização do trabalho e na implantação de modelos de gestão de coletivos.

A degeneração de vínculos violando-se direitos constitucionais dos trabalhadores, a precarização dos ambientes e condições de trabalho, e as dificuldades na organização e relações sociais de trabalho em modelos de gestões tradicionais tem se caracterizado como amplos problemas do mundo do trabalho (Santos-Filho, Barros, 2007). Os "novos modelos de gestão" que não são modelos de gestão de coletivos (que aqui defendo) adotados juntamente com a organização política administrativa do Estado, acabam por interferir na implementação das políticas públicas locais.

Sendo assim, cabe explicar o que alguns autores entendem por "novos modelos de gestão" adotado. Segundo Correia (2011) são modelos que incitam processos de privatização através de gestões realizadas por Organizações Sociais (OS), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs) e Fundações Estatais de Direito Privado (FEDPs), como já foi mencionado em outra seção. Estes "novos modelos de gestão" acabam intensificando os processos de contrarreforma do Estado brasileiro, "ameaça os direitos sociais, contraria a legislação do SUS, prejudica os trabalhadores, limita o controle social e propicia o desvio de recursos públicos" (Correia, 2011, p. 43), resultando cada vez mais em mercantilização da saúde e privatização dos serviços atendendo aos interesses do capital.

No serviço público a gestão dos dispositivos de saúde é realizada (ou deveriam ser)[97] pelas esferas de governo Federal, Estadual e Municipal. Entretanto, com as mudanças organizacionais da administração pública e adoção de "novos modelos de gestão", a partir de ideias neoliberais e de instituições privadas que realizam a gestão dos serviços públicos favorece cada vez mais a flexibilização das relações de trabalho, o aumento da precarização e cada vez mais a aceitação da terceirização dos serviços. Somando-se a isto, a cultura local (de uma região) influencia no processo de governança, como o contrário também pode ser visto.

Observo que o Estado de Alagoas possui um legado histórico de politicismo e coronelismo registrado pela imposição de poder por forças militares desde a abertura do regime republicano, e por forças econômicas advindas inicialmente da agroindústria têxtil do algodão e depois da cana-de-açúcar com a indústria sucroalcooleira. Estas forças econômicas agroindustriais em Alagoas revisitam a influência do operariado na escolha das figuras

[97] Hoje muitos serviços de saúde estão sendo gerenciados por Organizações Sociais (OS), ou seja, o governo sela um convênio, ou contrato, com uma empresa que realizará o gerenciamento dos recursos destinados ao dispositivo de saúde, terceirizando trabalhadores e serviços sem vínculos estatutários de concurso público.

políticas que assumiram o comando do Estado por muitas décadas. Pois bem, se as condições de trabalho naquela época eram muito precárias, com salários baixos, pouca assistência médica, e extrema pobreza, a classe operária acabava aceitando muitos favores destes "patrões", e como retribuições a estes favores acabavam colaborando com seus votos, elegendo seus "patrões" ao poder do estado Alagoano, principalmente a partir de 1930 (Tenório, Lessa, 2013).

Condição do operariado que superou a venda dos votos dos currais eleitorais, para a manutenção do coronelismo, em que as forças militares continuassem operando como ocorreu no início do Brasil república, na forte expressão dos marechais alagoanos à presidência da república (Tenorio, Lessa, 2013). E assim, sela-se a manipulação de políticas públicas a favor de interesses àqueles que estão no comando político do estado. Situação que permite o Estado ser gerido continuamente (até os dias atuais) a partir de interesses privados que influenciam ainda mais a privatização de serviços, a precarização do trabalho, e a desconstrução da rede de atenção integral do SUS.

Vale destacar a precarização do trabalho, inclusive na saúde, como a redução dos direitos trabalhistas, o aumento do desemprego, a fragilidade dos vínculos de trabalho, a presença de níveis salariais baixos, carga horária excessiva, infraestrutura reduzida ou indisponível para a realização do trabalho gerando situações que afetam diretamente a qualidade de vida do trabalhador. A precarização do trabalho reflete na hegemonia do capitalismo, e consequentemente nas alterações dos direitos trabalhistas e proteções sociais, bem como nas perdas salariais, nos benefícios sociais, na segurança e higiene no ambiente de trabalho e na proteção sindical (Cavalcante, Prédes, 2010).

Neste modelo econômico o trabalho permanece a produzir valores de uso que satisfazem necessidades humanas, porém seu produto não é propriedade do trabalhador e sim do capital, o que se configura em trabalho assalariado, alienado e fetichizado, ou seja, o trabalhador passa a não possuir o controle sobre os processos produtivos, estabelecendo-se as relações de trabalho voltadas mais às necessidades do mercado, que necessariamente a liberdade de produção (Cavalcante, Prédes, 2010).

Além destas questões, o trabalho em saúde ainda passa por diversos outros abalos quando está na esfera da saúde mental. O estigma social de representações rígidas e preconceituosas em relação à loucura, associada ao imaginário social de imprevisibilidade e periculosidade da pessoa com transtorno mental, muitas vezes impedem a construção de vínculos entre profissional e pessoa em sofrimento, e a prática assistencial multiprofissional.

O desgaste emocional também está entre os mais apontados entre os trabalhadores de saúde mental, traduzidos por sentimento de insegurança que bloqueiam a criatividade, angústia, culpa, medo de não manejar técnicas adequadas principalmente para lidar com a agressão física, preocupação, estresse emocional, sobrecarga, exaustão, frustração em observar os usuários não correspondendo às expectativas esperadas e vergonha de ter que buscar ajuda por incertezas em relação ao tratamento (Silva *et al.*, 2020; Nascimento, Trindade, Barreto, 2021).

As incertezas também estão muito presentes nas condições precárias de trabalho, na instabilidade de vínculos e nas baixas remunerações. Além disso, a maioria dos trabalhadores que fazem parte dos serviços de saúde mental são mulheres que ainda acumulam múltiplas funções.

> Vale ressaltar que na ordem patriarcal capitalista contemporânea a participação feminina no mundo do trabalho, nos últimos anos, tem exposto mais a mulher à submissão da exploração do capital, aumentando sua probabilidade de aceitar condições precárias de trabalho na busca de independência financeira e social que por séculos esteve sob a dominação e opressão masculina (Nascimento, Trindade, Barreto, 2021, p. 349).

Para conseguir superar parte destas condições, a submissão do trabalhador a condições insanas de trabalho passa a ser a única alternativa, como também sua submissão a gestões autocráticas com a presença de autocontrole, mesmo o trabalhador desempenhando suas funções em serviços de saúde mental com ideais democráticos.

> Em convivência a um modo de produção econômica há uma estrutura político-jurídica e ideológica que retroalimenta este modelo de produção. A exploração só é possível porque existem relações de poder autoritárias e ideologias que dão significado a submissão, ou seja, há um conjunto de valores e crenças que modulam a consciência. E nesta conjuntura, a instância econômica reconhecida pela circulação de mercadorias, do consumo, das trocas e das finanças; o âmbito político que organiza a sociedade por meio do Estado, das leis e normas, dos costumes sociais e do planejamento do trabalho, entre outros; e a instância ideológica que abrange as representações sociais, a cultura e o simbólico; se misturam de tal modo que podem resultar em relações sociais de opressão, mesmo quando se configuram em trabalho transformador (Nascimento, Trindade, Barreto, 2021, p. 343-344).

Relações de poder opressoras são muito comuns em trabalhos multiprofissionais, e podem estar menos presentes em modelos de saúde que defendem posições democráticas; porem reproduções de modelos de saúde conservadores ainda podem estar presentes em

serviços reformados. Isso ocorre por diversos fatores, entre eles a crise estrutural do capital[98] a reestruturação produtiva e a nova morfologia do trabalho que precariza o trabalho vivo. Esta nova morfologia social do trabalho[99] implica na dissolução dos coletivos de trabalho, nos mecanismos de coerção ou manipulação do local de trabalho, na redução do trabalho vivo pelo trabalho como mercadoria e em consequência na degradação da saúde física e mental do trabalhador (Alves, Vizzaccaro-Amaral, 2021).

> A constituição dessa nova morfologia social do trabalho, por sua vez, vem desencadeando uma crise da subjetividade e do trabalho vivo marcada pela crise da vida pessoal (crise do ser humano com o seu espaço de vida e a redução do tempo de vida a tempo de trabalho estranhado), pela crise da sociabilidade (crise do ser humano com outros seres humanos e o dilaceramento dos laços sociais) e a crise da autorreferência pessoal (crise do ser humano consigo mesmo e a corrosão da autoestima) com impactos diretos para a saúde física e mental dos trabalhadores e evidenciando a centralidade do trabalho e a determinação social do processo saúde-doença (Alves, Vizzaccaro-Amaral, 2021, p. 26).

Muitas mudanças de conjuntura macropolítica vem impactando na percepção subjetiva do trabalhador, causando-lhe prejuízos imensuráveis em sua saúde e nas relações sociais. Para atender a acumulação do capital, instituições contratam cada vez menos profissionais e exige cada vez mais a produtividade, demandando maior atenção e adaptação do profissional às mudanças, deixando-o mais vulnerável ao adoecimento físico e mental, em que o direito à saúde do trabalhador passa a ser violado (Nascimento, Trindade, Barreto, 2021).

Enfim, esta discussão emerge como necessária à compreensão atual de como o trabalho tem se apresentado para a maioria dos trabalhadores da saúde que desempenham o papel de matriciador nos serviços de saúde do SUS nos municípios alagoanos. É importante entender as condições em que o trabalho ocorre, em que contexto ele se apresenta para se identificar obstáculos e buscar enfrentamentos. No próximo subitem analisei exatamente isto, como estas equipes multiprofissionais estão enfrentando os diversos desafios organizacionais ao desempenho de suas funções matriciais.

---

[98] A crise estrutural se manifesta na financeirização da riqueza capitalista e na hegemonia do capital financeiro de acumulação de valor. Ela põe efetivamente a determinação da base econômica como condição de acumulação ou extração de mais-valia. É o estabelecimento de uma nova correlação de força e poder entre as classes sociais no mundo do capital, um novo modo de subsunção do trabalho, através da desvalorização da força de trabalho, pondo obstáculos a formação da consciência de classe, precarizando o trabalho a partir da precarização salarial, de não se considerar planos de cargos e carreira, de intensificar péssimas condições de trabalho, de alterar normas regulamentadoras do trabalho (estimulando mudanças na contratação salarial, remuneração e jornada de trabalho), de ampliação do uso de tecnologias informacionais e de adotar o sistema toyotista de produção com o método *just in time* (trabalho no momento necessário) (Alves, 2013)

[99] O novo social, que se configurou entre os anos 1970 e 1990, e que se consolida após os anos 2000, caracteriza-se por novas formas de consumo da força de trabalho como mercadoria e por novos modos de "(des)constituição do ser genérico do homem" (Alves, Vizzaccaro-Amaral, 2021, p. 23).

4.2 Desafios do matriciamento nos municípios alagoanos a partir da organização do trabalho das equipes multiprofissionais em saúde no SUS no período de 2016 a 2022

Os desafios na realização das ações matriciais para a gestão do SUS já são enormes, e mais ainda para o trabalhador matriciador, pois precisam realizar suas funções mesmo com todos os déficits organizacionais expostos em seções anteriores. Desafios sob o olhar de quem realiza o matriciamento no dia-a-dia, como as dificuldades de: articular ações em rede, se comunicar com os pares, ter que desempenhar funções pontuais para reduzir demandas reprimidas, e ter que assumir múltiplas funções devido ao número reduzido de profissionais contratados, muitas vezes sem experiência em matriciamento; que obstaculizam a implementação da lógica da assistência à integralidade.

Nesta seção analisei os impactos da organização dos serviços de saúde do SUS na atenção psicossocial à realização de ações matriciadoras em saúde mental nos municípios alagoanos no período de 2016 a 2022, identificando os desafios que as equipes multiprofissionais enfrentam diante das condições de trabalho das quais estão submetidas. Foram averiguadas as influências da organização administrativa do Estado e modelos de gestão na realização do apoio matricial em saúde mental, apreendendo desde as condições de trabalho, carga-horária, organização do trabalho, concepções, forma de contratação dos profissionais e a presença de políticas locais sobre matriciamento no contexto alagoano. Dados fundamentais para observar que a ausência de políticas locais, critérios de organização administrativa, e a falta de condições trabalhistas são os maiores obstáculos, frente à recusa ou omissão do profissional no desempenho das ações matriciais.

A subseção 4.2 ajudará a perceber que mudanças recentes da Política Nacional de Saúde Mental e a cultura local arraigada de favores políticos advindos do “Coronelismo” influenciam a organização destes serviços, de tal modo que impactam negativamente, na não responsabilização dos profissionais com as ações de matriciamento e a defesa da atenção à saúde mental articulada com a atenção primária; bem como ao comprometimento destes profissionais com a cogestão do cuidado, com o envolvimento no território em que a pessoa vive, e com o vínculo à família a que pertence.

Percebi que muitos dos resultados encontrados na pesquisa de campo confirmam alguns achados na literatura, inclusive nos selecionados para o estado da arte, e enquanto dados novos, observei que, quanto mais envolvimento político na contratação das equipes sem considerar critérios qualificáveis para a seleção de profissionais, maior o impacto negativo na realização de ações matriciais, entretanto, debate aprofundado durante esta subseção.

Assim, identifiquei seis categorias temáticas a partir da pesquisa de campo sob auxílio dos obstáculos apontados no estado da arte, a fim de provocar reflexões sobre os desafios ao matriciamento. As temáticas seguiram uma sequência lógica de coesão textual, partindo da caracterização dos participantes do estudo[100] sobre suas formações e tempo de serviço, passando pelas relações de trabalho com as formas de contratação de trabalho, salário, violação de direitos trabalhistas, questões de gênero, prioridades de gestão na contratação e seleção de profissionais, importância da educação permanente e identificação com o perfil profissional para a preservação da saúde mental. Deste modo iniciarei as discussões!

4.2.1 Formação e experiência profissional dos coordenadores/responsáveis pelo matriciamento nos municípios de Alagoas

Para entender os desafios do matriciamento em Alagoas a partir da organização do trabalho, foi preciso apreciar inicialmente o perfil destes profissionais participantes do estudo e identificar o nível de conhecimento adquirido nos processos de formação acadêmica. O perfil do profissional contratado diz muito sobre os processos de trabalho desenvolvidos por ele, ou seja, se na sua formação houve conteúdo ou experiências sobre matriciamento, o que provavelmente facilitaria a atuação enquanto matriciador, ou se, pelo contrário, os profissionais não tiveram contato algum no processo formativo.

De início observei a formação acadêmica dos Coordenadores/ Responsáveis pelo matriciamento nos municípios pesquisados, bem como a sua experiência para o cargo (do total de 67 respondentes; apenas 2 eram da área técnica e foram designados pela gestão, não se configurando como coordenadores nomeados) (Tabela 4).

Tabela 4 - Perfil dos Coordenadores/Responsáveis da Atenção Primária dos municípios alagoanos, Alagoas, 2023, n=67.

Curso de Formação, Características da matriz curricular	Caráter da Instituição de Ensino:		
	Privada	Pública	Total

[100] Os participantes foram, na fase I, 120 profissionais responsáveis pela gestão: sendo 67 coordenadores municipais/ responsáveis pela atenção primária e 53 coordenadores municipais/ responsáveis pela saúde mental das SMS de 89 municípios alagoanos que possuíam CAPS, ENASF-AP ou EMulti. E na fase II participaram 10 coordenadores dos serviços CAPS, ENASF e EMulti de 05 municípios alagoanos, sendo 3 da 1ª Macrorregião de Saúde e 2 da 2ª Macrorregião de Saúde. Resolvi apresentar esta caracterização somente nesta seção, porque se trata do perfil do trabalhador, já que em seções anteriores a abordagem ao objeto de estudo foi direcionado a identificação dos municípios e não necessariamente a caracterização do trabalhador. Mesmo entendendo que, para a identificação dos municípios, as informações extraídas foram apontadas pelos coordenadores/responsáveis da atenção primária e saúde mental dos municípios, ou seja, pelos trabalhadores.

Administração	**1**		**1**
Não possui Disciplina/Estágio em Saúde Pública/Coletiva	1		1
Educação física	**1**		**1**
Possui Disciplina/Estágio em Saúde Pública/Coletiva	1		1
Enfermagem	**41**	**14**	**55**
Possui Disciplina/Estágio em Saúde Pública/Coletiva	41	14	55
Gestão pública	**1**		**1**
Possui Disciplina/Estágio em Saúde Pública/Coletiva	1		1
Matemática	**1**		**1**
Não possui Disciplina/Estágio em Saúde Pública/Coletiva	1		1
Nutrição	**1**		**1**
Possui Disciplina/Estágio em Saúde Pública/Coletiva	1		1
Odontologia	**2**		**2**
Possui Disciplina/Estágio em Saúde Pública/Coletiva	2		2
Psicologia	**1**		**1**
Não possui Disciplina/Estágio em Saúde Pública/Coletiva	1		1
Serviço Social	**1**	**1**	**2**
Possui Disciplina/Estágio em Saúde Pública/Coletiva	1	1	2
Técnico de enfermagem	**1**		**1**
Possui Disciplina/Estágio em Saúde Pública/Coletiva	1		1
Terapia Ocupacional		**1**	**1**
Possui Disciplina/Estágio em Saúde Pública/Coletiva		1	1
Total Geral	**51**	**16**	**67**

Período de conclusão da formação[101]	**Experiência profissional no serviço público**					
	0- 5 anos	**6- 10 anos**	**11- 20 anos**	**21- 30 anos**	**> 30 anos**	**Total**
Anterior a 2001	0	0	1	0	3	4
Entre 2001 e 2007	0	1	6	0	0	7
Entre 2008 e 2017	6	23	10	0	1	40
Posterior a 2017	10	2	4	0	0	16
Total Geral	**16**	**26**	**21**	**0**	**4**	**67**

Pós-Graduação cursada	**Total**
Especialização	45
Especialização, Mestrado	3
Especialização, Residência	1
Especialização, Residência, Mestrado	1
Mestrado	2
Não possui Pós Graduação	15
Total Geral	**67**

Principais áreas temáticas das pós-graduações	**Áreas Cursadas**
Gestão, Regulação e Auditoria	15
Urgência e Emergência	17
Saúde Pública	16
Saúde da Mulher	11
Saúde Mental	5
Educação Profissional (Docência)	4
Enfermagem do Trabalho	4
Oncologia	4
Mestrado em enfermagem	4
Vigilância em Saúde	3
Outros (CME, Educação Inclusiva, Segurança do Paciente, Nefrologia, Mestrado em Psicologia, Dermatologia, Pediatria e Geriatria)	8
Total de cursos entre 52 coordenadores com pós-graduação	**91**

Fonte: Sistematização realizada pela autora.

[101]Vale destacar que os períodos agrupados na variável 'período de conclusão da formação' seguiram os marcos normativos importantes para a saúde mental e o matriciamento: a Lei 10216 promulgada em 2001, a portaria de implantação de equipes NASF em 2008, e a promulgação da portaria 3588 de 2017 em que altera alguns direcionamentos da Rede de Atenção Psicossocial impactando nos processos de formação.

Os dados revelam que no âmbito da atenção primária a maioria dos coordenadores são enfermeiros que passaram no período da graduação por disciplinas e estágios em saúde pública ou saúde coletiva, ou seja, mais de 82% dos coordenadores/responsáveis são da categoria da enfermagem, do mesmo modo que encontrado nos estudos de Oliveira (2021) realizado no estado de São Paulo, de Pinheiro (2017) no Rio de Janeiro, e de Araújo (2019) em Minas Gerais.

Esta coordenação com ênfase na enfermagem é reflexo de aspectos históricos estabelecidos desde Florence Nightingale, precursora da enfermagem moderna, que implantou funções administrativas hospitalares na enfermagem. Ademais, após a década de 1990 quando o SUS passa a ser operacionalizado e ocorre à ampliação da rede ambulatorial com a criação de unidades básicas de saúde e do lançamento do PACs, a enfermagem passa a ser vista como profissão capaz de atuar no gerenciamento das organizações (Paganini, Bernadinho, Aued, 2013).

No entanto, na categoria profissional da enfermagem, "o enfermeiro é o responsável pelo planejamento e pela organização do trabalho do técnico e do auxiliar de enfermagem [...] Cabe ao enfermeiro analisar a competência dos membros de sua equipe" (Paganini, Bernadinho, Aued, 2013, p. 67) e jamais o contrário, um técnico coordenar uma equipe de enfermagem e de demais profissionais como se observa nos dados coletados. Também nas normativas e legislações que compõem as equipes matriciadoras, é clara a definição de ser um profissional de nível superior. E em relação à função de gerente, as normativas orientam que os profissionais ocupantes do cargo devem ser preferencialmente de nível superior com experiência na área.

> Entende-se por Gerente de AB um profissional qualificado, preferencialmente com nível superior, com o papel de garantir o planejamento em saúde, de acordo com as necessidades do território e comunidade, a organização do processo de trabalho, coordenação e integração das ações. Importante ressaltar que o gerente não seja profissional integrante das equipes vinculadas à UBS e que possua experiência na Atenção Básica, preferencialmente de nível superior (Brasil, 2017d, p. 18).

Esta citação traz à reflexão duas situações: a presença de coordenadores com formação de nível médio, e coordenadores graduados em cursos pertencentes a áreas sem qualquer articulação com a saúde, e o mais preocupante sem nenhuma experiência profissional, ou pós-graduação em gestão, ou administração pública. Segundo orientações ministeriais, os Gerentes de saúde podem atuar junto a equipes vinculadas às Unidades de Saúde da Família, aos Consultórios na Rua, e aos ENASF-AP, e sua presença é obrigatória nos municípios que

aderem ao programa Saúde na Hora. Mas, independente de programas, a coordenação deve ser exercida por profissionais de nível superior (Brasil, 2017d).

A coordenação exercida sem a qualificação de formação adequada torna-se quase que incapaz de fomentar ações matriciais por serem ações extremamente específicas, complexas e que exigem maior qualificação para compreendê-las e executá-las. No entanto, esta situação não é vista somente no estado de Alagoas, também observei no estado da arte desta pesquisa, que em um município de pequeno porte em São Paulo, a coordenadora da atenção primária à saúde "era uma profissional de enfermagem cujo perfil era considerado inadequado político-tecnicamente por vários membros da equipe e que era mantida no cargo por relações políticas e pessoais" (Coneglian, 2019, p. 25).

É de extrema relevância o número expressivo de pós-graduações entre os coordenadores/responsáveis em 'Gestão, Regulação e Auditoria', 'Urgência e Emergência', 'Saúde Pública' e 'Saúde Mental', dados que se assemelham a outros estudos, como o de Gozzi em que 83% dos entrevistados de uma pesquisa em municípios paulistanos relataram a realização de cursos de pós-graduação, envolvendo aprimoramento, especialização, mestrado e doutorado em diversas áreas "embora em maior concentração nos campos da Saúde da Família e Comunidade; Apoio Matricial com ênfase no NASF; e Gestão da Clínica" (Gozzi, 2017, p. 81). Mas, ainda é possível observar um número significativo de profissionais não qualificados exercendo tais funções nos municípios alagoanos, e isto aponta a necessidade de mais investimento na educação permanente e continuada nos serviços.

Quanto às respostas oriundas dos coordenadores de saúde mental, vale ressaltar que nos municípios de pequeno porte esta função passa a ser exercida na maioria das vezes pelos coordenadores administrativos do CAPS. Já nos municípios maiores esta função quando não há exatamente o coordenador de saúde mental, passa a ser desempenhada pela direção da média complexidade. Segundo alguns documentos ministeriais de áreas como a da Atenção Primária, não deveria ocorrer a sobreposição de funções quando se exerce a gerência de um serviço de saúde (Brasil, 2017d). Deste modo, o perfil encontrado dos coordenadores/responsáveis pela saúde mental de Alagoas está representado na tabela 5.

Tabela 5 - Perfil dos Coordenadores/Responsáveis pela Saúde Mental dos municípios alagoanos, Alagoas, 2023, n=53.

Curso de Formação, Características da Instituição de Ensino	Caráter da Instituição		
	Privada	Pública	Total
Direito	**1**		**1**
Não possui Disciplina/Estágio em CAPS	1		1
Enfermagem	**10**	**3**	**13**

Possui Disciplina/Estágio em CAPS	9	3	12
Não possui Disciplina/Estágio em CAPS	1		1
Farmácia	**1**		**1**
Possui Disciplina/Estágio em CAPS	1		1
Gestão Hospitalar	**1**		**1**
Possui Disciplina/Estágio em CAPS	1		1
Pedagogia	**2**		**2**
Possui Disciplina/Estágio em CAPS	1		1
Não possui Disciplina/Estágio em CAPS	1		1
Psicologia	**18**	**3**	**21**
Não possui Disciplina/Estágio em CAPS	11	2	13
Possui Disciplina/Estágio em CAPS	7	1	8
Serviço Social	**4**	**8**	**12**
Não possui Disciplina/Estágio em CAPS	1	5	6
Possui Disciplina/Estágio em CAPS	3	3	6
Técnico de Enfermagem		**1**	**1**
Possui Disciplina/Estágio em CAPS		1	1
Terapia Ocupacional		**1**	**1**
Possui Disciplina/Estágio em CAPS		1	1
Total Geral	**37**	**16**	**53**

Período de conclusão da formação[100]	**Experiência profissional no serviço público**					
	0- 5 anos	**6- 10 anos**	**11- 20 anos**	**21- 30 anos**	**> 30 anos**	**Total**
Anterior a 2001	0	0	3	4	1	8
Entre 2001 e 2007	0	0	11	0	0	11
Entre 2008 e 2017	8	12	6	1	1	28
Posterior a 2017	5	0	0	1	0	6
Total Geral	**12**	**12**	**20**	**5**	**2**	**53**

Pós-Graduação cursada	**Total**
Especialização	40
Especialização, Mestrado	1
Mestrado	1
Residência	1
Residência, Mestrado	1
Não possui Pós-Graduação	9
Total Geral	**53**

Principais áreas temáticas das pós-graduações	**Áreas Cursadas**
Saúde Mental	13
Gestão pública e de redes de saúde	11
Saúde Pública	9
Psicologia clínica/ Neuropsicologia/ Desenvolvimento Humano	7
Psicopedagogia	6
Direitos humanos/sociais	4
Saúde do trabalhador	3
Dependência química	3
Urgência e Emergência	2
Docência do Ensino Superior	2
Outros *(CME, Estética, Saúde da família, Saúde e ambiente, Saúde da mulher, Saúde do adulto e idoso, Mestrado em psicologia, Tecnologia da informação)*	8
Total de cursos entre 44 coordenadores com pós- graduação	**68**

Fonte: Sistematização realizada pela autora

Aqui também encontramos uma coordenação de CAPS sendo exercida por um técnico de enfermagem e outra por um profissional graduado em direito sem nenhuma pós-graduação na área, algo que já foi explicitado em parágrafos anteriores. Diferentemente dos coordenadores de atenção primária, aqui se mesclam distintas categorias profissionais

ocupando o cargo de coordenador, tendo maior expressividade a Psicologia, por culturalmente estar mais ligada à saúde mental. No entanto, foi gritante neste levantamento a presença de muitos coordenadores (inclusive psicólogos) que em suas formações não aconteceram vivências de estágio em serviços CAPS, nem ao menos disciplinas de saúde mental. Porém, o que parece tranquilizar um pouco é que 83% dos coordenadores cursaram pós-graduação ou em Saúde mental, ou em Gestão Pública e de redes de saúde, ou saúde pública, ou psicologia clínica, ou neuropsicopedagogia entre outras.

Também observamos muitos coordenadores recém-formados ocupando cargos de gestão, com pouca experiência profissional, o que acaba contrariando as orientações ministeriais dos cargos de gerência serem preenchidos por pessoas de maior qualificação na área.

Nos serviços matriciadores, dos participantes da FASE II da pesquisa, não houve predomínio de uma única formação acadêmica. Entre os coordenadores participantes houve 02 psicólogas, 02 educadores físicos, 02 fisioterapeutas, 02 assistentes sociais, 01 enfermeiro e 01 pedagoga, em sua maioria graduados em instituições de ensino superior de caráter privado em que tiveram estágios em serviços públicos de saúde inclusive em serviços de saúde mental substitutivos ao hospital psiquiátrico. Participantes que possuem, em sua maioria, especializações e com experiências de mais de dois anos no serviço público, conforme descrito detalhadamente no quadro 2 abaixo:

Quadro 2 - Caracterização dos participantes do grupo focal quanto às condições de formação profissional e experiência de atuação, Alagoas, 2023.

Coord.	Graduação /ano de conclusão	Caráter da IES de formação	Cursou disciplinas/estágios em		Experiência no serviço público	Pós-graduação
			Saúde Pública/ Coletiva	Serviço CAPS		
01	Psicologia/ 2018	Privada	Sim	Sim	2 anos e 4 meses	Especialização em Neuropsicologia Clínica.
02	Fisioterapia / 2018	Privada	Sim	Sim	3 anos	Especialização Análise do Comportamento Aplicada (ABA) p/TEA
03	Educação física /2011	Privada	Sim	Sim	4 anos	Especialização em Fisiologia do exercício e Treinamento funcional
04	Educação Física /2010 (bacharel), 2020(licen-	Privada	Não	Não	12 anos	Especialização em Prática de atividade física na performance

	ciatura)					atlética
05	Pedagogia /2016	Privada	Sim	Sim	12 anos	Não possui
06	Serviço Social/ 2005	Pública	Sim	Sim	18 anos	Não possui
07	Serviço Social / 2014	Privada	Não lembro	Sim	2 anos	Especialização em Saúde mental e dependência química
08	Enfermagem/ 2014	Privada	Sim	Sim	25 anos	Especialização em Enfermagem ginecológica obstétrica
09	Fisioterapia / 2015	Privada	Sim	Não	8 anos	Especialização em Intensivista em dermato-funcional
10	Psicologia /2015	Pública	Sim	Sim	8 anos	Especialização em Saúde Mental

Fonte: Sistematização realizada pela autora

Dados descritos neste quadro passam a ser ratificado pela fala do Coordenador 10, que mesmo sendo formada em psicologia por uma instituição de ensino superior pública, ainda teve pouco contato com serviços de saúde mental conforme relato abaixo,

> Em relação à vida acadêmica, a preparação para atuação de hoje, eu não tive nenhuma. Durante a faculdade não tinha questões relacionadas à CAPS [...]. A questão do matriciamento em si era um conceito muito distante enquanto formação acadêmica e até na minha vida, no início do trabalho [...]. Assim, as questões de saúde mental não eram tão detalhadas... Desde a graduação eu que busquei, na verdade, a questão da saúde mental. Fiz estágio no CAPS no começo de 2015 (em janeiro), e em agosto me formei. Aí acabei sendo contratada e até hoje estou por lá (Coordenador 10).

Percebo diferenças quando gestores incentivam a participação de estudantes nos serviços de seus municípios, como esta condição reflete em impactos positivos na vida profissional deste estagiário a partir da experiência adquirida. A coordenadora 10 teve a oportunidade de estagiar no serviço, de aprender e se desenvolver, e passou posteriormente a fazer parte do quadro de profissionais daquele serviço após se formar. A abertura às academias tem favorecido a formação de futuros profissionais na vivência do matriciamento, em contrapartida, a não abertura aos estágios tem promovido formações não condizentes às necessidades do serviço. Por exemplo, como tem ocorrido em alguns municípios de Minas Gerais onde "a maioria de gestores municipais, ainda considera como um contratempo a presença nos serviços públicos de estudantes das profissões da saúde [...], e há uma quase ausência de preceptores [... para] supervisão do aprendizado" (Coneglian, 2019, p.92). Em

Alagoas encontramos uma situação diferenciada quanto à absorção de estudantes nos serviços de saúde, porém nem todo estudante consegue esta oportunidade de estágio.

Assim, observei nesta categoria analisada que os profissionais contratados deveriam ser profissionais com formação superior e experiência na área, porém estas orientações em alguns municípios não são consideradas. Profissionais de áreas distintas da saúde e sem nenhuma convivência com matriciamento dificultam a realização das ações de forma articulada e integral. As formas e condições em que estas contratações ocorrem foi outra questão analisada debatida na próxima categoria.

4.2.2 Formas e critérios de contratação dos profissionais matriciadores nos municípios de Alagoas

Nos municípios alagoanos estudados, 94 equipes possuem vínculos empregatícios mistos, com profissionais contratados e profissionais concursados ou estatutários (Tabela 6). Situação que se assemelha a alguns estudos como, por exemplo, o de Gozzi (2017) em que 81% dos profissionais possuíam vínculo empregatício com as prefeituras dos municípios paulistas estudados, enquanto 19% eram vinculados a empresas contratadas, conhecidas por Organizações Sociais. Observei que Alagoas não possui o hábito de empregar através destas organizações como será visto em temáticas seguintes, no entanto, torna-se evidente que a maior forma de seleção é por indicação política, ainda que se mantivessem os vínculos com a prefeitura sem ser por vias de concurso público, como será discutido no decorrer desta seção.

Tabela 6 - Quantitativo de município alagoanos em relação à forma de contratação de trabalho e número de profissionais, Alagoas, 2023.

	Municípios em Alagoas com	
	ENASF-AP/ eMulti	**CAPS**
Forma de contratação profissional		
Celetista (Contrato de trabalho)	23	2
Estatutário (concurso público)	0	0
Misto (profissionais concursados e outros contratados)	43	51
Não Informado	16	4
Número de profissionais de cada município		
1 a 5	29	17
6 a 10	25	26
10 a 15	6	6
15 a 20	1	0
Mais de 20	3	4
Não Informado	18	4
Total de Municípios	**82**	**57**

Fonte: Sistematização realizada pela autora.

Também é importante destacar o quantitativo de profissionais em cada serviço para analisar se o quadro existente no município é suficiente para a realização das ações, inclusive as ações de apoio matricial (Tabela 6). Neste sentido, a maioria dos serviços possui uma equipe mínima de profissionais realizando as funções administrativas e clínicas.

A maioria dos municípios estudados mantém suas equipes de ENASF-AP/eMulti com um quantitativo de 1 a 5 profissionais, e na maioria dos municípios de pequeno porte o quantitativo de profissionais de nível universitário (considerados os matriciadores[102]) que mais se observa nos CAPS é de 6 a 10 profissionais, como descrito na tabela 6. Ou seja, provavelmente haverá uma sobrecarga de trabalho diante de equipes mínimas contratadas com vínculos precários.

Em relação às formas de contratação de trabalho do coordenador, a maioria dos participantes da segunda fase do estudo relatou que foram contratados para desempenhar tal cargo (exceto uma coordenadora que relatou ter sido contratada para atuar como técnica no serviço, mudando posteriormente sua função). Em relação às formas de contratação de trabalho, a totalidade dos participantes relatou que os acordos trabalhistas são realizados sem a assinatura da carteira profissional de trabalho conforme orienta a CLT, e alguns mantêm esta condição por meio de cargos comissionados (4 participantes).

Baseado no documento publicado em 2017 sobre a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e normas correlatas (Brasil, 2017 g), a Central Única dos Trabalhadores (CUT) publicou um artigo recente em seu site oficial que esclarecem mais de 12 formas de contratação de trabalhadores, dos quais serão apresentados a seguir:

> **1.Por tempo indeterminado→** Neste tipo de contrato, o mais comum para trabalhadores contratados pela CLT, **com carteira assinada e direitos** (grifo nosso), é que não há prazo de validade. Ele começa, em geral, com o chamado período de experiência, de 90 dias. O contrato pode ser rompido por ambas as partes com demissão por parte da empresa (com ou sem justa causa) ou por parte do trabalhador (pedido de demissão). Quando a empresa rompe o contrato de trabalho, sem justa causa, é obrigada a pagar indenizações ao trabalhador como os 40% do FGTS. Para demissões por justa causa, a lei determina algumas regras.
> **2. Por tempo determinado→** O contrato por tempo determinado é utilizado, por exemplo, por empresas que desenvolvem projetos específicos, com tempo de duração planejado. A contratação de trabalhadores nesse formato não pode passar de dois anos. No entanto, o trabalhador pode ser contratado novamente, nesta modalidade, se houver um intervalo de seis meses entre uma contração e outra. O prejuízo para o trabalhador é que ele não recebe nem os 40% de multa do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS) nem a indenização de aviso prévio.

[102] Segundo as portarias e manuais orientadores do apoio matricial, os profissionais matriciadores em saúde mental precisam ser de nível universitário com formação ou experiência na área.

3. Temporário→ Esta modalidade é prevista em lei e, em geral, é utilizada por empresas que precisam substituir trabalhadores que se ausentam, como em férias, ou licença. Ou ainda para suprir demandas pontuais que requeiram mais trabalhadores. Exemplos mais populares são os períodos em que o comércio é aquecido por datas comemorativas ou religiosas como Natal, Dia das Mães, Dia das Crianças etc., e mais trabalhadores são necessários. O tempo máximo é de nove meses. Todos os direitos garantidos à contratação por tempo indeterminado valem para este formato[...].

4. Terceirizado→ Este tipo de contrato é muito utilizado em vários setores como telemarketing, serviços gerais, agricultura e construção civil. Ocorre quando uma empresa, ao invés de contratar trabalhadores, diretamente, opta por contratar outra empresa, especializada em recursos humanos, que cederá (terceiriza) a mão de obra. A esta empresa, a contratada (chamada de terceirizada), cabe a responsabilidade com todas as relações trabalhistas como pagamentos, direitos e as demais obrigações. Por que é ruim**:** o trabalho terceirizado é uma forma de precarizar as relações e pagar menos aos trabalhadores [...] e não têm a mesma proteção dos acordos coletivos das categorias.

5. Intermitente→ Considerada pelo movimento sindical como um dos maiores retrocessos implantados pela reforma Trabalhistas, este tipo de contrato serve para empresas explorarem trabalhadores, utilizando a mão de obra apenas quando julga necessário, remunerando apenas pelas horas efetivamente trabalhadas. No contrato intermitente, o trabalhador fica à disposição do empregador. Férias e 13° são proporcionais. Neste caso, ainda, o empregador deve avisar o trabalhador com três dias de antecedência. Se o trabalhador não responder em até um dia útil antes da data, pode pagar multa de 50% do valor da hora [...].

6. Parcial→ O contrato de trabalho parcial de trabalho permite a contratação de trabalhador para jornadas reduzidas, com limite a 30 horas semanais, sem possibilidade de horas extras. Ou ainda com limite de 26 horas com a possibilidade de seis horas extras. As demais regras são as mesmas do contrato por tempo indeterminado [...]. O contrato de trabalho parcial tem carga reduzida [...]. Menos tempo de trabalho, menos renda [...].

7. *Home Office*→ O teletrabalho é previsto como possibilidade pela CLT. No entanto, ainda carece de regulamentação. Diversas categorias têm tomado a frente para negociar com empresas as condições como jornada, equipamentos, ajuda de custos e benefícios. A rigor, as regras são as mesmas para o contrato de trabalho por tempo indeterminado. No caso do home-office, deverá haver uma anotação na carteira de trabalho. Há ainda uma variante do *home office* que é o trabalho híbrido, em que em determinados momentos, acordados entre empresas e trabalhadores, a atividade é presencial.

8. Autônomo→Nesta modalidade, o trabalhador é contratado pela empresa para desempenhar um trabalho e mediante apresentação de Recibo de Pagamento a Autônomo para receber sua remuneração. Não há jornada de trabalho obrigatória e o contrato pode ser exclusivo ou não. **[...]** Não há vínculo empregatício, portanto, não há direitos como férias, 13°, folgas, nem benefícios. O contrato de trabalho tem de ser feito por escrito e registrado em cartório.

9. Prestação de serviços→ Assim como na modalidade autônomo**,** o trabalhador que presta serviços também não tem vínculo empregatício, portanto, não tem obrigações de cumprir jornadas. Ele é responsável pela 'entrega' de demandas específicas para as quais foi contratado. Costumeiramente, essa prestação de serviços é pontual. Por não ter vínculos, também não tem direitos. Para receber sua remuneração, o trabalhador emite uma nota-fiscal, ou seja, o trabalhador é uma pessoa jurídica**,** que presta os serviços (Microempreendedores Individuais, os MEI's). As contribuições e impostos ficam por conta do trabalhador. Também para este formato, o contrato de trabalho tem de ser feito por escrito e registrado em cartório.

10. Estágio→ Este formato é destinado a estudantes como forma de enriquecimento do aprendizado e inserção no mercado de trabalho. Para ser estagiário é obrigatório estar matriculado em uma instituição de ensino. A jornada de trabalho máxima é de seis horas diárias, de segunda a sexta-feira, ou seja, 30 horas por semana. A remuneração é opcional nos casos de estágios obrigatórios. Para estágios não

> obrigatórios deverá haver uma bolsa-auxílio da empresa. O tempo máximo de contratação é de dois anos.
> **11. *Trainee*→** O termo, traduzido do inglês significa "e, treinamento". Neste formato, o trabalhador, normalmente, é contratado pelas regras da CLT. Diferentemente do estágio, o trainee é preparado para assumir cargos mais elevados na empresa enquanto o estagiário, de acordo com o conceito fundamental de estágio, além de complementar o conhecimento adquirido pelos estudos, é preparado para o mercado de trabalho. Outra diferença é que um programa de treinamento pode durar de seis meses a quatro anos e o empregador pode optar por ser um contrato com prazo determinado ou com prazo indeterminado.
> **12. Jovem aprendiz→**Este tipo de contratação é uma opção do empregador para trabalhadores de 14 a 24 anos que estejam cadastradas em programas de instituições educacionais. A carga horária máxima é de seis horas. O período máximo de contratação é de dois anos, via CLT.
> **13. Trabalhador hipersuficiente→** Trabalhadores que têm melhores condições financeiras, ou seja, aqueles que ganham mais. A reforma Trabalhista criou o 'trabalhador hipersuficiente'. É com rendimento superior ou igual a duas vezes o limite máximo dos benefícios do Regime Geral de Previdência Social (RGPS), hoje em R$7.087,22. Ou seja, o trabalhador que ganhe a partir de R$14.174,00 [...].
> (Accarini, 2022, p. 01).

Observe que em todas as formas de contratação celetista é importante o registro na carteira de trabalho, no entanto, ainda temos situações de trabalhadores participantes desta pesquisa que não possuem registros na carteira de trabalho sem a manutenção de vínculo empregatício.

Após conhecer as possíveis formas de contratação celetista, compreendo que apesar de ter algumas garantias de direitos, a estabilidade no emprego está longe de ser realidade nestas formas de trabalho, o que revisita a sensação de insegurança constante para o trabalhador e várias formas de precarização do trabalho no mundo contemporâneo. "Viver na incerteza de se obter alguma ocupação remunerada e ter como resposta apenas a possibilidade de trabalho sem vínculo, ou com duração mínima, é uma das características mais reveladoras da precarização do século XXI" (Barros, 2019, p.83).

Mas antes de aprofundar os impactos provocados pela precarização, continuarei a debater outras formas de trabalho. Farei reflexões sobre o trabalho estatutário! A primeira condição para ele é o trabalhador ter sido selecionado por meio de concurso público, e a regulamentação do seu trabalho não ser regida sob normativas da CLT. O trabalhador público é regido pela lei de nº 8.112 que institui o Regime Jurídico dos Servidores Públicos Civis da União, das autarquias e fundações públicas federais e são denominados servidores públicos (Brasil, 1990). Segundo o Art. 3º deste documento:

> O cargo público é o conjunto de atribuições e responsabilidades previstas na estrutura organizacional que devem ser cometidas a um servidor.

> Parágrafo único. Os cargos públicos, acessíveis a todos os brasileiros, são criados por lei, com denominação própria e vencimento pago pelos cofres públicos, para provimento em caráter efetivo ou em comissão (Brasil, 1990, Art. 3º).

O servidor público poderá ser nomeado em caráter efetivo, quando se tratar de cargo isolado de provimento efetivo ou de carreira, ou nomeado em comissão, inclusive na condição de interino, para cargos de confiança vagos. No entanto, para estas duas situações o servidor deve ingressar através de concurso público. Este servidor somente adquirirá estabilidade após 3 anos de efetivo exercício, e só perderá o cargo através de sentença judicial ou processo administrativo disciplinar. Outro diferencial do estatutário é que além da estabilidade e dos vencimentos salariais o servidor tem direito a indenizações, gratificações, adicionais, plano de seguridade social para o servidor e sua família e alguns benefícios (auxílio-natalidade, salário-família, auxílio funeral, auxílio transporte, auxílio à alimentação, assistência à saúde e outros) (Brasil, 1990). Garantias estas que o trabalhador contratado sob normativas da CLT não possuirá.

Apesar destas questões acima serem direcionadas aos servidores públicos federais, estas normativas influenciam diretamente as normativas estaduais e municipais que não destoam destas deliberações, exceto nas questões remuneratórias, das quais são consideradas as realidades locais e cada entidade federativa tem a autonomia de estabelecer menor ou maior remuneração aos seus servidores públicos. Segundo a Constituição Brasileira, no artigo 39, *"*a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios instituirão, no âmbito de sua competência, regime jurídico único e planos de carreira para os servidores da administração pública direta, das autarquias e das fundações públicas" (Brasil, 1998, cap. VII, seção I)

Destarte, outra situação é vista nas contratações dos serviços públicos, há contratações que não se encaixam nem como celetista (orientadas pelas normas da CLT) nem como estatutário, me refiro agora as contratações de trabalhadores que ocupam os cargos comissionados sem ingresso através de concurso público, muito presentes entre os coordenadores. Na Constituição Brasileira de 1988 em seu capítulo VII, na seção I, Art. 37 ressalta-se que a administração pública direta e indireta de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios obedecerá aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência na busca de afastar práticas clientelistas e de nepotismo político cultuado por longas décadas. Deixando assim, uma possibilidade de ingresso no trabalho público por vias que não seja o concurso público, e sim por cargos comissionados, e por indicação política, vejamos o que está definido pela Constituição:

> A investidura em cargo ou emprego público depende de aprovação prévia em concurso público de provas ou de provas e títulos, de acordo com a natureza e a complexidade do cargo ou emprego, na forma prevista em lei, *ressalvadas as nomeações para cargo em comissão declarado em lei de livre nomeação e exoneração* (grifo nosso) (Brasil, 1998, cap VII, seção I, Art. 37, II).

O que abre a possibilidade de nomear profissionais para cargos comissionados sem a garantia dos direitos aos benefícios de um servidor público e nem ao menos a estabilidade de emprego. Segundo jurisprudência do Supremo Tribunal Federal sobre a criação de cargos em comissão, os cargos em comissão destinam-se às atribuições de direção, chefia e assessoramento, apontando-se recentemente os seguintes requisitos para tais cargos:

> a) a criação de cargos em comissão somente se justifica para o exercício de funções de direção, chefia e assessoramento, não se prestando ao desempenho de atividades burocráticas, técnicas ou operacionais; b) tal criação deve pressupor a necessária relação de confiança entre as autoridades nomeante e o servidor nomeado; c) o número de cargos comissionados criados deve guardar proporcionalidade com a necessidade que eles visam suprir e com o número de servidores ocupantes de cargos efetivos no ente federativo que os criar; e d) as atribuições dos cargos em comissão devem estar descritas, de forma clara e objetiva, na própria lei que os instituir (Brasil, 2018, p. 19).

Nestas situações os trabalhadores nomeados para cargos em comissão, são geralmente nomeados por leis municipais, estaduais e federais, para a ocupação dos cargos; e para isto, são publicadas as definições orçamentárias para suas remunerações.

> § 13. Aplica-se ao agente público ocupante, exclusivamente, de cargo em comissão declarado em lei de livre nomeação e exoneração, de outro cargo temporário, inclusive mandato eletivo, ou de emprego público, o Regime Geral de Previdência Social. (Redação dada pela Emenda Constitucional n.º 103, de 2019) (Brasil, 1998, cap VII, seção I, Art. 40).

Deste modo, fica evidente neste artigo da Constituição Brasileira que para os agentes públicos que ingressaram por nomeação sem concurso público deve seguir-se as orientações da previdência social, das exigências deste órgão para a garantia dos direitos trabalhistas. É importante reforçar que os cargos ocupados por livre provimento[103] "devem ser preenchidos por eventuais ocupantes, além disso, a quantidade de cargos comissionados ocupados e criados pela administração pública deve ser o menor possível" (Santana, Vasconcelos Jr., 2023, p. 2338).

No entanto, é nítido que os cargos comissionados geram prejuízos imensuráveis para a sociedade. "São criados cargos em comissão para os mais diversos setores da administração

[103] A classificação "livre provimento" é em razão do cargo, da não existência de tantas formalidades quanto às necessárias para ocupação de cargo efetivo, e não um atributo de quem nomeia (Santana, Vasconcelos Jr., 2023, p. 2338).

pública, muitas das quais deveriam ser exercidas por servidores efetivos, por não se tratarem de funções de chefia, direção e assessoramento" (Santana, Vasconcelos Jr, 2023, p. 2340). Que alguns autores justificam a manutenção destas práticas por questões de interesses políticos pessoais dos governantes dos quais acabam formando suas equipes de trabalho a partir de acordos, visando apoio político (Santana, Vasconcelos Jr., 2023).

Outro ponto também debatido é que a propagação de cargos comissionados gera descompromisso do trabalhador com sua função pública, pela possibilidade de exoneração a qualquer instante, além disto, investimentos de formação às equipes temporárias passam a ser desnecessários. Também se observa nos trabalhadores comissionados, menos empolgação para buscar melhorias na execução do trabalho, por não existir planos de cargos e carreiras. Neste tipo de contratação ainda há a falta de controle em relação à produtividade e ao cumprimento de jornada de trabalho já que estes trabalhadores foram contratados através do clientelismo e em troca de apoio político. Entretanto, apesar destas condições, o cargo comissionado pode trazer diversificação do quadro de pessoal e comunicação mais fluida entre setores e órgãos, tendo em vista ser detentor de um cargo de confiança de quem indica. Porém, os danos causados à administração pública superam estes benefícios aqui pontuados (Santana, Vasconcelos Jr., 2023).

Além da condição de cargo em comissão, outro artigo da Constituição Brasileira reforça que a administração pública tem autonomia de ampliar outras formas de contratação de profissionais (prestadores de serviço público) para sua imersão no serviço público sem ingressarem via concursos públicos e sem possuírem as mesmas garantias que um servidor público possui. Vejamos:

> § 8º A autonomia gerencial, orçamentária e financeira dos órgãos e entidades da administração direta e indireta poderá ser ampliada mediante contrato, a ser firmado entre seus administradores e o poder público, que tenha por objeto a fixação de metas de desempenho para o órgão ou entidade, cabendo à lei dispor sobre: (Incluído pela Emenda Constitucional n.º 19, de 1998) (Regulamento) (Vigência)
>
> I - o prazo de duração do contrato; (Incluído pela Emenda Constitucional n.º 19, de 1998).
>
> II - os controles e critérios de avaliação de desempenho, direitos, obrigações e responsabilidade dos dirigentes; (Incluído pela Emenda Constitucional n.º 19, de 1998).
>
> III - a remuneração do pessoal. (Incluído pela Emenda Constitucional n.º 19, de 1998).
>
> § 9º O disposto no inciso XI aplica-se às empresas públicas e às sociedades de economia mista, e suas subsidiárias, que receberem recursos da União, dos Estados, do Distrito Federal ou dos Municípios para pagamento de despesas de pessoal ou de custeio em geral. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 19, de 1998).
>
> (Brasil, 1998, cap VII, seção I, Art. 37).

Neste sentido compreendemos que a partir do momento que contratos são firmados, os pagamentos destes novos funcionários ficam sob responsabilidade da empresa contratada, e todas as garantias conquistadas pelo servidor público não precisam ser cumpridas pelo prestador de serviços. A contratação destes trabalhadores passa a ocorrer por tempo determinado para atender à necessidade temporária de interesse público e geralmente ficam submetidas às normativas orientadoras da CLT.

Sendo assim, "a nomeação e posse em cargo da administração pública podem ocorrer de três formas, de forma efetiva, através da aprovação em concurso público, de forma temporária por cargos em comissão, ou contratação por tempo determinado" (Santana, Vasconcelos Jr., 2023, p. 2337). Independente destas formas, a Lei Complementar nº. 101, de 4 de maio de 2000, conhecida como Lei de Responsabilidade Fiscal (LCP 101, ou LRF) que estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências, tem influência sobre a contratação destes trabalhadores. Iniciarei a discussão abordando do que se trata esta legislação.

A LRF[104] tem como um dos objetivos o controle dos gastos públicos em todos os níveis de governo e entes federados, diante do descontrole orçamentário e déficits públicos. Porém, para os estados e os municípios a implementação desta lei trouxe foi algumas consequências, "visto que o interesse da União versa sobre uma maior centralização das receitas, que por sua vez garante maior eficácia das políticas econômicas adotadas e eficiência das metas e compromissos, principalmente, com os credores da dívida pública" (Araújo, Santos Filho, Gomes, 2015, p 740).

Sendo assim, os municípios e estados precisaram se adaptar às condições e limitações estabelecidas pela LRF, a lei determinou que todo gasto deve-se seguir normativas técnicas e legais respaldados em receitas e despesas de três anos anteriores, orientando gestores a responsabilidade na gestão dos recursos sob a pena de não receberem transferências federais se não cumprirem a lei. Isto impacta diretamente nas despesas destinadas ao pagamento dos trabalhadores, nos "arts. 15 e 16 considera não autorizado, irregular ou lesivo ao patrimônio

[104] A LRF foi aprovada pelo Congresso Nacional sob pressão do Fundo Monetário Internacional e se "baseou em experiências internacionais bem-sucedidas, a exemplo da Nova Zelândia, com o *Fiscal Responsability Act*, na União Europeia, a partir do Tratado de Maastricht e, nos Estados Unidos, com o *Budget Enforcement Act*, - de acordo com Nascimento e Debus (2002) - e o Program Assessment Rating Toll - conforme Cavalcante (2010). [...] De acordo com seu art. 1º, consiste em estabelecer normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal, compõe a normatização das três funções do governo. No momento em que o Brasil passou a utilizar um novo sistema para o regime de administração pública, conhecido como Regime de Gestão Fiscal Responsável, este foi fixado em três pilares, quais sejam: o planejamento, a transparência e o controle das contas públicas [...]. A LRF está dividida em dez capítulos que sintetizam, em abrangência, o planejamento, a receita pública, a despesa pública, as transferências, o fomento, o endividamento, a gestão patrimonial, a accountability e considerações finais (Oliveira, Souza, 2017 p. 66-67).

todo aumento de despesa que não possua estimativa de impacto orçamentário/financeiro" (Araújo, Santos Filho, Gomes, 2015, p. 740). Ou seja, estes artigos diretamente impactam na possibilidade de aumento de pessoal, caso se perceba defasagem para além de serviços já existentes e dentro da estimativa orçamentária. O que tem dificultado, por exemplo, a abertura de concursos públicos.

Além disto, no art. 17 que trata da Despesa Obrigatória de Caráter Continuado (DOCC) é considerada despesa corrente aquelas derivadas de lei, medida provisória ou ato administrativo normativo com obrigação legal de sua execução por mais de dois anos e qualquer ato que crie ou aumentem o escopo destas despesas devem ser instruídos sob estimativas orçamentárias previstas dos recursos para seu custeio. Para complementar o artigo 18 trata dos limites para estes gastos, definindo como despesa total com pessoal:

> O somatório dos gastos do ente da Federação com os ativos, os inativos e os pensionistas, relativos a mandatos eletivos, cargos, funções ou empregos, civis, militares e de membros de Poder, com quaisquer espécies remuneratórias, tais como vencimentos e vantagens, fixas e variáveis, subsídios, proventos da aposentadoria, reformas e pensões, inclusive adicionais, gratificações, horas extras e vantagens pessoais de qualquer natureza, bem como encargos sociais e contribuições recolhidas pelo ente às entidades de previdência (Brasil, 2020 c, art.18).

Ou seja, todo o pagamento de pessoal seja, concursado, comissionado, ou empregos temporários fariam parte das despesas obrigatórias, porém contratos de terceirização de mão-de-obra que se referem à substituição de servidores e empregados públicos seriam contabilizados como "Outras Despesas de Pessoal" (Brasil, 2020c). Situação que acaba colaborando em maior número contratações por via de terceirização em detrimento ao concurso público. O que traz grandes prejuízos à classe trabalhadora, tendo em vista que a terceirização revela maior precarização de salários e de condições de trabalho.

Outro fator que também aumenta a terceirização é a limitação dos gastos determinada pela LRF em seu art. 19, da despesa total com pessoal não poder ultrapassar em 50% (para a União), e 60% (para estados e municípios) dos percentuais da receita corrente líquida arrecadada (Brasil, 2020c). Ou seja, acaba limitando a possibilidade de realização de concursos públicos em serviços que vão sendo implantados ao longo do tempo, engessando as possibilidades de contratação de empregos temporários terceirizados, intensificando a privatização do SUS. "Trata-se de uma privatização não clássica, por dentro do SUS, fortalecendo o setor privado na oferta de serviços de saúde, mediante repasse do fundo público" (Correia, 2022, p.76). Ainda é importante destacar que esta contratação temporária

do profissional por tempo determinado geralmente está atrelada à permanência da gestão política de um determinado mandato.

> A questão da mudança de profissionais como foi falado aqui, muda o prefeito, muda a equipe completamente, e agora, como é que vai dar andamento ao serviço? Vai começar do zero? (Coordenador 08).
>
> Aqui no nosso município, quando mudou a gestão, mudou a equipe. Da equipe antiga só ficou assistente social e a fono, mas o restante dos profissionais mudaram por questões políticas também (Coordenador 03).

Esta questão parece inerente à cultura política brasileira, que se configura em política de atraso, em que "traços conservadores da formação social brasileira se manifestam no presente, seja de forma sutil, escondida, seja de forma transparente, com uma roupagem contemporânea" (Oliveira, 2009 p. 113). A formação brasileira perpassa por privilégios políticos, numa cultura de favores, paternalismo e privatização do público, que passa por um processo de violência, opressão e incompatibilidade radical. Portadora de uma cultura de atraso, justificada pelas relações sociais e políticas fundadas em contatos pessoais, com relações de profundas desigualdades sociais, desemprego estrutural, que reforçam carências e privilégios, numa sociedade em que a lei não é percebida como conquistas sociais (Oliveira, 2009). Prevalecendo-se a propagação de uma classe dominante, durante anos, em ideias, recursos e poder.

Esta cultura propaga a manutenção de acesso aos serviços e bens a partir de vínculos de amizade e de favor, desconsiderando relações de direitos, o que é comum na realidade do estado de Alagoas quando temos a indicação política como método de seleção dos trabalhadores nos serviços públicos. Muitos políticos escolhem seu pessoal não pela capacidade técnica que cada um possui e sim pela confiança que merecem (Oliveira, 2009). "No Brasil, o funcionário burocrático só excepcionalmente serve a interesses objetivos ou a ordenação impessoal que caracteriza a vida no Estado burocrático" (Oliveira, 2009, p.123).

É o que Lopez, Palotti e Gomide conceituam como patronagem, "a possibilidade de nomeação discricionária de pessoas para ocupar postos não eletivos na máquina pública, independentemente do propósito e das habilidades dos nomeados e das consequências destas nomeações" (2023, p.389). Estes sistemas que utilizam a patronagem acabam sendo associados a menor profissionalismo, maior politização e corrupção diante de recrutamentos discricionários, baseados em lealdade, confiança, ou afinidades políticas e pessoais (Lopez, Palotti, Gomide, 2023).

Estudos comprovam que instituições políticas que sustentam a patronagem apresentam reformas administrativas fracassadas mantendo-se um sistema de benefícios somente para alguns, e para beneficiar a sobrevivência de determinados líderes políticos no poder (Lopez, Palotti, Gomide, 2023).

No estado de Alagoas, acontece deste mesmo modo. O predomínio há décadas, de uma economia agrária em que os senhores de terra proprietários de usinas, através da exportação da cana-de-açúcar passam a dominar toda economia alagoana (Tenorio, Lessa, 2013). Considerados então a classe burguesa detentora do poder, os chamados "coronéis", acabavam ocupando também os cargos públicos, enfim, o mesmo estado que fiscaliza, é o mesmo que regula o funcionamento das políticas públicas; ou seja, são os representantes da burguesia quem de fato passam a controlar a ordem do Estado.

Em outras palavras,

> As raízes oligárquicas e estamentais de base municipalista redundaram no "coronelismo", fenômeno que indica a rarefação do poder público frente ao poder privado ou a privatização de funções e de recursos públicos em função de interesses privados. Os "coronéis", cuja sustentação do poder radicou na propriedade da terra e na riqueza, passavam a exercer funções públicas através de um sistema de reciprocidades e de troca de favores em relação aos seus dependentes, mediante recursos do Estado (Iamamoto, 2009, p. 34).

Neste sentido, manter os representantes da burguesia ocupando cargos públicos com interesses privados tem fomentado uma série de situações não favoráveis ao desenvolvimento adequado dos serviços públicos. O interesse privado continua, e a intenção do lucro permanece. Do mesmo modo, nos serviços de saúde voltados para a assistência, também se observa fortes impactos com o liberalismo brasileiro no amplo processo de privatização da coisa pública que ele estimula (Iamamoto, 2009), e, por conseguinte com a contratação de serviços terceirizados ou empregos temporários consignados na cultura do "favor" a partir das alianças formadas nas campanhas eleitorais.

Manter a indicação política no estado de Alagoas mantém os políticos, ou famílias dominantes no poder estatal[105], retarda cada vez mais a concretização de direitos conquistados favoráveis à ética, ao compromisso, à cidadania, e a relações horizontais com participação

[105] Para isto compreendemos melhor o que seria o Estado neste âmbito e o que seria o governo. Ao Estado se tem a posse permanente e exclusiva de um território e o comando sobre seus habitantes, compreendendo os poderes executivo, legislativo e judiciário. Quanto ao Governo é a máxima liderança do Estado nas relações entre governantes e governados (Santos, Leal, Santos, 2017).

popular (Oliveira, 2009). Na temática a seguir aprofundaremos estas questões de violação de direitos trabalhistas e a precarização do trabalho.

4.2.3 Violação dos direitos trabalhistas e a precarização do trabalho

Apesar de compreender que a garantia de trabalhos estatutários, não é garantia de trabalho não precarizado! Entendo que, dentro das possibilidades trabalhistas ter um plano de cargo e carreira, a estabilidade de emprego e o direito a gratificações, pensões e aposentadoria, ainda são condições privilegiadas em relação à maioria dos trabalhos regidos pela CLT com pouca estabilidade e na maioria sem planos de cargos e carreiras. Ao passo que, para àqueles que possuem seus contratos de trabalhos formais mesmo que regulados pela CLT e não pelo RJU, continuam sob vantagens, frente àqueles que estão na informalidade e sem nenhuma garantia empregatícia mínima como férias, salários mínimos fixos, e um dia de descanso semanal remuneratório.

A questão da precarização está muito além das formas de contratação, no entanto, ela interfere substancialmente na qualidade de vida do trabalhador. Diante disto, nesta temática abordei inicialmente as condições que ocorrem as contratações de trabalho dos profissionais envolvidos com o matriciamento nos municípios de Alagoas, tendo em vista a grande maioria serem profissionais contratados por regime CLT, e posteriormente sobre outras condições de precarização. O que permitirá a discussão sobre os obstáculos identificados na realidade da saúde que impactam na realização do matriciamento.

Na contratação de trabalhadores, deve-se exigir o registro na carteira profissional, que segundo o Art. 13 da CLT "é obrigatória para o exercício de qualquer emprego, inclusive de natureza rural, ainda que em caráter temporário, e para o exercício por conta própria de atividade profissional remunerada" (Brasil, 2017g). No entanto, no quadro 3 observaremos que, além de não se ter nenhum coordenador sob regime estatutário, todos os coordenadores da fase II da pesquisa relataram não terem sido assinadas suas carteiras de trabalho, o que entram na estatística projetada pelo IBGE de que "em 2022, o número de servidores pulou com recorde de contratação dos sem carteira e foi para 12,3 milhões - alta de 8,8% (993 mil a mais) em um ano" (Rocha, 2023, p.01).

Quadro 3 - Caracterização dos participantes do grupo focal quanto às formas de contratação de trabalho e carga horária, remuneração salarial, outros vínculos empregatícios, e associações a entidades de classe, Alagoas, 2023.

Coord.	Cargo contratado	Forma de Contratação	Remuneração trabalhista	Carga horária semanal	Realiza atividade além da coordenação	Associado a entidades de classe (sindicatos)
01	Coordenador	Contrato de Trabalho sem carteira assinada	2 salários mínimos	40 hs	Não	Não
02	Técnico	Contrato de Trabalho sem carteira assinada	3 salários mínimos	30 hs	Não	Não
03	Coordenador	Contrato de Trabalho sem carteira assinada	1 salário mínimo	30 hs	Sim Professora de natação e ballet	Não
04	Coordenador	Cargo Comissionado sem carteira assinada	2 salários mínimos	40 hs	Não	Não
05	Coordenador	Cargo Comissionado sem carteira assinada	2 salários mínimos	40 hs	Não	Não
06	Coordenador	Contrato de Trabalho sem carteira assinada	3 salários mínimos	20 hs	Sim Elaboração de projetos em SM	Não
07	Coordenador	Cargo Comissionado sem carteira assinada	2 salários mínimos	30 hs	Sim Técnico de enfermagem	Sim
08	Coordenador	Cargo Comissionado sem carteira assinada	4 salários mínimos	40 hs	Sim – Técnico de enfermagem em CAPS	Não
09	Coordenador	Contrato de Trabalho sem carteira assinada	Não informou	20 hs	Sim Atendimento domiciliar	Não
10	Coordenador	Contrato de Trabalho sem carteira assinada	2 salários mínimos	20 hs	Sim - Atendimento clínico online	Não

Fonte: Sistematização realizada pela autora.

Mais uma vez observo violação dos direitos trabalhistas a inexistência do registro na carteira profissional, mesmo possuindo contratos de trabalho. Trabalhador que passa a submeter-se às condições estabelecidas pelo órgão empregador, aceitando direitos reduzidos e remunerações baixas, como condição possível para o empregador o inseri-lo no quadro de funcionários.

Outro reflexo da precarização do trabalho continua em evidência quando os coordenadores participantes da pesquisa, revelam a baixa remuneração salarial (da grande maioria), e pouca carga horária contratada para exercer cargo de coordenação (2 coordenadores com o contrato de 20h semanais, o que contraria à orientação posta pela PNAB 2017 do gerente de saúde ter 40h semanais), e os forçam a buscar outras fontes de trabalho, para a complementação da renda familiar (Brasil, 2017 d).

O que parece apresentar melhores perspectivas a partir de 2024 com a implantação dos incentivos financeiros estabelecidos pela portaria 635/2023. Os cortes de incentivo financeiro e retirada do papel matriciador do SUS nos últimos anos, agravadas em 2019 pelo Previne Brasil, que impactaram negativamente no trabalho desenvolvido pelo NASF-AP, agora são suprimidos. Os incentivos ressurgem catalisados nas eMulti. O que tem se apresentado de forma positiva à capacidade de gerar forte adesão dos municípios frente os valores monetários atrativos. Segundo Bispo Jr. e Almeida:

> Uma eMulti Ampliada, que obtenha elevado desempenho e realize atendimento remoto, pode alcançar, a partir de janeiro de 2024, o valor de R$47.500 por mês. Ao considerar apenas o pagamento de pessoal, para o cumprimento da carga horária mínima de 300 horas, o valor equivalente a uma jornada de 40 horas é de R$6.000 e de R$3.000 para um profissional de 20 horas. Embora se saiba que a atuação da equipe envolve muitos outros custos, esses valores equivalentes, certamente, são superiores aos pagos aos profissionais do NASF, excetuando a categoria médica (Bispo Jr., Almeida, 2023, p. 02).

Perspectivas interessantes para os próximos anos em relação à melhoria da remuneração salarial, porém muitos entraves estão atrelados a esta questão. Não somente cortes ministeriais impactam na garantia de uma remuneração digna, mas outras questões estão atreladas às perdas de direitos trabalhistas, ou seja, de coletivos contestatórios, tem sido reflexo das relações de trabalho no mundo moderno que estimulam dia a dia vinculações a formas de gestão e de controle. Também se observa a fragilidade em participar de coletivos de luta trabalhista, como os sindicatos. O enfraquecimento da participação voltada à individualização dos salários e a comportamentos competitivos. “Essa lógica segue em sintonia com as necessidades de rompimento com laços coletivos de trabalho, estimulando a fragmentação da classe e um comportamento de disputa individual entre os trabalhadores” (Barros, 2019, p.96).

É comum a ocorrência nos serviços de saúde remunerações salariais diferenciadas a depender da categoria profissional, e o número reduzido de profissionais qualificados para específica atuação. Para garantir trabalhadores qualificados de determinada categoria profissional, em alguns locais a gestão oferta vagas com altas remunerações atreladas a presença de alguns benefícios para tornarem vagas de empregos atrativas. Por outro lado, algumas categorias profissionais são mal remuneradas e sobrecarregadas, assumindo cargos de gestão sem nenhum tipo de gratificação salarial como acréscimo a sobre junção de funções (Silva *et al*., 2020; Nascimento, Trindade, Barreto; 2021). Ou seja, as negociações passam a

ser particularizadas e funcionantes sobre a lógica da superpopulação relativa de trabalhadores em oferta no mercado.

Na verdade, a individualização faz com que as forças coletivas sejam fragmentadas e desvinculadas aos órgãos sindicais favoráveis à luta e conquistas de direitos trabalhistas. Também se assiste a cada dia a desqualificação dos interesses populares e dos direitos trabalhistas, que durante décadas de lutas passam a ser classificados como privilégios corporativos, inclusive com o sindicalismo visto como atraso político (Campos, 2013).

Deste modo, noto a baixa adesão a movimentos sindicais, no estudo somente um dos coordenadores relatou ser associado a sua entidade de classe que defende direitos trabalhistas e a melhoria de condições de trabalho. Passa-se a ser inculcada a ideia de que para obtenção do sucesso na vida profissional basta-se o empenho do próprio trabalhador, o sentimento de que o essencial está nele mesmo, é o que Barros, classifica como "uma espécie de "renarcisação" do assalariado. Para além de provar para si sua capacidade, o trabalhador precisa associar esse desempenho aos interesses e estratégias da organização" (2019, p. 96). E isso passa a ser um rico terreno para o sofrimento psíquico e adoecimento mental do trabalhador. Pesquisas registram que em países desenvolvidos como China e França também tem apresentado crescimento nos índices de suicídio entre os trabalhadores, e nos locais de trabalho, maior degradação das condições de trabalho sob as regras de gestão e controle destes trabalhadores (Barros, 2019). Ou seja, a precarização do trabalho encontra-se em todas as civilizações e culturas em dimensões, sejam elas, estruturais ou subjetivas. Para este mesmo autor:

> A precarização "atinge a todos indiscriminadamente, cujas formas de manifestação diferem em grau de intensidade, mas tem como unidade o sentido de ser, ou estar precário, numa condição não mais provisória e sim permanente" (Druck, 2013, p.56). A constante sensação de instabilidade, a retirada de direitos, a negação de formas protetivas sociais, a negociação individual de salário e das condições laborais demonstram uma prática aplicada mundialmente para a efetivação de uma maior pressão e o disciplinamento dos trabalhadores (Barros, 2019, p. 95).

Como a precarização está presente nas diversas relações de trabalho, diferindo somente em intensidade, observo as diferenças nas relações de carga horária nos contratos de trabalho dos coordenadores participantes do estudo. Há grandes divergências entre os coordenadores, percebo uma superexploração do trabalhador[106] frente à remuneração salarial,

[106] Se a exploração em geral é um processo de apropriação de trabalho alheio, no capitalismo este processo toma a forma particular de apropriação pelo capital do *valor criado* pela força de trabalho na produção, valor que *excede o próprio valor da força de trabalho*. Em outras palavras, a força de trabalho, ao trabalhar, tem a

o tempo de trabalho e responsabilidade do cargo, e ainda o número reduzido de profissionais contratados para o tamanho do trabalho exigido,

> Eu não sei como é nos outros municípios, mas aqui [Município C], 30 horas, não dá para quase nada, pelo que a gente trabalha, porque é visita, ações educativas, atendimento no posto, os grupos..., então, para distribuir esse tempo pela quantidade de profissionais que temos, não dá. Tanto é, que a nossa equipe já solicitou mais profissionais para completá-la. Mas infelizmente, tudo depende da contratação do gestor e a gente fica só aguardando (Coordenador 03).

A exploração do trabalho fica evidente na fala deste coordenador, e a impressão que tenho é que este trabalhador acaba como refém da situação ao ser "obrigado" a manter-se neste circuito em favor de sua sobrevivência, na falsa ideia de que para se ter melhores condições e suprir suas necessidades básicas é preciso corresponder a exploração exigida, e/ou se ter vários vínculos de trabalho que resultem na remuneração adequada a seus gastos, submetendo-o, cada vez mais, a múltiplas jornadas de trabalho marcadas pela insegurança e piora nas condições de vida (Barros, 2019). Marx já mencionava (mesmo que em contexto fabril, contexto muito diferente dos serviços aqui tratados) que há um limite do valor da força de trabalho,

> O limite último ou mínimo do valor da força de trabalho é constituído pelo valor de uma quantidade de mercadorias cujo fornecimento diário é imprescindível para que o portador da força de trabalho, o homem, possa renovar seu processo de vida; tal limite é constituído, portanto, pelo valor dos meios de subsistência fisicamente indispensáveis. Se o preço da força de trabalho é reduzido a esse mínimo, ele cai abaixo de seu valor, pois, em tais circunstâncias, a força de trabalho só pode se manter e se desenvolver de forma precária (Marx, 2013, p.183-184).

Ou seja, aqui já percebemos a questão do valor dos salários serem calculados sobre o mínimo necessário para a sobrevivência do trabalhador, e que isto favorece a precarização, pois Marx em outra passagem de sua obra *O Capital* reforça "o fato de que meia jornada de trabalho seja necessária para manter o trabalhador vivo por 24 horas de modo algum o impede de trabalhar uma jornada inteira" (Marx, 2013, p.198), ou seja, o detentor dos meios de

---

capacidade de repor o valor do salário (equivalente ao valor de troca) sob a forma de valores de uso produzidos e de *gerar mais valor*, a mais-valia, que constitui propriedade do capital. A superexploração é uma *forma particular de exploração* e esta particularidade consiste em que é uma exploração na qual *o valor da força de trabalho é violado.* Tal violação pode ocorrer por diversos mecanismos, seja no mercado – no momento de sua compra e venda –, seja no próprio processo de trabalho – por um desgaste "anormal", extensivo ou intensivo. Em todo caso, o salário recebido já não é equivalente ao valor da força de trabalho, não cobre seu valor diário ou seu valor total. A isso se refere Marini ao assinalar que "a superexploração é definida pela maior exploração da força física do trabalhador [...] e tende normalmente a se expressar no fato de que *a força de trabalho se remunera abaixo de seu valor real*" (Osório, 2013, p. 49).

produção se apodera desta situação de que o trabalhador tem condições de produzir mais, por sua subsistência já ter sido garantida. Sendo assim, a ampliação da jornada de trabalho torna-se mais um elemento para gerar um valor a mais para o capitalista. Se paga, por exemplo, um valor equivalente a meio período de trabalho para o dobro do tempo trabalhado.

No entanto, é importante compreender o que seriam esses meios de subsistência fisicamente indispensáveis, definidor do valor da força de trabalho que Marx já pontuava em dois séculos anteriores.

> A força de trabalho só se atualiza [*verwirklicht*] por meio de sua exteriorização, só se aciona por meio do trabalho. Por meio de seu acionamento, o trabalho gasta determinada quantidade de músculos, nervos, cérebro, etc. humanos que tem de ser reposta. Esse gasto aumentado implica uma renda aumentada. Se o proprietário da força de trabalho trabalhou hoje, ele tem de poder repetir o mesmo processo amanhã, sob as mesmas condições no que diz respeito a sua saúde e força. A quantidade dos meios de subsistência tem, portanto, de ser suficiente para manter o indivíduo trabalhador como tal em sua condição normal de vida. As próprias necessidades naturais, como alimentação, vestimenta, aquecimento, habitação, etc., são diferentes de acordo com o clima e outras peculiaridades naturais de um país [...] Diferentemente das outras mercadorias, a determinação do valor da força de trabalho contém um elemento histórico e moral (Marx, 2013, p. 182).

Como Marx traz, a determinação da força de trabalho depende de muitas variáveis: da cultura e do padrão de subsistência naquele local, dos custos de formação e da educação que foram investidos (que para a classe trabalhadora não é muito), dos gastos para manterem seus filhos como seus substitutos no trabalho, entre outras. Enfim, o valor da força de trabalho era calculada pela jornada média diária mínima para garantir a sobrevivência diária, e isto determinava o valor a ser pago pelo capitalista ao trabalhador. É o que Osorio ratifica quando se refere que para compor esta cesta de bens,

> Não se pode incluir produtos somente pelo seu baixo preço ou por critérios relativos ao que deve ser uma boa alimentação [...], deve considerar que o desenvolvimento produtivo de uma sociedade faz com que certos produtos suntuários [...] se integram aos meios de vida necessários para a população trabalhadora. Uma televisão, uma geladeira ou um celular comum estariam neste conjunto a princípios do século XXI. Fazem parte da sociabilidade e da vida em comum que o capital vai estabelecendo em seu desenrolar. Assim, o *valor da força de trabalho é tensionado* pelo duplo processo que aumenta a massa de produtos imprescindíveis, aumentando seu valor, e a elevação da produtividade, em particular na produção de bens-salário, barateando-os (Osório, 2013, p. 58-59).

Assim, ao analisar os relatos dos profissionais matriciadores sobre os valores tão reduzidos do salário, evidencia a exploração da força de trabalho nos serviços da mesma forma que ocorria no modo de produção fabril. As contratações com baixas remunerações nos

serviços de saúde, sem estabilidade de emprego e sob favores políticos acaba funcionando sob condições análogas ao que Marx debatia,

> O antigo possuidor de dinheiro se apresenta agora como capitalista, e o possuidor de força de trabalho, como seu trabalhador. O primeiro, com um ar de importância, confiante e ávido por negócios; o segundo, tímido e hesitante, como alguém que trouxe sua própria pele ao mercado e, agora, não tem mais nada a esperar além da... dispela (Marx, 2013, p.185).

Com a diferença de que para Marx, o possuidor do dinheiro nas relações fabris era a burguesia, o capitalista, enquanto nos dias de hoje, do trabalho realizado pelos serviços de saúde, aqui analisados, pode-se dizer que, o "possuidor do dinheiro" seria o Estado sob o domínio do poder capitalista, ou do capital fictício que mantém relações de exploração desde o pagamento mínimo da força de trabalho, até a relação de subsunção deste trabalhador que precisa aceitar a ínfima remuneração por não ter melhores oportunidades. E que para garantir melhores condições de vida precisa ir à busca de outros trabalhos, para o complemento de sua renda.

Outro ponto que merece destaque nesta análise é a possibilidade de ter várias fontes de renda, a partir da flexibilização das relações de trabalho que se aprofundará a partir de agora.

Segundo Barros,

> Flexibilizar relações de trabalho não significa oferecer mais agilidade em processos e aumento de possibilidades e inserção para trabalhadores. Trata-se, essencialmente, de retirar objetiva e formalmente os mecanismos de defesa da massa proletária. Significa deixá-la permanentemente disposta a aceitar qualquer tipo de inserção no mercado de trabalho. É criar mecanismos para que os trabalhadores não tenham condições de esboçar resistências aos mais variados métodos de trabalho e controle a que possam vir a ser submetidos. Por tudo isso, as relações de produção capitalista no século XXI apontam na direção de uma significativa piora das condições de trabalho em dimensão planetária (Barros, 2019, p. 68).

Para Albani Barros, "as práticas da 'flexibilização' resultam num processo de precarização [...] que objetiva arrancar formas "estáveis" de trabalho e efetuar a retirada de normas protetivas e sociais ao trabalhador" (2019, p. 68). Ou seja, há uma perda gradativa de regulamentações trabalhistas de maior estabilidade empregatícia como na vinculação estatutária em relação às contratações informais sem comprometimento com os direitos trabalhistas conquistados, muitas vezes favoráveis à manutenção de favores políticos[107].

[107] As questões políticas no estado de Alagoas sempre foram muito pertinentes. Para alguns autores, "política é a forma de atividade ou práxis humana e se relaciona estreitamente com o uso do poder" (Santos, Leal, Santos, 2017, p.125). O poder só pode ser exercido nas relações com o outro. "O exercício do poder também se refere à posse de meios para esse exercício, de modo a influenciar determinada situação para se obter uma vantagem

Alguns estudiosos como Castel e Standing traduzem o fenômeno da precarização do trabalho "principalmente pela flexibilização de direitos trabalhistas, pelo aumento do desemprego e pelo crescimento da insegurança social" (Barros, 2019, p. 70), e outros autores acrescentam às mudanças tecnológicas e ao arrefecimento da ação sindical (Machado, Oliveira, Moyses, 2011). Complementam ainda que "a partir do receituário neoliberal – aumento internacional da competitividade e do movimento da "globalização" -, a conjugação destes aspectos se refletiu na "flexibilização" do mercado de trabalho" (Barros, 2019, p.71) fato bastante observado no contexto brasileiro (Machado, Oliveira, Moyses, 2011).

Hoje a precarização do trabalho tem ocorrido pela multiplicidade de fenômenos como a informalidade, os contratos temporários, os trabalhos em tempo parcial ou de zero hora[108], a terceirização e a jornadas múltiplas de trabalho, por exemplo, mas, também pelas particularidades históricas, políticas e espaciais das quais estes trabalhadores estão submersos (Barros, 2019).

Muitas vezes para completar a renda necessária para a sobrevivência da família os trabalhadores se submetem a múltiplas jornadas de trabalho, como verificamos na pesquisa, pois entre os 10 coordenadores da fase II, 6 realizam outras atividades remuneradas além da função de coordenador. E é importante frisar que mesmo com maiores habilidades profissionais a precarização do trabalho acontece. Dos 10 coordenadores da fase II do estudo 8 possuem especializações para se manterem no trabalho executado, e mesmo assim alguns recebem a remuneração mínima de um salário mínimo para exercer sua função. "Com o passar dos anos o trabalhador descobre que as credenciais e qualificações obtidas rapidamente se tornam inadequadas e insuficientes" (Barros, 2019, p. 84), ou seja, seu trabalho continua gerando baixa remuneração mesmo com níveis educacionais mais elevados, ao exemplo, uma pós-graduação.

> O empenho do sistema educacional para aprimorar o 'capital humano' não produziu melhores perspectivas de emprego. Os profissionais recém-formados na Espanha constituem um quadro ilustrativo dessa situação. Após um ano do término do curso,

desejada"(Santos, Leal, Santos, 2017, p.125). No campo da saúde os poderes podem ser: administrativo - quando as atividades mobilizam recursos -, técnico - quando há o domínio de conhecimentos -, e político - Quando se tem poder de um sobre o outro na defesa de interesses (Santos, Leal, Santos, 2017). Sendo assim, as indicações políticas ocorrem bem nessas relações de poder de um sobre o outro na troca de favores, quando nas eleições se tem interesses.

[108] A expressão "Zero hora" compreende o horário que o trabalhador não está na empresa, porém permanece a ela disponível aguardando ser convocado para a prestação dos serviços. Este tipo de regime de trabalho é muito comum na Inglaterra, e o trabalhador só recebe pelas horas exercidas, sem ter nenhum direito social ou qualquer benefício garantido.

> 40% deles estão em empregos que não exigem as qualificações que obtiveram no ensino superior (Stading *apud* Barros, 2019, p. 84).

Isso nos revela que muitas vezes a qualificação do ensino superior ainda se torna insuficiente para ocupação de alguns cargos, em contrapartida, a aquisição desta qualificação mais especializada, também não garante a remuneração mais elevada. Segundo Barros,

> Transformada em área de enorme lucratividade e sob o domínio de grupos financeiros, o que os atuais sistemas educacionais fundamentalmente produzem são credenciais que cada vez parecem valer menos. O elemento contraditório é que a acumulação flexível necessita progressivamente de trabalhadores com habilidades múltiplas e mais aprimoradas. Isso ocorre porque a exigência posta pela polivalência e pelo uso de meios de produção mais sofisticados requer dos trabalhadores um saber mais complexo. Contudo, a maior qualificação requerida não significa salários mais elevados, muito menos estabilidade relativa no emprego (Barros, 2019, p.84).

Nesta perspectiva, e de forma contraditória, grupos educacionais vendem uma ideia de que quanto mais especializado se é, mais possibilidade de conquistar um "bom emprego com melhores salários", e os jovens acabam comprando essa ideia e se endividando ao matricularem-se nestes cursos, em busca de obterem maiores "chances" no mercado de trabalho. Ou seja, é um mercado de exploração sendo infinitamente reproduzido a favor da acumulação capital que estimula cada vez mais a precarização do trabalho, sem dar nenhuma garantia de remunerações salariais adequadas. "É menos doloroso ter um emprego precário do que não ter nenhum" (Barros, 2019, p. 86), e assim muitas vinculações informais de trabalho são aceitas.

Um grande desafio para as implantações das novas eMulti é não reproduzir este modelo adotado pela contratação dos profissionais do NASF-AP, Barros Jr. e Almeida advertem "incoerência de se instituir um novo serviço de saúde com o risco de aumentar a precarização e a terceirização, além de fortalecer meios de contratação danosos, como as Organizações Sociais da Saúde" (2023, p.04).

Outro grande desafio no Estado de Alagoas que também tem impactos nas relações de trabalho são as questões que envolvem o gênero feminino, que discutirei na temática seguinte.

4.2.4 Perfil de gênero: a mulher trabalhadora no matriciamento

A literatura revela dados da Organização Internacional do Trabalho (OIT) que menos de 45% dos trabalhadores assalariados são contratados em tempo completo, e que cerca de seis a cada 10 desses trabalhadores no mundo estão sob regime de trabalho parcial ou

temporário, e que nestas condições estão desproporcionalmente as mulheres (Barros, 2019). De fato, estes dados são reforçados quando na amostra da fase II desta pesquisa de 10 coordenadores, 8 são mulheres e na maioria com regime parcial de trabalho.

Talvez um dos motivos para tal adesão a regime parcial seja a própria condição culturalmente instalada da "mulher cuidadora" que assume além da função de trabalhadora no mercado formal da sociedade e colabora na renda familiar, também assume o papel de administradora de seu domicílio, de mantenedora de cuidados diretos aos seus familiares e de constante realizadora de afazeres domésticos.

No entanto, em muitos países e nas últimas décadas, "o trabalho feminino vem cumprindo um papel de superpopulação relativa na sua forma latente, apresentando-se constantemente como força adicional de trabalho disponível" (Barros, 2019, p. 90-91). Isso também tem relação com a emancipação parcial da mulher na sociedade, a partir dos avanços a algumas formas de opressão masculina. Sua inserção vem impulsionada a muitas transformações culturais, e juntamente a piores condições de sobrevivência das famílias que as impelem a aceitar empregos com menores condições de trabalho e de remuneração salarial.

> Em países como Alemanha e França, a força de trabalho das mulheres constitui um percentual equivalente a 80% do total de trabalhadores em tempo parcial. Em 2010, no Japão, 44% das mulheres trabalhadoras recebiam menos de um salário-mínimo [...]. Nas empresas japonesas, é prática recorrente e aberta a diferenciação de remuneração com base no sexo [...]. No Reino Unido o contingente feminino já superou o de trabalhadores homens. [...] Em razão de seu maciço ingresso como força de trabalho disponível global, as mulheres são inseridas predominantemente em trabalhos mais precários e recebem salários mais baixos, o que pressiona a força de trabalho em geral (Barros, 2019, p. 90).

A inserção da força de trabalho feminina no mercado de trabalho tem sido cada vez mais constante, e quando se trata do trabalho em saúde estes índices se tornam ainda mais evidentes. As mulheres representam atualmente mais de 70% dos trabalhadores da saúde, agregando tanto profissões culturalmente femininas desde as suas origens como a enfermagem e o serviço social, como também a feminização gradual de algumas outras, como a medicina, cirurgiões-dentistas e veterinários que durante décadas foi exercida majoritariamente pelo gênero masculino (Machado, Oliveira, Moyses, 2011).

> Na década de 1970, as mulheres médicas eram apenas 11%, já na década seguinte, este percentual eleva-se para 22%, chegando aos anos 90 com 33% de seu contingente feminino. Estima-se que nas próximas duas décadas este percentual deve atingir 50% (Machado, 2000, p.137 *Apud* Machado, Oliveira, Moyses, 2011, p. 111).

> [...] Ao analisar os últimos dados censitários do Brasil relativos à força de trabalho em saúde, observamos que do total de 709.267 profissionais com escolaridade universitária, 61,7% são mulheres. Entre os médicos, elas representam 35,9%; entre os dentistas, 50,9%; entre os enfermeiros, 90,4%; e entre os nutricionistas 95,3%. Em relação aos profissionais de níveis técnico e auxiliar, que somam mais de 900 mil empregos, a feminização é ainda mais acentuada, alcançando 73,7% do total, com 77,9% dos técnicos em fisioterapia e afins, 78,1% dos atendentes de enfermagem, parteiras e afins, e 86,9% dos técnicos e auxiliares de enfermagem são do sexo feminino (Machado, Oliveira, Moyses, 2011, p.113).

De modo semelhante, o maior quantitativo de profissionais coordenando os serviços de saúde alagoanos também é de mulheres, que acabam assumindo múltiplas funções e aceitam remunerações mais baixas. Nos dados encontrados na primeira fase da pesquisa de campo, nos dois segmentos de atenção, os responsáveis pela gestão dos serviços são majoritariamente mulheres (Tabela 7) e estão mais vulneráveis ao adoecimento psíquico que os homens segundo estatísticas encontradas no estado da arte desta pesquisa (Silva, 2019).

Isso reporta que políticas públicas a mulher trabalhadora precisa ser consideradas, inclusive no âmbito do matriciamento em saúde mental, tendo em vista a maior exploração destas trabalhadoras que acumulam funções para desempenhar seus papéis na sociedade.

Tabela 7 - Distribuição de coordenadores/responsáveis pelos serviços de saúde matriciadores de acordo com o gênero, Alagoas, 2023.

Gênero	**Coordenadores/ responsáveis**	
	Atenção Primária	**Saúde Mental**
Feminino	56 (83,58%)	49 (92,45%)
Masculino	11 (16,42%)	4 (7,55%)
Total	**67 (100%)**	**53 (100%)**

Fonte: Sistematização realizada pela autora.

Estes dados foram semelhantes a outras pesquisas analisadas no estado da arte, como no estudo de Gozzi (2017) realizado em municípios paulistas, em que dos 48 profissionais de NASF participantes da pesquisa, 87% eram do gênero feminino. Já em um município sergipano, estado próximo a Alagoas, dos profissionais matriciadores de um CAPS, 82,3% são mulheres (Fonseca, 2018) muito semelhantes à realidade desta pesquisa. Porém, no estado da arte, não encontrei debates sobre os impactos no matriciamento relacionados ao maior numero de mulheres trabalhadoras nos serviços matriciadores, apontando futuros objetos de pesquisas a serem aprofundados.

No entanto, independente do gênero, é preciso conhecer quais as categorias mais contratadas nos serviços ENASF/eMulti e CAPS no estado de Alagoas. Bem como entender

como estas contratações impactam na realização do apoio matricial. Debate que emergirá na próxima temática com a abordagem da organização do trabalho.

4.2.5 Prioridades da gestão na contratação e processo seletivo dos profissionais

Identifiquei ao analisar os dados que há diferenças de prioridades[109] na hora de escolher que profissional fará parte deste e/ou daquele serviço. Para ENASF-AP e eMulti observei a prioridade na contratação de nutricionista, fisioterapeuta, psicólogo, assistente social e educador físico, em quase 70%; enquanto essa porcentagem aproximada de profissionais contratados nos CAPS é de psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, psiquiatras e farmacêuticos, configurando-se na maioria das vezes como equipe mínima exigida pela portaria 336/2002. Outras duas categorias profissionais contratadas que se destacaram nos CAPS alagoanos foram terapeutas ocupacionais e pedagogos/ psicopedagogos conforme tabela 8.

Tabela 8. Profissionais contratados pelos serviços ENASF-AP, eMulti e CAPS nos municípios alagoanos, Alagoas, 2023.

Categoria profissional	ENASF-AP/ eMulti	CAPS
Arteterapeuta	0	2
Assistente social	34	40
Educador físico	24	8
Enfermeiro	7	38
Enfermeiro de Saúde Mental	0	1
Farmacêutico	5	20
Fisioterapeuta	50	0
Fonoaudiólogo	12	1
Médico Clínico	2	10
Nutricionista	45	6
Pedagoga / Psicopedagoga	0	12
Pediatra	4	0
Psicólogo	43	41
Psiquiatra	5	30
Terapeuta Ocupacional	6	17
Outros (cardiologista, Ginecologista, Obstetra, odontólogo, ortopedista, médico veterinário)	11	0
Coordenadores que quantificaram mas NÃO discriminaram seus profissionais	39	18
Total de profissionais contratados	**287**	**244**

Fonte: Sistematização realizada pela autora

[109] Prioridades locais na contratação de pessoal, é como os documentos têm orientado os gestores na escolha dos profissionais de cada serviço, a exemplos do uso desta terminologia tem-se a Política Nacional de Atenção Básicas (PNAB) (Brasil, 2017 d), as portarias de consolidação nº 3/2017 e 6/2017 (Brasil, 2017b; Brasil, 2017c) e a portaria nº 2979/2019 do Programa Previne Brasil (Brasil, 2019a).

Nesta tabela são muitos os profissionais que atuam em saúde mental, inclusive alguns que não são profissões da saúde, mas que colaboram na área como pedagogos, artesãos, músicos, redutores de danos e tantos outros, no entanto, como matriciadores só o poderão ser os profissionais de nível superior com qualificação ou experiência em saúde mental (Brasil, 2004; Brasil, 2011a). Esta situação de agregar diferentes categorias profissionais indispensáveis para um cuidado integral e interdisciplinar ao usuário, também geram muitas discrepâncias nas remunerações salariais e nas justificativas para a contratação não unificada dos profissionais e processos de seleção diversificados.

Na pesquisa percebi que a forma predominante de seleção destes profissionais, é a indicação política sem a definição de critérios mínimos exigidos para ocupação do cargo.

> Os profissionais daqui também tiveram essa questão da indicação política (Coordenador 01).

Estas indicações políticas acabam sendo facilitadas pela gestão porque na grande maioria o gerenciamento destes serviços é feito pela própria secretaria municipal de saúde. Dos dados informados somente um serviço é gerido por OS, e os demais 65 ENASF-AP/ eMulti e 53 CAPS são geridos pela secretaria de saúde, conforme tabela 9.

Tabela 9 - Forma de gerenciamento dos serviços nos municípios alagoanos, Alagoas, 2023.

Gerenciamento dos serviços	ENASF-AP/ eMulti	CAPS
Pela Secretaria de Saúde	65	53
Por Organizações Sociais	1	0
Não informado	16	4
Total de municípios	**82**	**57**

Fonte: Sistematização realizada pela autora.

Enfim, toda a situação possibilita a contratação de profissionais a partir destas indicações. Além das indicações políticas muito evidentes nas falas dos coordenadores da fase II do estudo, elas são bastante expressivas nos 120 questionários respondidos pelos 89 municípios, como mostra a tabela 10 abaixo. Nesta tabela, também percebi nitidamente a ausência de critérios na seleção destes profissionais nestas equipes, pois quanto menos criterioso o município for para tal contratação, menor qualificação profissional é exigida.

Na verdade, este tipo de contratação imediata para o ingresso no serviço público por meio de processos seletivos simplificados, só deveria ocorrer casos de eventual calamidade pública, em que o processo seletivo seria dispensável, conforme a lei 8745/93 (Santana, Vasconcelos Jr., 2023). O problema é que a exceção vira a regra neste jogo de poder, e a situação que antes só era permitida em algumas exceções passa a ser a regra prioritária do processo.

Durante a pesquisa, mais de 80% dos contratos de trabalho foram por indicações políticas e majoritariamente sem nenhum critério de seleção estabelecido (85,1% na seleção das ENASF-AP/eMulti, e 67,9% nas equipes de CAPS), conforme demonstrado na tabela 10.

Tabela 10 - Contratação e critérios no processo seletivo das ENASF-AP/ eMulti e CAPS nos municípios alagoanos, Alagoas, 2023.

	ENASF-AP/ eMulti	%	CAPS	%
Contratação dos profissionais				
Indicação da Secretaria Municipal de Saúde	55	82,2	47	88,7
Processo seletivo COM critérios de seleção p/ AM	6	8,9	2	3,8
Processo seletivo SEM critérios específicos p/ AM	6	8,9	4	7,5
Critérios no processo seletivo				
Avaliação do currículo	2	2,9	1	1,9
Entrevista	2	2,9	0	0,0
Formação na área e experiência profissional	5	7,5	5	9,4
Conforme portaria e demanda municipal	1	1,5	0	0,0
Afinidade com SM, perfil articulador e dinâmico	0	0,0	6	11,4
Definido pelo gestor sem transparência	0	0,0	5	9,4
Não possui critérios	57	85,1	36	67,9
Total	**67**	**100**	**53**	**100**

Fonte: Sistematização realizada pela autora.

Em relação à seleção do profissional para execução do cargo de coordenador, conforme o relato dos coordenadores participantes da FASE II do estudo, somente para aqueles contratados para coordenar CAPS é que foram considerados os níveis de conhecimento sobre saúde mental e reforma psiquiátrica, para os demais que coordenam os ENASF-AP/ eMulti esses conhecimentos não lhes foram exigidos. Já em relação aos conhecimentos sobre apoio matricial, dois coordenadores de ENASF-AP/ eMulti e um de CAPS relataram que não consideraram nada sobre essa temática em específico. Observei também que a metade dos coordenadores relatou não haver nenhuma exigência no momento da contratação em relação à experiência profissional ou formação especializada. No entanto,

somente dois coordenadores não possuíam experiências profissionais além dos estágios durante a graduação como descritos no quadro 4.

Quadro 4 - Critérios de seleção e experiência profissional exigido aos profissionais para ocupar o cargo de coordenação, Alagoas, 2023.

Coord.	Durante o processo de Seleção do profissional ao cargo foi avaliado				Recebeu informações que o AM estava entre as funções
	Conhecimento sobre SM/ Reforma Psiquiátrica	Conhecimento sobre AM	Formação/ experiência profissional em AM ou em saúde pública	Experiência profissional em SM ou saúde coletiva à coordenação	
01	Sim	Sim	Sim	Trabalhou em comunidade terapêutica	Sim
02	Não	Sim	Não	Não possui experiências anteriores (Cargo de apoio da gestão)	Sim
03	Não	Sim	Não	Trabalhou em CAPS	Sim
04	Não	Sim	Sim	Trabalhou em CAPS	Não
05	Sim	Não	Sim	Trabalhou em CAPS	Sim
06	Sim	Sim	Sim	Diretora de SM	Não
07	Sim	Sim	Não lembra	Trabalhou como Técnico de enfermagem	Sim
08	Sim	Não lembra	Não	Apoiador da AB e enfermeiro da ESF	Não
09	Não	Sim	Sim	Não possui experiências anteriores	Não
10	Sim	Não	Não	Técnica do CAPS	Não

Fonte: Sistematização realizada pela autora.

Observei nas falas dos participantes que a não exigência de experiência profissional torna a atuação profissional mais difícil. Não possuir elementos de vivências profissionais e parâmetros de atuação anteriores torna-se um desafio ainda maior, dependendo muito mais da motivação do profissional para aprender e superar os desafios do processo de trabalho, do que investimentos em formação da gestão municipal.

> Eu vou falar por experiência própria. Eu quando comecei, não recebi o convite para trabalhar, me colocaram para ser coordenadora da equipe, porém eu não queria. [...] Quando eu cheguei à equipe caí de paraquedas. Não sabia praticamente nada da

> equipe, então fui ganhando experiência no dia a dia, algumas pessoas que trabalhavam lá foram-me orientando e eu fui abrindo caminhos, tendo conhecimentos, e graças a Deus hoje a nossa equipe é bem focada no que faz. Recebemos muitos elogios, mas no início, foi bem difícil mesmo, por falta de experiência (Coordenador 03).

Outra participante, a coordenadora 02, reforça a importância da experiência, pois, apesar de ser seu primeiro emprego, havia vivenciado o apoio da gestão alguns meses antes de assumir o cargo de coordenação, e a transição foi mais tranquila. Quanto à coordenadora 03 e coordenadora 10, relataram que a experiência em serviços CAPS as motivaram em continuar estudando e se aperfeiçoando para atuação como profissional de saúde, ratificando a relevância das experiências no exercício profissional.

> Para mim também foi novo. Eu fui contratada como fisioterapeuta. Acho que depois de 2 meses, quando eu fui contratada, me chamaram para dar apoio na coordenação. Aí fiquei um tempo como apoio da coordenação, em seguida, a coordenadora que atualmente é assistente social da equipe, pediu para sair por motivos pessoais e sobrecarga, e eu assumi. Mas como eu estava com a bagagem do apoio, graças a Deus estou sabendo lidar com a coordenação (Coordenador 02).

> Trabalhei dois anos no CAPS do município C. Foi uma experiência maravilhosa. Onde me encontrei, e me encantei com o espaço. Conheci a terapia ocupacional e hoje estou estudando para futuramente ser uma terapeuta. Que foi uma coisa que me encantou de verdade. E é uma área que necessita muito (Coordenador 03).

> Eu fiz uma especialização sobre saúde mental que o foco era mais voltado justamente para os CAPS, para atenção psicossocial e conheci muito melhor esses conceitos e coloquei o meu projeto de intervenção relacionado ao Matriciamento com as equipes, em prática. Neste projeto fomos em cada unidade básica para conversar sobre o matriciamento, também era convidado a equipe multiprofissional, o antigo NASF. Conversamos sobre o que era o serviço, sobre quais eram as nossas demandas, as nossas dificuldades... e entender quais dificuldades da atenção básica em relação à saúde mental para começarmos a conversar sobre o matriciamento em si... (Coordenador 10).

Enfim, houve muitos esforços dos próprios profissionais para adquirirem experiências, e aprenderem a atuar no apoio matricial. E é nítido, que este aprendizado acontece naturalmente quando os vínculos entre colegas de trabalho são mantidos, reduzindo-se assim algumas dificuldades,

> A minha equipe, como a gente já trabalha há um bom tempo juntos, não tenho dificuldade alguma. Sempre são bem ativos, quando tem ações ou alguma coisa, posso deixar nas mãos deles sem eu estar, e eles realizam tudo. Com os enfermeiros, com a UBS a gente também tem uma grande autonomia, são sempre participativos. Sempre procuram a gente para realizar as ações. Então, com relação a isso, é tudo tranquilo (Coordenador 04).

Este relato remete a importância de manter os mesmos profissionais numa equipe por um determinado tempo, para que eles a partir dos vínculos adquiram confiança, autonomia e integração no desenvolvimento das ações. O sentimento de pertencimento há um grupo precisa existir, para que este consiga se comprometer com a realização de algo. Quando nos sentimos partes do processo, nos sentimos corresponsáveis pela situação, ou pelas condições de bem-estar do outro que cuidamos. Característica da continuidade rompida com a precarização do trabalho, como já foi comentada em outra seção, a flexibilização e rotatividade dos profissionais acaba por interferir no desenvolvimento do trabalho a partir dos vínculos construídos.

Na pesquisa de campo observei que um número expressivo de coordenadores vem ocupando este cargo recentemente, com contratos a partir de novas administrações políticas. E isto impacta diretamente na visão avaliativa deste profissional em relação ao processo matricial e na qualidade de sua assistência.

Neste sentido, outra questão vem à tona, quando a maioria dos contratos de trabalho são temporários, a experiência profissional adquirida não é muitas vezes considerada para que o profissional se mantenha no cargo. E é onde acontecem muitas perdas na qualidade dos serviços, pois aqueles profissionais que adquiriram experiências acabam sendo substituídos, muitas vezes, por profissionais totalmente inexperientes. Situação que passa a se repetir a cada 4 ou 8 anos de gestão política[110], comprometendo-se cada vez mais a continuidade do trabalho da equipe no término de seus contratos de trabalho e mudança de toda equipe de trabalho, conforme o relato da coordenadora abaixo:

> Aqui o CAPS do município A fez 11 anos e aqui só tem uma pessoa que é concursada, o restante é contratado, então, a equipe que atuava há 9 anos, mudou em 2 anos completamente todos os profissionais. Então tivemos um grande impacto, principalmente com os usuários em conhecê-los. A gente passou basicamente um ano só para conhecer quem são esses usuários, quem são os familiares, como iríamos reorganizar esses pacientes no atendimento, como faríamos o matriciamento? A psicóloga mesmo que era a única concursada, disse que teve inicialmente a formação sobre o apoio matricial, "Como deveriam fazer?" Mas a gente ainda não teve, a equipe recente ainda não teve essa capacitação, no caso uma formação permanente do que é o apoio matricial, por exemplo, um dos tópicos que a gente teve dificuldade. Mas como mudou tudo, a gente teve que se reorganizar (Coordenador 01).

Esta situação ainda é agravada quando a formação permanente do profissional ofertada pelos serviços não é recorrente. Muitos coordenadores relataram que a falta de capacitação

[110] A cada 4 anos após resultados de eleições políticas para prefeitura municipal e Estado, ocorrem as nomeações para cargos de gestão ou novos contratos com empresas terceirizadas. Na medida que, estes candidatos se elegem a maioria destes contratos são renovados, caso não ocorram a reeleição os contratos são encerrados.

tem dificultado a realização do apoio matricial, pois ao mudar a equipe, a formação realizada anteriormente acaba não sendo mais válida para a equipe contratada mais recentemente, aprofundaremos estas questões na temática seguinte.

4.2.6 A educação permanente no trabalho matriciador nos municípios de Alagoas

Percebo que se a educação permanente (muito pontuada por diversos estudos nacionais abordados no estado da arte) se de fato ocorresse em cada serviço matriciador em Alagoas, as orientações municipais estariam fluindo de forma adequada, no entanto, o que vem ocorrendo são capacitações pontuais e não uma formação constante ofertada pela gestão municipal. No entanto, o apoio da gestão Estadual tem colaborado nas orientações sobre o matriciamento, oferecendo informações, acompanhamento, e supervisão para as equipes iniciarem suas atuações.

> A gente só começou realmente a entender melhor o que era a questão do Matriciamento a partir do momento que a SUAP se aproximou mais da gente... da aproximação do Estado... com as apoiadoras da região... Foi que a gente começou realmente a entender como é que acontecia o matriciamento... [Antes] não se tinha essa conversa no município sobre [matriciamento], não se tinha esse envolvimento da rede em relação a essa ação, esse entendimento, esse conceito (Coordenador 10).

> Então, eu sempre entro em contato com o pessoal da SESAU [SUAP]. Já fui 2 vezes para lá para tirar dúvidas com eles, então foi basicamente uma capacitação para tirar dúvidas, e agora a apoiadora da primeira região me confirmou que teríamos uma capacitação no próximo mês e de cada CAPS da primeira região iriam 2 técnicos. Então já vai ser um momento para tirar dúvidas sobre o apoio matricial (Coordenador 01).

Segundo os coordenadores a prática do matriciamento é muito nova, e as orientações são fundamentais para sua incorporação. Ou seja, a falta de esclarecimentos sobre esta prática torna-se um impeditivo para a sua realização, por isso a necessidade de formação permanente já que na universidade este tema não está suficientemente presente na matriz curricular da maioria dos cursos da área da saúde. O mesmo Coordenador ainda relata a iniciativa ocorrida em seu município ao criar um Núcleo de Educação Permanente.

> No município C o projeto do matriciamento que fomos em cada unidade... Foi um projeto de educação permanente em saúde mental. E no município no ano passado... foi criado o NEP (Núcleo de educação permanente do município). A coordenadora do NEP justamente passa nos serviços para ver quais as demandas... quais as nossas necessidades de capacitações e tentar articular. Como ela tem formação de enfermeira, quando ela mesma consegue fazer essas capacitações, ela mesmo ministra junto ao profissional; e quando não, ela articula, serve de ponte. Já tivemos

> algumas capacitações bem importantes, bem bacanas em diversos setores, assuntos bem diferentes um do outro, e tem dado muito certo (Coordenador 10).

Entretanto, este incentivo à Educação Permanente não deveria ser opcional, já que há normativas regulamentadoras estabelecendo esta política. Desde a portaria n.º 399/2006 em que foram aprovadas as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde de 2006 que consolida o SUS a partir do pacto pela vida, em defesa do SUS e da gestão, dá-se ênfase à Educação Permanente. A lei 8080/90 já mencionava a criação de Comissões Permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissionais através da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), mas somente se ganha espaço para sua efetiva implantação, a partir do pacto de 2006 e da portaria 1996/2007 que dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (Viana *et al.*, 2011).

Esta política de educação permanente está atrelada à estruturação de Colegiados de Gestão Regional (CGR) e às Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES) e cabem a elas a coordenação e regionalização da saúde e da Educação Permanente (Viana *et al.*, 2011). Em Alagoas foi implantada a CIES estadual, onde um de seus objetivos seria apoiar a Comissão Intergestora Bipartite (CIB) na elaboração do plano Estadual de Educação Permanente e das diretrizes para os planos regionais.

Na portaria 3.342/2017 é publicada a lista de Estados e Municípios habilitados ao recebimento do incentivo financeiro para a elaboração do Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde (PEEPS) em que trata a Portaria 3.194/GMS/MS de 27 de novembro de 2017. Entre os estados e municípios estão Alagoas com o recebimento de R$150.000,00 e os municípios listados no Quadro 5 com seus respectivos valores:

Quadro 5 - Lista de municípios alagoanos que receberam incentivo financeiro para a construção do Plano de Educação Permanente habilitados pela portaria 3.342/2017.

Água Branca	R$12.000,00	Campestre	R$ 11.000,00
Anadia	R$ 12.000,00	Campo Alegre	R$ 15.000,00
Arapiraca	R$ 24.000,00	Campo Grande	R$ 12.000,00
Atalaia	R$ 14.000,00	Canapi	R$ 12.000,00
Barra de Santo Antônio	R$ 12.000,00	Capela	R$ 12.000,00
Barra de São Miguel	R$ 11.000,00	Carneiros	R$ 11.000,00
Batalha	R$ 12.000,00	Chã Preta	R$ 12.000,00
Belém	R$ 11.000,00	Coité do Nóia	R$ 12.000,00
Belo Monte	R$ 11.000,00	Colônia Leopoldina	R$ 12.000,00
Boca da Mata	R$ 13.000,00	Coqueiro Seco	R$ 11.000,00
Branquinha	R$ 12.000,00	Coruripe	R$ 14.000,00
Cacimbinhas	R$ 12.000,00	Craíbas	R$ 13.000,00
Cajueiro	R$ 12.000,00	Delmiro Gouveia	R$ 12.000,00

Dois Riachos	R$ 12.000,00
Estrela de Alagoas	R$ 12.000,00
Feira Grande	R$ 12.000,00
Feliz Deserto	R$ 11.000,00
Flexeiras	R$ 12.000,00
Girau do Ponciano	R$ 13.000,00
Ibateguara	R$ 12.000,00
Igaci	R$ 13.000,00
Igreja Nova	R$ 13.000,00
Inhapi	R$ 12.000,00
Jacuípe	R$ 11.000,00
Japaratinga	R$ 12.000,00
Jaramataia	R$ 11.000,00
Jequiá da Praia	R$ 12.000,00
Joaquim Gomes	R$ 12.000,00
Jundiá	R$ 11.000,00
Junqueiro	R$ 13.000,00
Lagoa da Canoa	R$ 12.000,00
Limoeiro de Anadia	R$ 13.000,00
Maceió	R$ 28.000,00
Major Isidoro	R$ 12.000,00
Mar Vermelho	R$ 11.000,00
Maragogi	R$ 13.000,00
Maravilha	R$ 12.000,00
Marechal Deodoro	R$ 14.000,00
Maribondo	R$ 12.000,00
Mata Grande	R$ 12.000,00
Matriz de Camaragibe	R$ 13.000,00
Messias	R$ 12.000,00
Minador do Negrão	R$ 11.000,00
Monteirópolis	R$ 11.000,00
Murici	R$ 13.000,00
Novo Lino	R$ 12.000,00
Olho D`Água das Flores	R$ 12.000,00
Olho D`Água do Casado	R$ 12.000,00
Olho D`Água Grande	R$ 11.000,00
Olivença	R$ 12.000,00
Palestina	R$ 11.000,00
Palmeira dos Índios	R$ 15.000,00
Pão de Açúcar	R$ 13.000,00
Pariconha	R$ 12.000,00
Paripueira	R$ 12.000,00
Paulo Jacinto	R$ 12.000,00
Penedo	R$ 15.000,00
Piaçabuçu	R$ 12.000,00
Pilar	R$ 13.000,00
Pindoba	R$ 11.000,00
Piranhas	R$ 12.000,00
Poço das Trincheiras	R$ 12.000,00
Porto Calvo	R$ 13.000,00
Porto de Pedras	R$ 12.000,00
Porto Real do Colégio	R$ 12.000,00
Quebrangulo	R$ 12.000,00
Rio Largo	R$ 15.000,00
Roteiro	R$ 11.000,00
Santa Luzia do Norte	R$ 11.000,00
Santana do Ipanema	R$ 13.000,00
Santana do Mundaú	R$ 12.000,00
São Brás	R$ 11.000,00
São José da Laje	R$ 13.000,00
São José da Tapera	R$ 14.000,00
São Luís do Quitunde	R$ 13.000,00
São Miguel dos Campos	R$ 14.000,00
São Miguel dos Milagres	R$ 12.000,00
São Sebastião	R$ 13.000,00
Senador Rui Palmeira	R$ 12.000,00
Tanque D`Arca	R$ 11.000,00
Teotônio Vilela	R$ 14.000,00
Traipu	R$ 13.000,00
União dos Palmares	R$ 14.000,00
Viçosa	R$ 12.000,00

Fonte: Brasil, 2017f

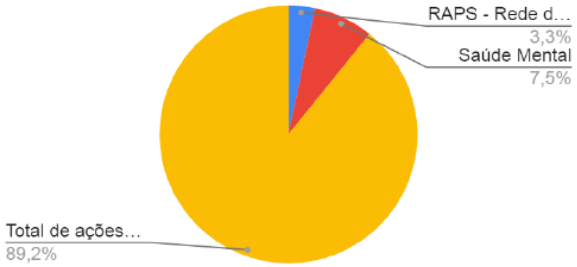
Deste modo quase a totalidade dos municípios alagoanos (97 municípios) receberam incentivos financeiros para implantação de ações de educação permanente, e vale ressaltar que todos os municípios que participaram da segunda fase da pesquisa receberam este incentivo. Na pesquisa, apesar de ter identificado algumas ações neste âmbito, as ações de educação permanente voltadas para o matriciamento têm sido pouco exploradas.

No relatório das Ações de EPS 2019/2022 de Alagoas, no recorte temático para o setor Saúde Mental, possíveis ações de saúde mental estão incorporadas entre as 594 ações referentes às redes de atenção e linhas de cuidado. Lembrando que estas ações fazem parte de uma totalidade de 1544 atividades de EPS relatadas pelos municípios alagoanos que

receberam incentivos financeiros do Ministério da Saúde (CIES-AL, RMSFC/UNCISAL, 2023).

Destas ações referentes às redes de atenção e linhas de cuidado, 72 foram sobre RAPS e Saúde Mental. Vale destacar que somente municípios da 7ª Região de saúde de Alagoas apontaram no planejamento de ações de EPS a realização de oficinas estratégicas para RAPS, demarcando como prioridade a necessidade de articulação com os atores envolvidos. Enquanto os municípios da 2° e 4° Região de saúde apontaram a necessidade de trabalhar a temática da saúde mental com os profissionais através de aperfeiçoamentos e atualizações (CIES-AL, RMSFC/UNCISAL, 2023).

Neste sentido segundo dados do relatório da pesquisa realizada pela CIES/AL em parceria com a UNCISAL na:

> Categoria "Redes de atenção e linhas de cuidado" as ações vinculadas à saúde mental corresponderam a 10,8% do total de ações realizadas. O que significa um alcance expressivo considerando que apenas 3 Regiões de saúde (30% em números relativos) priorizaram no PEEPS a execução de ações dessa natureza.
>
> 
>
>
> (CIES-AL, RMSFC/UNCISAL, 2023, p. 02)

Neste relatório ainda é expressivo que “apesar da 7° Região ter priorizado no planejamento trabalhar saúde mental, foi proporcionalmente a 5° Região que teve o maior número de ações realizadas” (CIES-AL, RMSFC/UNCISAL, 2023, p. 03).

Quadro 6 – Ações de Saúde Mental realizadas nos municípios alagoanos.

Ação: Saúde Mental		
Número de municípios que realizaram a ação/ Número de Municípios que participaram da pesquisa	**Região de Saúde**	**Municípios**
3/10	1° Região	Paripueira; Maceió; Santa Luzia do Norte
5/8	2° Região	Porto de Pedras; Passos de Camaragibe; Maragogi; Matriz de Camaragibe e Porto Calvo
5/9	3° Região	Murici; Santana do Mundaú; Novo Lino; Jundiá e União dos Palmares
5/8	4° Região	Viçosa; Capela; Mar Vermelho; Pindoba e Atalaia
4/5	5° Região	Roteiro; Teotônio Vilela; Junqueiro e Anadia
2/7	6° Região	Igreja Nova e Feliz Deserto
11/14	7° Região	Arapiraca; Batalhar;Lagoa da Canoa; Belo Monte; Jaramataia; Major Izidoro; Feira Grande; Olho D'agua Grande; Campo Grande; Limoeiro de Anadia e São Sebastião
7/7	8° Região	Estrela de Alagoas; Maribondo; Palmeira dos Índios; Minador do Negrão; Belém; Igaci e Tanque D'arca.
7/12	9° Região	Maravilha; Monteirópolis; São José de Tapera; Carneiros; Dois Riachos; Olivença e Poço das Trincheiras
1/4	10° Região	Pariconha

Fonte: CIES-AL, RMSFC/UNCISAL, 2023, p. 03.

Esta realidade apontada pelo relatório está expressa nas falas dos participantes desta pesquisa, quando reforçam as correlações do matriciamento com ações de EPS. Em contrapartida, evidenciei que as correlações estão mais presentes em municípios que possuem CAPS e realizam melhor articulação com a atenção primária, do que naqueles que não os possuem. No entanto, ainda são presentes entendimentos reducionistas de EPS, sob a compreensão única de educação continuada ofertada de forma pontual.

Em alguns municípios, mesmo sem ter Núcleos de Educação Permanente instalados, outras estratégias acabam sendo implantadas para reduzir o prejuízo da falta de qualificação dos profissionais,

> Aqui no município A não existe um núcleo específico de educação permanente, mas, por exemplo, a gente sentiu uma necessidade no primeiro ano (quando iniciamos os trabalhos com o CAPS) de realizar um curso de prevenção ao suicídio. Então a secretária foi aberta a oferecer o pagamento desse curso (no caso, não foi ofertado pelo município, foi por fora). Então ela oferece essa possibilidade... quando vemos algum curso em Maceió há a disponibilidade de transportes e meios para que a gente consiga realizar essas capacitações. E para os outros profissionais de outras áreas que estão precisando de uma capacitação de alguma demanda específica, existe também essa possibilidade de realizar também esses cursos. A nossa dúvida maior seria justamente sobre o matriciamento, ou à atenção em situação de crise especificamente no CAPS (Coordenador 01).
>
> No município B, nós não temos um núcleo específico. Mas me recordo que logo no início da gestão, em que eu era um dos apoiadores da atenção básica, fiquei responsável para fazer uma capacitação com todos os agentes de saúde, mas essa capacitação era para tratar das atividades cotidianas do agente comunitário de saúde. Então foi o primeiro curso que o município realizou com seus profissionais, e por diante houve também (o que está acontecendo novamente neste momento) o curso técnico em agente comunitário de saúde que estão fazendo pelo governo federal, se não me falha a memória, tem a parte prática e a parte teórica, e várias outras capacitações que a Secretaria vem realizando com os enfermeiros e com os agentes

> de saúde. Mas, falando da saúde mental, nosso serviço [CAPSad] é novo, tem 1 ano e alguns meses.Nós realizamos alguns trabalhos na comunidade (Coordenador 08).

É evidente a carência de formação ao profissional matriciador, e reduzir estes limites profissionais (gerados ainda na formação acadêmica) seria responsabilidade primeira do serviço contratante, aqui no caso do município, como organizador da assistência à saúde pública. Neste sentido, investir na educação permanente e no processo de seleção destes profissionais seria medidas propulsoras ao desenvolvimento adequado do apoio matricial. No entanto, a responsabilidade da formação parece estar transferindo-se aos próprios profissionais, a partir de sua experiência profissional.

> Algum trabalho a gente realizou nas escolas e com os diretores (nosso primeiro trabalho foi com os gerentes das UBS). Neste trabalho, nós trouxemos todos os diretores para apresentar o fluxo do nosso serviço. Enfatizar que a principal porta de entrada é atenção básica... Falamos do fluxo regional e municipal. Enfim, eles passaram o dia conhecendo nosso serviço, inclusive foi uma capacitação mesmo, oferecemos almoço para aqueles que ficaram os 2 horários. Foi uma grande discussão, teve alguns questionamentos, e por meio de perguntas e respostas esclarecemos algumas dúvidas... Então, nós realizamos esses trabalhos com as escolas, com os diretores e com os enfermeiros, mas ainda não sentamos com os agentes de saúde que estão na área inserida no cotidiano e precisamos ampliar... Divulgar mais o trabalho do CAPS (Coordenador 08).

> Também senti essa necessidade de formação permanente. Porque uma das maiores dificuldades nossa é saber "Como poderíamos fazer? E se a gente realmente está fazendo certo, da forma correta esse apoio matricial". É uma das minhas dificuldades, eu tento ver com os profissionais do apoio técnico da SUAP, que são os apoiadores técnicos da saúde mental no Estado. Porque curso realmente não temos sobre como fazer o apoio matricial, a gente tem uma equipe muito boa aqui no CAPS, que está sempre disposto a realizar (Coordenador 01).

Deste modo, observo que as formações acabam sendo realizadas muitas vezes por setores específicos, e que muitas vezes não se articulam com os setores responsáveis por tais funções. A SUAP aqui citada é o setor de assessoria técnica da saúde mental do Estado, que deve sim colaborar com as orientações adequadas de implementação da assistência especializada, porém não se pode deixar de perceber que a educação permanente precisa se apropriar destas funções de forma articulada com os setores especializados. Ao caminhar juntos, tornam-se mais fortalecidos e os profissionais conseguem incorporar práticas matriciais com mais afinco e de forma mais clara para ambos os níveis de complexidade.

Observei que os municípios alagoanos, solicitam suporte cotidianamente a secretaria estadual para assessorá-los na saúde mental, e em especial na articulação com a atenção primária através do matriciamento em saúde mental. Muitos cursos e seminários são promovidos pela Secretaria de Saúde do Estado de Alagoas, pelo COSEMS/AL, como por

exemplo, as recentes discussões do matriciamento ocorrida nos cursos “O cuidado às pessoas em situação de uso abusivo de substâncias psicoativas: renovando estratégias para a prática do cuidado” em 2022 e 2023, e o painel temático “Matriciamento e integração: Atenção Básica e Saúde Mental no I Seminário de Saúde Mental: Saúde e gestão no trabalho integral e intersetorial em Saúde Mental”, em 2023 (Alagoas, 2023; CONASEMS, 2023) que inclusive a Universidade Federal de Alagoas se fez presente como convidada nas discussões, através de minha participação como professora estudiosa do assunto. O que tem ocupado uma posição de destaque nos eventos e preocupações entre os secretários de saúde.

Mas, diante destes desafios, o que os coordenadores enxergam como soluções possíveis que podem ser replicadas em outras realidades?

Após estes dados relatados nas temáticas até aqui apresentadas, um dos grandes desafios (como prefiro nomear sob a perspectiva de avanços possíveis a serem conquistados em vez de classificá-los como dificuldades) apontados pelos coordenadores ao exercerem seus cargos, está a forma com que os profissionais da equipe entendem o serviço e as atividades que lhe competem, seja pela falta de experiência na área, ou por não se adaptarem ao perfil do serviço.

> Qual é a maior dificuldade enquanto coordenação? Foi a questão do entendimento do serviço por meio da equipe. Porque tudo foi novo aqui no município em relação ao CAPS... Então a equipe foi aos poucos se adaptando ao serviço. A gente não tinha pessoas com experiência na área. Então essa foi a nossa maior dificuldade. E isso se tornou realmente muito difícil. Dificultava ir para discutir os casos de pacientes, o manejo, acho que essa foi uma das maiores dificuldades e acredito que já foi superada por alguns da equipe multiprofissional, inclusive outros que não se adaptaram, saíram e foram para outras áreas. [...] Porque às vezes o profissional chega com formação, “sou psicólogo, e vou trabalhar no CAPSad!” E quando chega no serviço, ele não se adapta, não tem perfil para aquele serviço. Por exemplo, teve um profissional aqui no serviço que ele começou a trabalhar, foi inserido na equipe, nós o recebemos, passamos as instruções dos serviços, ele participou de reuniões, explicamos como era a demanda e toda dinâmica do serviço e posteriormente descobrimos que este profissional estava fazendo uso de entorpecentes no serviço. Então, veja só, eu cuido de pessoas que fazem uso, e eu [o profissional] estou fazendo uso [de entorpecentes] no serviço [...] (Coordenado 08).

> Uma das maiores dificuldades que eu tenho encontrado foi a falta de mão de obra qualificada. Essa indicação política não é uma seleção municipal, no máximo o que há é uma análise curricular, que nem sempre uma pós-graduação em Saúde mental vai ser avaliada para trabalhar no serviço. Porque às vezes se faz uma pós e nunca executou, nunca trabalhou na área dessa pós-graduação, então, muitas vezes se olha a experiência onde trabalhou onde desenvolveu, perguntas sobre o que é reforma psiquiátrica, sobre todo esse aparato de portarias e de todo esse histórico dessa luta antimanicomial, se tem identificação... se tem perfil realmente (Coordenador 06).

Em relação a estes entraves relatados pelo Coordenador 08, a solução encontrada foi inserir no processo seletivo do profissional a ser contratado uma avaliação sobre a experiência e o perfil do trabalhador realizada pelo psicólogo do serviço, como visto no relato abaixo:

> A gente percebe que seria necessário pelo menos uma avaliação, fazer uma entrevista com esses profissionais, nós sabemos que tem a questão política, as limitações políticas, e temos que trabalhar com aquele que chega no serviço, com as pessoas que realmente são remanejadas, encaminhadas para o serviço. [...] Mas teve um ponto positivo após algumas discussões, na última admissão que houve, o psicólogo daqui do CAPS foi convidado a fazer uma entrevista com o profissional. Então, isso pra mim já foi um grande avanço. Estamos sempre discutindo quanto coordenação na Secretaria, com o nosso coordenador de especialidades para tentar rever esse quadro, e estamos começando a colher. Então nós tivemos dois últimos agentes de ação social contratados que passaram por essa avaliação. O psicólogo daqui do serviço teve essa conversa, essa entrevista, repassou os achados das entrevistas para a Secretaria, e resolveram admiti-los no serviço. E assim já se percebe avanço (Coordenador 08).

Além disso, o Coordenador 06 traz como solução para esta forma de seleção por indicação política, que

> [...] Deveria ser como no setor privado faz, ou concurso, seria um estágio de 3 meses para ver se aquele(a) profissional está apto(a) ou tem perfil para trabalhar com saúde mental (Coordenador 06).

Quanto à falta de experiência profissional, o Coordenador 08 ratifica que em serviços com intervenções de maior complexidade não se pode esperar o profissional adquirir a experiência, precisa-se iniciar discussões com profissionais experientes.

> Em relação à experiência, sabemos que todo profissional quando sai da faculdade precisa ser testado pelo mercado de trabalho, e precisa de uma oportunidade, mas um serviço tão complexo como o CAPSad, eu acredito que deveria ter um mínimo de profissionais que além da formação tivessem experiência. Porque realmente tem casos que é bastante complexo, complexo para se discutir, não dá tempo de ter experiência para possuir essa visão. Então eu enxergo dessa forma, eu acredito que deveria ter formação, mas também perfil e um pouco de experiência, para que a gente consiga dar continuidade ao serviço, principalmente quando é um serviço novo (Coordenador 08).

No entanto, ambos os coordenadores que fazem críticas sobre a forma de contratação destes profissionais e trazem sugestões relevantes para mudanças do sistema atual, referem que precisa o profissional ter antes de tudo perfil, se identificar com a área de saúde mental e "vestir a camisa" para se dedicar e "querer" se atualizar.

> A dificuldade maior realmente é o profissional vestir a camisa de Saúde mental, ser dedicado, estudar frequentemente, se atualizar, ver os pormenores das portarias porque diariamente nós mudamos o acolhimento, como vai ser o acolhimento daquele paciente? Como vai ser o manejo?... Então de fato o que está faltando é a mão de obra qualificada, a educação permanente com certeza, mas a educação permanente ela não vai definir se esse profissional vai realmente agir com os procedimentos corretos, diante, tanto do matriciamento, como dos procedimentos diários do trabalho em si. Pois Saúde mental é uma missão (Coordenador 06).

O que o coordenador 06 está querendo dizer com este "vestir a camisa" e "ver os pormenores das portarias" é que existe além da afinidade com a área da saúde mental, um modelo de atenção à saúde pautada em princípios políticos que defendem ações de matriciamento a partir de uma clínica ampliada, acessível, territorial e psicossocial, de compartilhamento de responsabilidades e resolutividade em rede. São os princípios que condizem com a reforma psiquiátrica brasileira de base comunitária e modelo antimanicomial.

Mas, nem todo profissional defende esta política reformada. Alguns profissionais defendem o modelo psiquiátrico de assistência biomédica, medicamentosa, ambulatorial, e hospitalocêntrica, em que não se compatibiliza com as propostas do apoio matricial. Deste modo, um profissional que defende este modelo último não deveria ser contratado para trabalhar no desempenho de funções matriciais, pois não compreenderá a importância das pactuações necessárias à assistência integral.

Entretanto, quando se tem perfil para trabalhar com saúde mental, mas carece a experiência profissional e o município ainda assim o contrata, a gestão deve ao menos dar apoio pedagógico a este profissional. Investir na educação permanente, em busca de orientar este profissional ao exercício esperado de suas funções, seria algo indispensável à evolução do serviço.

> A gente questionou para ter capacitações, porque às vezes nas reuniões eu ficava um pouco perdida, então assim, não só eu como mais alguns parceiros da equipe também sentiram essa dificuldade no início... Não sabíamos o que realmente iríamos trabalhar, fomos aprendendo no dia a dia. E acredito que temos ainda muito a aprender, mas o que vier de novidade tenta-se abraçar para se fazer um bom trabalho (Coordenador 02).

> Em relação a minha dificuldade, eu iria colocar justamente isso, a formação permanente em relação aos profissionais, porque no caso eu também estou há 2 anos, querendo ou não é recente minha atuação especificamente no CAPS, na saúde mental. Eu tive um trabalho anteriormente em uma comunidade terapêutica, e tive algumas discussões e estudos relacionado à dependência química, a saúde mental, e as redes. [...] Existe também as dificuldades dos profissionais das UBS, como mudou tudo e é uma gestão nova, muitos profissionais não entendem como é essa forma de tratamento com pacientes com transtornos psiquiátricos, como deve se manejar, para quem encaminhar, quando encaminhar, então estamos tentando buscar capacitação para entender e ajudar também essas outras redes, esses outros setores (Coordenador 01).

> Como eu falei, está sendo tudo novo para mim. Eu estou solicitando à secretária de saúde uma capacitação tanto para mim como para os demais profissionais (Coordenador 05).

No relato do coordenador 01, ainda observo que mesmo para com aqueles que possuem alguma experiência em saúde mental, nem sempre esta experiência é adquirida em serviços CAPS, e ofertar uma formação adequada que oriente os profissionais a atuarem dentro do que se espera nas políticas públicas de saúde mental continua sendo um grande desafio.

Estes desafios são nitidamente identificados pelos coordenadores dos serviços entrevistados em relação ao processo de trabalho do matriciamento. Para a organização do SUS na gestão do trabalho, os profissionais precisam inicialmente compreender quais princípios devem ser considerados no dia-a-dia do trabalhador da saúde que realiza e que solicita o matriciamento em saúde mental.

Muitas sugestões foram apontadas por estes coordenadores/responsáveis participantes da pesquisa para implantar ou melhorar as ações de matriciamento em Alagoas (Tabela 14). Identifiquei entre as necessidades aquelas apontadas à gestão, e aquelas voltadas aos profissionais matriciadores. Para os primeiros sujeitos da análise, os mais evidenciados foram a necessidade de capacitações, treinamentos, educação continuada e educação permanente seguindo da necessidade de ampliação de serviços e equipes multiprofissionais, além da ampliação de recursos.

Observo que a necessidade de capacitações aparece duas vezes mais entre os profissionais dos ENASF-AP/ eMulti do que entre os profissionais do serviço especializado. Por isso, os dados traduzem mais matriciamentos em saúde mental realizados por serviços CAPS, do que por serviços de apoio à atenção primária. Pode-se compreender este fenômeno por duas direções: a) de quanto menos se realiza determinada ação menos experiência e segurança se adquire para o aperfeiçoamento de determinada atividade, b) quanto menos conhecimento o profissional possui para a realização do matriciamento, menos iniciativa e motivação terá para desempenhar tal função. Ou seja, independente da direção de análise, todas irão resultar na falta de segurança e habilidade do profissional para o desempenho adequado do trabalho, e a consequente recusa direta ou indireta para a realização da atividade.

O olhar do gestor ao contínuo treinamento das equipes em habilitá-las para matriciar é fundamental. Utilizar recursos da educação permanente de fato para investir neste trabalho de qualificação profissional, buscar parcerias com as universidades e centros de formação

fomentando pesquisas e incentivando o uso de novas tecnologias tem sido apontada como estratégias em alguns estudos (Chazan *et al.*, 2019; Farias, 2020; Oliveira, Campos, 2017; Silva, 2017; Nascimento *et al.*, 2022). No entanto, investir em formação sem investir na ampliação da rede de serviços, é o mesmo que "enxugar gelo", o problema nunca será solucionado, o gelo sempre estará molhado. Para ocorrer a articulação entre os serviços, a existência deles é crucial no emaranhado da rede. Como dar nós se não existe a linha ou a corda? O material que irá sofrer a ação de se transformar num nó, precisa minimamente existir. Por isso, mapear o que se tem; e criar, pactuar e incluir serviços inexistentes deve ser uma das primeiras medidas da gestão.

Na tabela 11 estas são as necessidades mais relevantes na identificação dos coordenadores/responsáveis pelo matriciamento. As demais, também são importantes, no entanto, são consequentes destas necessidades maiores. A resolutividade da falta de conhecimento, ampliação da rede e maiores investimentos de recursos financeiros para tal, levariam a sanar outras dificuldades menores, como articulação entre profissionais e uso de ferramentas facilitadoras do trabalho matricial.

Tabela 11 - Necessidades para implantar/melhorar ações de apoio matricial segundo os coordenadores da atenção primária e da saúde mental, Alagoas, 2023.

Necessidades para implantar/melhorar Ações de apoio matricial	Número de necessidades apontadas pelo Coordenador/ responsável pela Atenção Primária	%	Saúde Mental	%
Para a gestão	**89***	**100**	**76***	**100**
Capacitação/ Aperfeiçoamento/ Educação continuada	39	43,8	22	28,9
Definição de fluxos, protocolos e construção de normativas	5	5,6	6	7,9
Educação Permanente para sensibilizar profissionais principalmente da atenção primária à saúde mental	7	7,7	8	10,6
Fortalecimento da rede intersetorial	2	2,3	3	3,8
Incentivar, orientar e monitorar a prática do Apoio matricial/ Dar suporte com Apoio institucional	4	4,5	6	7,9
Melhorar assistência integral compartilhada através do PTS	5	5,6	4	5,3
Mais serviços CAPS e Centros de Acolhimento, e mais equipes multiprofissionais	11	12,4	2	2,6
Melhorar a articulação dos processos de trabalho/ disponibilidade de horários e de profissional	2	2,3	0	0,0
Melhorar a escuta e fortalecer a comunicação e vínculo entre equipes da atenção primária e saúde mental	6	6,7	4	5,3
Repasse de recursos (para aquisição de transporte, estrutura física e materiais de apoio)	2	2,3	10	13,2
Reuniões de planejamento e alinhamento com as equipes	5	5,6	5	6,6
Sensibilizar gestores	0	0,0	1	1,3
Utilizar outras ferramentas de apoio matricial (interconsulta, discussão de caso, consulta conjunta, visita compartilhada, grupos de saúde mental, troca de experiências em plataforma digital e outros)	1	1,2	4	5,3

Valorização salarial	0	0,0	1	1,3
Para o profissional de ENASF-AP, eMulti e CAPS	**84***	**100**	**84***	**100**
Afinidade com a Saúde Mental	0	0,0	1	1,2
Articular profissionais para sua realização	4	4,7	7	8,2
Atenção primária por em pratica as pactuações feitas pelos matriciadores e dar a importância devida	4	4,7	1	1,2
Compreender o apoio matricial e política de saúde mental com capacitações, treinamentos, educação continuada e permanente	43	51,2	44	52,4
Conhecer as normativas, o perfil e fluxo do serviço	2	2,4	5	6,0
Conhecer bem os usuários no que competem ao serviço prestado em seu nível de atenção	2	2,4	2	2,4
Conhecer o funcionamento da rede e em especial da RAPS	6	7,1	5	6,0
Elaborar um diagnóstico institucional/ Conhecer o território	1	1,2	3	3,6
Incentivo e melhores condições de trabalho, mais equipes multiprofissionais e recursos como transporte	3	3,6	2	2,4
Melhorar a escuta qualificada, ser comprometido e didático	3	3,6	4	4,7
Planejar ações, realizar PTS, interconsulta, discussão de casos, consulta conjunta, visita domiciliar conjunta, teleconsulta, genograma, ecomapa	8	9,5	6	7,1
Realizar reuniões periódicas com coordenadores	3	3,6	1	1,2
Reduzir estigmas sociais sobre SM a e motivar as ESF	2	2,4	1	1,2
Registrar as ações	0	0,0	2	2,4
Ter uma rede alternativa com equipamentos e parcerias	3	3,6	0	0,0
Média de respostas	**86,5***	**100**	**80***	**100**

**Números superiores ao quantitativo de participantes, pois houve coordenador que apontou mais de uma resposta*.

Nota: Os Coordenadores/responsáveis da Atenção primária responderam em relação aos profissionais do ENASF-AP e EMulti, e os Coordenadores/responsáveis da saúde mental em relação aos profissionais dos CAPS.
Fonte: Sistematização realizada pela autora.

Fonte: Sistematização realizada pela autora.

Quanto às necessidades apontadas aos profissionais dos serviços matriciadores, também não divergiram das apontadas para a gestão (Tabela 11), o que liderou no ranque foi a necessidade de compreender a lógica do apoio matricial e política de saúde mental com capacitações, treinamentos, educação continuada e educação permanente. Ou seja, a necessidade de formação tem sido mencionada em mais de 50% das respostas em ambos serviços. Seguindo a necessidade de fazer uso das ferramentas voltadas para o apoio matricial que também perpassa em aprender a usá-las, resumindo-se também no processo de formação, assim como conhecer a RAPS, suas normativas e fluxos para atuar de forma adequada.

Outras necessidades em menor proporção também foram apontadas como realizar reuniões periódicas, manter a articulação entre os serviços e motivar o profissional da atenção primária quanto à eficácia do matriciamento.

É importante destacar que para sensibilizar os profissionais da atenção primária, uma das soluções apontadas pelos coordenadores/responsáveis é o estímulo ao uso do Caderno da Atenção Básica n.º 34 como meio de fortalecer a compreensão da assistência em saúde mental

principalmente ao manejo medicamentoso e às intervenções psicossociais. Na construção de normativas, um dos coordenadores apontou a importância de instituir no município e quiçá no Estado um indicador, ou meta, relacionado ao apoio matricial em saúde mental à atenção primária, já que não constou como indicador no programa "Previne Brasil", que vigorou por alguns anos. Outro ponto também a ser destacado no rol de respostas como incentivo ao matriciamento foi o fortalecimento das ações na lógica antimanicomial, trazendo a relevância em ratificar as conquistas históricas e políticas da reforma psiquiátrica brasileira.

Nestas respostas, também observei o baixo índice dos apontamentos em relação a reuniões periódicas, organização e condições do processo de trabalho como necessidades para o desenvolvimento das ações de apoio matricial. Percebe-se ainda pouco conhecimento sobre a temática diante da insistente necessidade de capacitações.

Porém, os desafios para formar este profissional matriciador numa perspectiva diferente da tradicional, seria inicialmente aprender a produzir sentidos no processo de trabalho.

É necessário o profissional "produzir sentidos" na gestão do cuidado fundamental ao processo matricial, deve fazer sentido para o próprio trabalhador e para o outro, sujeito direto de seu trabalho. Muitos processos subjetivos, ou formas de trabalho podem suscitar sofrimento psíquico e levar o trabalhador ao adoecimento. Desde relações de trabalho desvalorizadas e opressoras até o fato de realizar uma intervenção que não esteja de acordo com os princípios da reforma psiquiátrica podem violar a identidade de um profissional, e gerar desconforto no fazer de sua profissão (Silva *et al.*, 2020; Nascimento, Trindade, Barreto, 2021).

Barros nos traz que a pressão sobre o trabalhador é um peso do qual não se tem escapatória. "A alternativa para o caso do não alcance dos objetivos e metas é, invariavelmente, o desemprego" (2019, p. 97), e ainda complementa, o resultado desta pressão é a contínua tensão, o medo e o adoecimento que resultam em síndrome de *burnout* e/ou assédio.

Além destas questões, ainda há algumas particularidades do trabalho em saúde mental do trabalho em saúde no geral, é que o primeiro deve estar pautado nos direcionamentos estabelecido pela Política Nacional de Saúde Mental, principalmente se este trabalhador estiver alocado em serviços públicos. Porém, sabe-se que alguns não se identificam com a área, e nem tampouco com as propostas de trabalho em serviços públicos substitutivos aos hospitais psiquiátricos (Silva *et al.*, 2020; Nascimento, Trindade, Barreto, 2021), o que acaba

intensificando seu sofrimento ao precisar trabalhar, na busca de manter seu sustento, neste mundo de incertezas e de empregos temporários instáveis.

Além disso, toda a conjuntura política que incita a acumulação do capital impacta nas condições de trabalho, nos sentimentos de (des)prazer do exercício da profissão e nas relações com o usuário dos serviços de saúde. Sensação de incompletude, de que o trabalho nunca é suficiente à garantia de necessidades básicas são constantemente alimentadas, quanto mais em relação à saciedade de seus desejos. Pois,

> Ao mesmo tempo, contudo, o capitalismo não deixou de estimular o Desejo nas pessoas. Ao contrário, com a televisão, internet, a ubiquidade do marketing, nunca o mundo esteve tão ao alcance da mão. Dupla frustração, porque, jamais, também, os Sujeitos obrigados a vender sua força de trabalho tiveram tão baixo valor de troca. Se bilhões apodrecem ou não em guetos, pouco importaria a dinâmica neoliberal. Em teoria isto, porque na prática o mundo dos excluídos se comunica e ameaça a festa dos incluídos. As contradições seguem existindo, apesar da força dos esquemas de segurança. Se, por um lado, nas Organizações, objetiva-se matar o Desejo com a redução dos trabalhadores a objetos; todo o mundo da comunicação, em contrapartida, produz Desejo. Estimula-se o desenvolvimento de necessidades, procurando deslocá-las, todas, para a esfera do consumo (Campos, 2013, p. 88-89).

A globalização desperta cotidianamente o interesse pelo consumo, e a falsa ideia de que se precisa sempre de algo, inclusive de mais emprego, ou salários melhores, e por isso a necessidade de vincular-se a várias fontes de renda para conseguir galgar aquelas condições financeiras desejadas, é a precarização do trabalhador, na falsa ideia da flexibilização dos vínculos.

O consumismo retroalimenta os interesses, e os interesses ligados ao capital são os que predominam. Mudanças globais da economia acentuaram valores do individualismo e do consumismo espelhadas em padrões norte-americano de sociedade de consumo em detrimento a valores de solidariedade, igualdade, e participação coletiva. Somado a isto em específico aos trabalhadores de saúde mental, ainda há a desqualificação de seus serviços por se compreender que são serviços mais simples, pois requer o uso em sua grande maioria de tecnologias leves, sem a necessidade de habilidades para o manuseio de equipamentos de alta complexidade tecnológica.

Enfim, todos estes desafios aqui discutidos, como os *déficits* na formação, a falta de experiência profissional, formas de contratos temporários, ausência de critérios nos processos de seleção dos profissionais, violação de direitos trabalhistas, não consideração de particularidades da mulher trabalhadora, o não investimento em educação permanente e a falta do perfil profissional para atuar em saúde mental são alguns dos diversos desafios a serem enfrentados na efetivação do matriciamento. E para isto, se requer muito compromisso,

articulações e mudanças políticas na organização administrativa do SUS, na cultura política e nas regulamentações normativas. Mas, para continuar nesta discussão, tratei de aprofundar na próxima subseção, como estes desafios se apresentam à implementação das ações matriciais.

4.3 Desafios na realização de ações matriciais nos municípios em Alagoas

Muitos são os desafios à prática matricial, já expostos em itens anteriores, especialmente sobre aqueles que envolvem processos e relações de trabalho dos quais foi possível verificar que, o contexto e as ações do sistema de saúde são determinantes às dificuldades e conquistas nas práticas de matriciamento. Dando prosseguimento à exposição dos resultados da pesquisa, abordei neste item algumas temáticas relativas ao desenvolvimento das ações matriciais.

As informações aqui debatidas foram provenientes da pesquisa de campo realizada com 120 profissionais responsáveis pela gestão da atenção primária e saúde mental na primeira fase da pesquisa, e 10 coordenadores de serviços ENASF-AP e CAPS na segunda fase, através de dados colhidos pelos questionários enviados e pelos relatos dos grupos focais. Para fundamentar a discussão o auxílio da pesquisa documental e bibliográfica foi essencial. É necessário ampliar o entendimento de que a organização do SUS não se restringe a normatizações políticas e administração dos serviços. Para a organização do SUS a gestão do processo de trabalho é tão importante quanto, à implementação do apoio matricial.

A discussão partirá da temática *4.3.1 Atividades de apoio matricial realizadas pelos municípios alagoanos: articulações, utilização de instrumentos e comunicação entre equipes*, nas quais abordo as atividades propriamente ditas na realização do matriciamento; seguindo para a temática *4.3.2 Caráter individual e coletivo das ações das equipes matriciadoras*, em que aprofundo a reflexão sobre a qualidade dos atendimentos na lógica matricial; depois continuo o debate sobre a importância dos registros no processo matricial na temática *4.3.3 Registros documentais das informações do matriciamento*. E por último na *4.3.4 Definição de fluxos para a efetivação do matriciamento e o acompanhamento das ações da equipe*, onde aprofundo a discussão da necessidade de definir o perfil de atendimento e a rede local de apoio durante reuniões com gestores, profissionais e usuários.

4.3.1 Atividades de apoio matricial realizadas pelos municípios alagoanos: articulações, utilização de instrumentos e comunicação entre equipes

Como na maioria[111] dos municípios os coordenadores/ responsáveis pela atenção primária não possuem, ou não conhecem as diretrizes normativas para o funcionamento das equipes matriciadoras, perguntei aos coordenadores/responsáveis de saúde mental, que possuem o maior número de matriciamentos relatados, como ocorriam as atividades de apoio matricial. Dos 53 coordenadores/responsáveis que responderam 43 descreveram como o fazem: 27,1% dos municípios que realizam o matriciamento dizem fazer planejamento e ações conjuntas no território e 18,5% dizem realizar reuniões com gestão e equipes. A seguir a tabela 12 descreve detalhadamente as atividades desempenhadas.

Tabela 12 - Atividades de apoio matricial realizadas pelos municípios alagoanos que possuem CAPS, Alagoas, 2023, n=43.

Atividades de apoio matricial	Número de municípios	%
Ações de Educação Permanente	4	4,3
Articulação com família e redes de apoio	3	3,3
Articulação intersetorial	9	9,8
Construção de PTS	6	6,5
Consulta conjunta/ interconsulta	3	3,4
Discussões de caso	10	10,9
Disponibilidade de transporte	4	4,3
Planejamento e ações conjuntas no território	25	27,1
Reuniões com gestão/ equipes	17	18,5
Visita domiciliar compartilhada entre CAPS/UBS	7	7,6
Outras (monitoramento de indicadores, demanda espontânea, contato telefônico, teleconsulta)	4	4,3
Total de atividades	**92***	**100**

**Números superiores ao quantitativo de municípios que possuem CAPS, pois houve coordenador que apontou mais de uma atividade de apoio matricial no mesmo município.*

Fonte: Sistematização realizada pela autora.

Na tabela 12 observamos que os instrumentos facilitadores à realização do matriciamento parecem pouco utilizados. De um percentual de 63,72%[112] dos municípios da amostra que dizem realizar o matriciamento, quando procuramos aprofundar as atividades realizadas em equipe, discussão de casos e construção de PTS, não chega a 18% das ações realizadas, etapas prioritárias entre as atividades matriciais, das quais deveriam ser o ponto de partida para todas. Dados muito distantes dos relatados por outras pesquisas, como a de Silva (2018) no estado de Santa Catarina que somente 23,4% das equipes NASF pesquisadas não realizam a construção do PTS. Também encontrei em outros estudos dados contrários aos de

[111]Enfatizamos que a palavra "maioria" não realizam o matriciamento, porque dos 67 coordenadores/responsáveis pela atenção primária, somente 30 relatam realizar alguma ação de matriciamento.

[112] Dados cartograficamente expressos na seção 3.2 desta tese.

Silva (2018) e semelhantes ao encontrado na nossa pesquisa, em Viana (2018) os municípios de Campinas (SP), Curitiba (PR) e Uberlândia (MG) apresentaram que 53%, 68% e 64% respectivamente dos profissionais matriciadores relataram conhecer pouco sobre PTS.

Neste sentido, estudos têm tecido críticas ao modo como vem sendo realizado o PTS. Num estudo realizado em Alagoas, Silva diz que "fixar o matriciamento apenas em instrumentos ou técnicas como reuniões ou discussões de casos, construção de PTS [...] não fornece a garantia que a equipe está realizando o apoio matricial" (2017, p.111). Segundo a autora do estudo "Não são os aspectos técnicos que irão aprimorar as práticas, mas é na formação ampliada que as práticas serão aprimoradas" (Silva, 2017, p. 111). As técnicas são importantes, porém não são elas que dizem de fato se o matriciamento está ocorrendo, o que define o matriciamento é a resolutividade dada ao caso diante da necessária articulação dos envolvidos.

Deste modo, tendo em vista a singularidade do cuidado, ainda há muitas limitações na utilização das ferramentas, as diversas ações deveriam ocorrer em todos os municípios que o matriciamento estar implantado. Entretanto, parece que as ações são minimamente realizadas e pouco articuladas entre seus componentes, sejam entre os trabalhadores, ou entre os serviços. Noto um pequeno avanço no uso destas ferramentas, a partir das mudanças conjunturais de ordem sanitária advindas da pandemia da COVID-19, no entanto, ainda de forma tímida.

Se o uso de alguns instrumentos já eram impedimentos para a realização do matriciamento por inabilidade em pô-los em prática, imagine realizar algumas ações que antes dependiam exclusivamente de momentos presenciais e passam a ser realizadas a distância, e com diversos cuidados. A introdução das tecnologias foi desafiante para muitos dos profissionais durante a pandemia, mas trouxe inovação ao processo matricial,

> Pós-pandemia foi uma renovação, a gente ficou um pouquinho perdido mesmo pela questão das mudanças. Com a pandemia, muita coisa presencial teve que ter adaptação. Da questão do online,... Teve muita adaptação... A forma online que muitas pessoas tinham dificuldades... Teve que abrir outros horizontes (Coordenador 09).

Mas, apesar destes recursos metodologicos à distância terem sido introduzidos ao processo de trabalho dos profissionais colaborando com a realização de algumas ações, estes não supriram a evidente necessidade de reuniões e discussão de casos.

Nos espaços destinados às reuniões e discussão de casos complexos ocorrem as trocas de conhecimento, de ideias e de vivências possibilitando novas intervenções que elucidam

muitas vezes diagnósticos e colaboram com a elaboração do PTS, com reflexões sobre o trabalho articulado e com a distribuição de responsabilidades (Dal'Bosco, Fadel, 2024). Quando estas atividades não ocorrem impossibilitam as demais. É a partir do caso que busca-se a rede para solucioná-lo, se o caso não é detectado nos serviços, seja ele coletivo, ou individual, como ocorrerá uma força tarefa que envolve vários profissionais para ajudar a resolvê-lo? Deste modo, entendo que ampliar a visão do profissional para a identificação destes casos pode ser o primeiro passo, para que os princípios da integralidade e acessibilidade sejam de fato alcançados.

Em Alagoas os profissionais parecem fazer pouco uso de algumas ferramentas que também são indicadas no processo matricial, como a consulta conjunta (3,4%) e a visita domiciliar compartilhada (7,6%). Diferentemente do que ocorre em alguns municípios do Estado do Paraná, em que um dos instrumentos utilizados no Matriciamento com frequência (32,8%) é a Consulta conjunta, caracterizada como meio de reunir profissionais na discussão de casos (Dal'Bosco, Fadel, 2024). Também não há nenhuma menção ao uso de ecomapas e genogramas[113], o que gera tamanha discrepância ao seu uso em outros estudos, mesmo o Ecomapa sendo relatado recentemente por Dal'Bosco e Fadel (2024) como o instrumento menos utilizado nas ações matriciais e desconhecido por muitos profissionais.

Os profissionais dos municípios alagoanos não têm apontado a questão do transporte como um dos maiores problemas na atuação matricial segundo a tabela 12 e o relato abaixo:

> Temos dificuldades? Temos! Antes era a questão de carro para a gente levar os usuários para o médico, outras terapias, mas já resolvemos. Temos um carro à nossa disposição. Mas são as dificuldades a nível nacional. (Coordenador 07).

Neste relato o coordenador cita a indisponibilidade do transporte à realização das visitas *in loco* no matriciamento como um desafio. Mas aponta que o desafio maior a ser enfrentado é a questão estrutural. Quando se tem o transporte, mas as estradas não colaboram, e o acesso também se torna difícil para a realização de uma ação, seja no domicílio quando a equipe precisa chegar nesta residência; seja na unidade de saúde, quando este usuário precisa se locomover até olocal do atendimento.

[113] O Ecomapa representa de forma didática os relacionamentos entre indivíduo e membros da família com os outros sistemas: tanto no círculo familiar, quanto no meio externo que vivem, sendo possível compactar grande quantidade de informações obtidas na entrevista e/ou na anamnese durante a consulta, a fim de facilitar e identificar as falhas e traçar planos de tratamento (Dal'Bosco, Fadel; 2024). Já o genograma é a representação visual da família minimamente em três gerações, é uma espécie de árvore genealógica da família nuclear e extensa representada por símbolos e traços de ligação.

> Outra dificuldade que a gente tem é a questão da zona rural. Nas unidades da zona rural, o usuário às vezes mora muito longe, às vezes não tem transporte para ir à unidade para ter esse momento, e quando não é isso, em tempo de chuva (tempo de inverno), as estradas não ajudam, porque o transporte não tem acesso. Então a gente tem essas dificuldades... Na zona rural por ser muito longe o usuário não consegue ir à unidade (Coordenador 03).

> Posso dizer que demos uma parada por conta da chuva do ano passado. Não tinha como a zona rural receber estas atividades, e dar o acompanhamento. Então a gente parou, e estamos retornando agora o Hiperdia na comunidade... Para trabalhar atividade física (Coordenador 04).

Aqui observo outro ponto que impacta no processo de trabalho, a acessibilidade ao serviço, principalmente em um estado, como o de Alagoas, formado em sua grande maioria por municípios de pequeno porte com a presença de zonas rurais distantes e estradas inexistentes ou inadequadas. Como então realizar visitas *in loco*, em áreas que não estão acessíveis? Além disso, há estímulos financeiros ao profissional para ir até o local correndo risco durante o deslocamento, como a garantia de direitos à insalubridade, por exemplo? São estas e outras condições que impactam em direitos trabalhistas suprimidos.

Também foi apontado como desafios a serem enfrentados no processo de trabalho do matriciador, agora não mais de caráter conjuntural, mas pessoal; é a personalidade dos profissionais dos serviços. O manejo em lidar com as diferentes personalidades, e formas de trabalho que cada coordenador estabelece no seu exercício profissional.

> Tem alguns profissionais difíceis de lidar. Mas tem outros que são maleáveis, compreendem e me ajudam. Tem NASF com suas particularidades [...] totalmente diferentes... as pessoas, a demanda... principalmente, a demanda [...] Às vezes as pessoas não sabem lidar com a ‘coordenadora 02’ pessoa e a profissional, e confunde muito. Tento fazer um cronograma mensal de reuniões (Coordenador 02).

Diante disto percebemos que um grande desafio, se não o maior, na realização das ações matriciais apontadas em todo estudo são aquelas que envolvem a articulação entre pessoas, e aqui em especial entre as equipes. Ao perguntar separadamente aos coordenadores/responsáveis da atenção primária sobre a comunicação entre as equipes, observa-se uma grande diferença na comunicação, quando esta só ocorre em 56,7% das ENASF-AP/ eMulti com os CAPS, ao comparar-se com os 91% ocorrida entre as ENASF-AP/eMulti com as eSF/eAP. Nesta análise a comunicação relatada pelos coordenadores/ responsáveis pela atenção primária se torna mais eficaz entre as ENASF-AP/ eMulti do que entre as equipes CAPS. A falta de comunicação também está muito presente entre as equipes, que podem interferir no processo de apoio matricial, onde se observa na tabela 13 a seguir.

Tabela 13 - Nível de comunicação entre ENASF-AP/ eMulti com CAPS e com eSF/eAP nos municípios alagoanos, Alagoas, 2023, n=67.

Comunicação presente	entre ENASF-AP/ eMulti com CAPS	%	entre ENASF-AP/ eMulti com eSF/eAP	%
Sim	38	56,7	61	91,0
Não	24	35,8	4	6,0
Não sabe informar	5	7,5	2	3,0
Total de coordenadores da atenção primária	**67**	**100**	**67**	**100**

Fonte: Sistematização realizada pela autora.

Busquei aprofundar este nível de comunicação e articulação entre os serviços na fase II da pesquisa, e o Coordenador 08 detalhou como a articulação entre os serviços são realizadas.

> Como é que ocorre aqui no município [B]? Uma UBS entrou em contato com o CAPS, [porque acompanhava] um paciente que fazia o uso de álcool e drogas e não sabiam o que fazer. Aí nós articulamos de ir até a UBS, o agente de saúde fala um pouco da experiência dele nas visitas domiciliares... e nós juntamente com o médico e enfermeiro da UBS começamos a discutir o caso e dividirmos as responsabilidades. O que o CAPS pode oferecer para esse paciente? Se esse paciente for admitido no serviço, após alta, o que esse serviço deve fazer? Qual o papel da UBS, do médico, do enfermeiro, do agente de saúde no acompanhamento desse paciente? [...] E começamos a dar resposta ao caso. Então esse paciente passou um período aqui conosco, começou a medicação e depois quando recebeu alta retornou para a UBS, ficou do agente de saúde acompanhar a parte medicamentosa e nos acionar se ele necessitasse do serviço. [...] Não perdemos este vínculo: atenção básica - CAPSad - e família. Então é basicamente isso, discutir, dividir as responsabilidades e acompanhar o usuário de forma contínua, sem perdê-lo de vista. Nem pela atenção básica que está mais próximo, nem pelo CAPSad por meio da equipe multiprofissional que sempre é acionada pela atenção básica, rediscutindo o caso se necessário (Coordenador 08).

No entanto, nem sempre acontece assim. Ainda encontramos muitas dificuldades nesta articulação, principalmente na comunicação entre as equipes de serviços distintos ou entre seus coordenadores. O coordenador 03 queixa-se dos profissionais das unidades de atenção básica que não fazem articulações com as ações desenvolvidas pelas ENASF-AP, já o Coordenador 10 a dificuldade de articulação com outros coordenadores, e o coordenador 08 ratifica a importância de se ter um cronograma definido de reuniões com as equipes de atenção primária.

> Uma das dificuldades em relação aos grupos, é que alguns profissionais não fazem essa parceria, então fica complicado, porque a gente solicita para juntar e ter um

> momento com os usuários,[mas] às vezes não o comunica, e quando a gente chega o usuário não está (Coordenador 03).
>
> Infelizmente a gente se depara em alguns momentos com alguns profissionais que não tem essa abertura... nem todas as coordenações a gente consegue ter essa abertura. Às vezes a gente tem, mas quando tem não conseguimos dar continuidade àquilo que foi dito. A gente faz uma reunião e pontua algumas coisas, mas não sai da reunião, em algumas situações a gente infelizmente se depara com isso (Coordenador 10).
>
> Ainda sinto que precisamos aproximar mais o CAPS da atenção básica... Ainda continuam um pouco distantes. Geralmente quando discutimos algum problema relacionado ao CAPS, o acesso é rápido, mas deve ter esse cronograma com datas pré-definidas para realizar as reuniões, nós precisamos chegar nesse nível. Ainda estou sentindo a necessidade de marcar essas reuniões periódicas que envolvam toda a equipe. Que ela possa sentar e colocar sua opinião em relação ao serviço. [...] Porque os enfermeiros alegam que sempre estão ocupados na hora das discussões, nem sempre estão disponíveis devido às várias atividades que desenvolvem no seu cotidiano (Coordenador 08).

Estes desafios de comunicação se intensificam quando no processo matricial exigem-se articulações intersetoriais, ou seja, quando em alguns momentos, a comunicação ultrapassa os serviços de saúde como relatam os coordenadores abaixo:

> Também apoiamos outras redes, da educação, até a secretaria de agricultura, enfim, damos apoio a todo município. (Coordenador 04)
>
> Temos contato com o CRAS, com o CREAS, com a Secretaria de Cultura, onde recentemente nós tivemos a liberação de algumas carteirinhas (um reconhecimento a nível nacional) de artesão, tem alguns usuários nossos que faz alguns trabalhos belíssimos, inclusive a gente vai fazer uma exposição na próxima terça-feira com quadros belíssimos. A gente tem contato com a Secretaria de assistência social para ver a questão dos auxílios. Agora eu sinto a maior dificuldade mesmo do serviço no contato com instituições que possam estar gerando emprego e renda. [...] Sentimos essa necessidade de ampliar ainda mais com outras instituições esse trabalho em prol da geração de emprego e renda (Coordenador 08).

Um ponto a ser levado para a discussão com a gestão, é como incentivar no município programas para a geração de empregos que articulem acompanhamento à saúde e trabalho, através do matriciamento estas conversas podem ser estimuladas e políticas locais de emprego e geração de renda podem ser construídas a partir destas discussões. Ainda há muitas articulações que deveriam ser feitas entre estes serviços de reabilitação em relação à autonomia financeira dos usuários destes serviços. Situações que ocorrem não somente em Alagoas, em um estudo realizado no município de São Paulo também se identificou pouca articulação entre os setores e os profissionais, revelando que os profissionais que ali trabalham nem ao menos conhecem a função de alguns equipamentos sociais de seu município (Oliveira *et al.*, 2021).

Outros coordenadores complementam que o apoio matricial acontece através de reuniões, discussão de casos, compartilhamento de informações e visitas quando solicitadas pelas equipes de atenção primária:

> O CAPS dá um apoio a partir de reuniões, informações compartilhadas, visitas domiciliares, quando são solicitadas. [...] Entendendo que o indivíduo necessita de intervenções nos seus diferentes contextos (Coordenador 01).
>
> Os que solicitam o apoio matricial, a gente faz muita discussão de caso com o médico e enfermeiro (Coordenador 02).
>
> Sempre temos reuniões com os enfermeiros, com os agentes de saúde para poder manter esse fluxo dos usuários. [...] Os nossos atendimentos acontecem através dos agentes, médicos, enfermeiros que fazem os encaminhamentos e nossa equipe recebe. Fazemos visitas domiciliares e também atendimento nas unidades com nutricionista, psicólogo, fisioterapeuta. E trabalhamos em cima dos atendimentos, visitas, os grupos, e as ações educativas todos os meses, não só nas unidades, mas na Secretaria e em outros setores, até na rua mesmo fazemos essas campanhas (Coordenador 03).

O coordenador 03 no depoimento acima, expõe alguns elementos que merecem destaque além da questão dos encaminhamentos, que serão discutidos detalhadamente mais adiante, o atendimento especializado não fica evidente se ocorre de forma compartilhada, entre profissionais, ou se é realizado de forma fragmentada, em que cada profissional intervém sem articulações diretas ou discussões profundas sobre a resolutividade do caso com as equipes.

Ainda sob o relato do coordenador 03, observamos a realização de ações educativas mensais enfatizando-se a periodicidade com que essas ações acontecem. No entanto, nas falas destes coordenadores, principalmente dos ENASF-AP, o matriciamento e todas as ações que fazem parte do contexto do serviço parecem estar mescladas, diferentemente dos relatos trazidos pelos coordenadores dos CAPS.

De fato, é nítida através das portarias a essência de cada serviço, enquanto no CAPS o apoio matricial é uma das atividades que o CAPS deve realizar, ela não se restringe à única. Diferentemente das descritas para a realização do ENASF-AP/eMulti, em que o matriciamento torna-se praticamente uma lógica essencial ao trabalho articulado para com a atenção primária. Mas que atividades propriamente ditas devem ser mais estimuladas por cada serviço? Somente atividades coletivas podem ser realizadas no matriciamento? Na temática seguinte aprofundarei estas questões.

4.3.2 Caráter individual e coletivo de ações das equipes matriciadoras

A incidência de ações de caráter individual nas atividades desempenhadas pelas equipes matriciadoras, é algo que merece aprofundamento no debate, principalmente quando há críticas no processo matricial em priorizar ações individuais frente às ações coletivas.

Segundo documentos instrutivos ministeriais, já comentados em seções anteriores desta tese, em 2017 foram estabelecidos indicadores do PMAQ-AB para o NASF, entre eles: a) a média de atendimentos individuais ou domiciliares registrados por profissional do NASF e, b) a média de atendimentos compartilhados ou em grupo realizado por eles. Aqui se percebe uma tamanha discrepância nos índices a serem alcançados, há maiores estímulos aos atendimentos individuais, na lógica fragmentada e disciplinar, contrariando a lógica matricial. No PMAQ-AB a meta estabelecida para cada profissional por mês era de: 50 atendimentos individuais e 12 domiciliares. Já os atendimentos compartilhados entre os profissionais da eSF e ENASF-AP no território deveriam atingir o parâmetro de: 12 por profissional ao mês, enquanto os atendimentos em grupo de 8 ao mês (Brasil, 2017a).

Como modificar os índices de atendimento compartilhados se a própria normativa privilegia atendimentos individualizados? Torna-se confuso a quebra de paradigmas e a incorporação de trabalhos coletivos, quando em um serviço de apoio pensado para atuar na coletividade, passa a incorporar outras funções individuais, até para suprir a carência de serviços que executem estas funções. Será que caberia ao ENASF-AP esta função de atendimentos clínicos individualizados de forma prioritária, já que foram estabelecidos 50 individualizados no ambulatório, mais 12 visitas (ou seja, 62 atendimentos individualizados), para 20 ações coletivas distribuídos em 12 atendimentos compartilhados e 8 grupos? Esta proporção 62 para 20 não aponta prioridades para atendimento individualizado do que de ordem compartilhada?

Aprofundarei esta reflexão! Se estas funções forem distibuidas na rotina de trabalho, os profissionais com carga horária de 20 ou 30 horas semanais, minimamente teriam que destinar dois turnos para atendimentos ambulatoriais individualizados e dois para visitas domiciliares, ou seja, só sobraria um turno para todas as ações coletivas, o que justifica os dados não destacarem atendimentos conjuntos. Seria humanamente impossível realizar tantas ações de qualidade em saúde mental (já que esta área exige maior tempo de atendimento nas consultas, para favorecer a construção de vínculo) em tão curto espaço de tempo. Nestas horas restantes a equipe precisaria definir que ação seria prioritária se um grupo, se uma reunião, se uma interconsulta, ou se uma articulação intersetorial.

Observo que apesar destas normativas estabelecidas para os ENASF-AP em anos anteriores estarem sofrendo gradualmente mudanças, as adaptações às novas equipes nomeadas como eMulti surgem para incentivar mais as ações coletivas, porém ainda se mantém por ordem prioritária na primeira linha da normativa, os atendimentos individuais:

> EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS NA APS - ASPECTOS CONCEITUAIS [...]
> São ações prioritárias:
> I - o atendimento individual, em grupo e domiciliar;
> II - as atividades coletivas;
> III - o apoio matricial;
> IV - as discussões de casos;
> V - o atendimento compartilhado entre profissionais e equipes;
> VI - a oferta de ações de saúde à distância;
> VII - a construção conjunta de projetos terapêuticos e intervenções no território; e
> VIII - as práticas intersetoriais.
>
> (Brasil, 2023b, p.13).

E mesmo incentivando ações individuais, nota-se um grande esforço nesta nova portaria de normativas para incorporar ações de caráter mais abrangente e resolutivo, que incentiva o trabalho interdisciplinar e de aspectos territoriais, coletivos, integrador, preventivo, de promoção à saúde, de vigilância e de formação (Bispo Jr., Almeida, 2023).

Na portaria 635/2023 e nesta nota técnica n.º 10/2023 já se percebe grande mudança ao sinalizar indicadores para o pagamento por desempenho das eMulti observando-se: o percentual de solicitações respondidas pelas mesmas em 72 horas, a satisfação da pessoa atendida pela equipe, a resolução das ações interprofissionais, a quantidade de ações realizadas, e o percentual de atendimentos remotos mediados por tecnologia de informação e comunicação (TIC) realizadas (para equipes que aderiram ao Telessaúde) mensuradas a partir de janeiro de 2024 (Brasil, 2024a). Estes indicadores já trazem mudanças de percepção, de desempenho não voltado unicamente ao quantitativo de atendimentos, mas que considera a qualidade deste e o impacto do seu resultado.

O incentivo financeiro torna-se um grande potencial para as mudanças na lógica de assistência à saúde pautada em princípios para além de atendimento médico fragmentado, quando baseado no desempenho concede mudanças na atuação dos profissionais voltada a satisfação da pessoa cuidada, isto sinaliza a necessidade de formação profissional contínua e formação de agendas conjuntas de trabalho (Bispo Jr., Almeida, 2023).

Questão muito presente na publicação desta nova portaria 635/2023 é a importância do trabalho multiprofissional e interdisciplinar. A ampla diversidade de profissionais nestas equipes,“é possível a atuação de 12 profissões de diferentes áreas do conhecimento, como

aspecto inovador, 11 especialidades médicas também podem integrar as eMulti. Tal espectro fortalece o propósito de interprofissionalidade na APS" (Bispo Jr, Almeida, 2023, p.03).

Esta nota técnica 10/2023 ratifica que a organização dos processos de trabalho da eMulti tem como foco o território sob sua responsabilidade, mas não se restringindo a ele, e deve ser estruturada para fornecer o atendimento individual, compartilhado, em grupo e interdisciplinar, com troca de saberes, práticas de educação continuada e permanente, com co-responsabilidades entre equipes para atender toda demanda (Brasil, 2023d).

No entanto, mantêm-se contradições no aspecto orientador das ações. Definições ambíguas, que se não forem corrigidas continuarão a ser reproduzidas de forma inadequada.

> Não está clara na proposta qual ênfase se espera das eMulti, como deve se estruturar o processo de trabalho e como serão os fluxos e as pactuações com as equipes de APS. Assim, consideramos que, similarmente ao NASF, as novas equipes multiprofissionais carecem de uma identidade quanto ao seu espaço institucional e às atribuições no âmbito da APS. Desde a gênese do NASF, persistem ambiguidades relacionadas às concepções e práticas das equipes multiprofissionais. Bispo Júnior & Moreira destacam existir dicotomia entre atividades individuais/curativas vs. grupais/promocionais no trabalho dos núcleos. Almeida & Medina ressaltam que as normativas oficiais do NASF, ao elencar um conjunto de funções sem definir as atividades a serem desempenhadas, incorrem na falta de clareza sobre os resultados esperados. Tais indefinições operacionais se repetem na portaria da eMulti e podem comprometer o propósito de ampliação da resolubilidade (Bispo Jr., Almeida, 2023).

É importante definições transparentes, para não incorrer na eMulti as mesmas distorções interpretativas que ocorreram com o ENASF-AP.

Ações definidas baseadas em calendários nacionais podem ser contraditórias, pois, ao mesmo tempo em que estimula ações apontadas como prioritárias, poderá também ofuscar uma realidade local diferente daquela estimada. É importante analisar se, naquele contexto local, campanhas gerais serão de fato impactantes e trazem resolutividade às singularidades. Deste mesmo modo, no estabelecimento de atuações mínimas é fundamental explicitar o que deverão compor estas ações. Definir quantitativos sem explicar critérios para seu alcance se torna incompreensível aos profissionais, ou geram ao menos interpretações distorcidas, inclusive não compatíveis à lógica proposta da singularidade, integralidade e resolutividade.

Vejamos esta situação quando coordenadores relataram que algumas ações coletivas estão pautadas nas orientações, não muito transparentes, do Ministério da Saúde de realizar 12 matriciamentos ao ano.

> Então, na nossa produção, em nossos procedimentos, temos que realizar no mínimo 12 matriciamentos ao ano. Geralmente ultrapassamos. O que aconteceu esse ano foi o seguinte, com o CAPS, diante das campanhas que existem na Secretaria de saúde,

> nas unidades básicas, nós estamos indo às unidades Básicas, agendamos para discussões nesse momento, após palestra, roda de conversa da temática da campanha do mês (tipo Maio alguma coisa...), nós agendamos com o diretor da unidade básica e nesse momento realizamos o matriciamento, [procura-se saber] o que ocorreu [naquele serviço] (Coordenador 06).
>
> É, oferecemos muitas ações educativas nas unidades, todos os meses, trabalhamos com o calendário do Ministério (cada mês é uma cor). E trabalhamos esse tema junto com grupos, fazemos palestras (Coordenador 03).
>
> Já com os grupos terapêuticos e as ações, a gente segue o cronograma do Ministério realizando as ações mensalmente em cada UBS, dependendo da cor do tema que é proposto pelo Ministério (Coordenador 02).

No município D o coordenador 04 de um serviço ENASF-AP fala que realiza um matriciamento anual, fazendo-me compreender sua percepção do apoio matricial como um planejamento anual necessário para a formulação das ações e para a elaboração de um cronograma.

> Aqui, no meu município [D], a gente faz um matriciamento anual. No início do ano, reunimos as 7 unidades de saúde aqui do município, e fazemos o matriciamento. Fazemos o levantamento para ver as dificuldades que eles [os profissionais] têm com os usuários de sua determinada área, e repassam para a gente. E aí em cima disso, a gente traça um cronograma e vai trabalhar com esse usuário. Eles relatam muitos casos de pessoas com hipertensão, diabetes, entre outros... Daí elaboramos um cronograma, uma ação, um projeto, enfim, fazemos a visita na casa de cada usuário. E com o pessoal do CAPS também fazemos esse matriciamento. Criamos nosso próprio matriciamento, uma ficha. Vamos lá, e eles vão responder [...] nessa ficha. Em cima disso traçamos nossas ações. É um trabalho bem bacana, em que enfermeiros, médicos são bem ativos com a gente. Sempre participam, sempre estão juntos... Tem uma palestra, uma sala de espera, uma roda de conversa, os enfermeiros, os agentes de saúde, os médicos, estão sempre participando com a gente (Coordenador 04).

Percebo nesta fala que a discussão de casos clínicos individualizados entre equipes parece ser ações pontuais diante das ações coletivas planejadas, como, por exemplo, a realização de intervenções grupais, salas de espera e rodas de conversas.

Muitos dos grupos realizados acabam se relacionando até mesmo a grupos existentes aos programas exigidos pelo ministério da saúde com ações voltadas a hipertensos, diabéticos, gestantes, obesos e em alguns momentos a saúde dos trabalhadores.

> Trabalhamos também com grupos de hipertensos, diabéticos, gestantes e agora o obeso. E também tem esse projeto aqui, cuidando de quem cuida, que é o nosso psicólogo que está fazendo esse momento nos setores da saúde. Trabalhamos sempre em parceria com as unidades básicas (Coordenador 03).
>
> Conseguimos formar um grupo no CAPS para participar uma vez por semana da academia da saúde. Só que a gente sentiu que durante esse matriciamento tem uma colega daqui que falou da questão de diabetes, hipertensos (são muitos que a gente

> tem no município) [...], e como tinha o projeto Hiperdia na comunidade a gente montou em cada UBS uma equipe para trabalhar a parte física com educação física lá. Tivemos um bom resultado, com tudo protocolado, fizemos a avaliação junto com a equipe médica, enfermeiro, nutricionista, psicólogo, fisioterapeuta (Coordenador 04).

As ações coletivas acabam seguindo um calendário pré-existente de ações estabelecidas pelo Ministério da Saúde atreladas a programas, que podem ou não coincidir com a realidade local. Por isso a necessidade de se deixar evidente nas normativas federais, estaduais e municipais, quando estas atividades serão classificadas e registradas como ações matriciais. Não podemos considerar toda ação como apoio matricial, algumas delas deverão ser identificadas como ações da atenção primária, mas que não serão necessariamente classificadas como matriciamento. Que ações então deverão ser ações matriciais? O que de fato é preciso considerar para que sejam classificadas como atividade matricial?

Talvez a resposta para estas perguntas esteja em definições classificadas pelos profissionais do município (profissionais que vivenciam a realidade local) baseado nos princípios de entendimento Federal e Estadual. Expor situações que não gerem dúvidas de que são ações matriciais é o primeiro passo.

Observo no estudo que muitos profissionais partem das necessidades territoriais para traçarem seu plano de ação. Quando se referem a atividade de grupo que realizam, alguns coordenadores relataram que a formação desses grupos ocorre a partir das necessidades do território, a partir dos riscos e levantamento das vulnerabilidades da população atendida,

> Em relação ao grupo, a gente vai a cada unidade e pergunta qual a demanda maior, por exemplo, tem unidades que dizem: “Olha aqui é mais gravidez na adolescência”, “Aqui é mais paciente com CA”, aí a gente forma os grupos. Tem o grupo vida (que são os pacientes da oncologia que já superaram e os que ainda estão em tratamento), tem um grupo de cuidadores (que iniciou em 2015 como grupo das mães de crianças com algum tipo de deficiência, só que vimos a necessidade de que não eram só mães, tinha um filho que cuidava da mãe, e então a gente mudou a nomenclatura para grupo de cuidadores). E estamos sempre trazendo palestras, escuta, fornecemos lanches [...] (Coordenador 09).
>
> Enquanto CAPS tem um projeto voltado para os cuidadores, mas no caso seria os familiares dos usuários (Coordenador 10).
>
> Em relação à população, nós fizemos um trabalho sobre a prevenção do suicídio nas escolas, que surtiu bastante efeito (Coordenador 08).

Assim, quando estes grupos serão de fato considerados ações matriciais? Será que os profissionais se perguntam isto, ao considerar essas ações como matriciamento? A realização de grupos inovadores com uso de práticas integrativas e complementares, como observa-se nos relatos, são de fato ações matriciadoras?

> Nós temos grupos terapêuticos de hipertenso, de pilates, de ventosa, de auriculoterapia, então é proposto desse jeito para os comunitários (Coordenador 02).

> A gente vê a demanda de cada atenção básica, por exemplo: do cuidador, teve um projeto aqui, com os agentes de saúde, que teve essa abordagem do cuidado para com eles, e não tem esse serviço como Cerest, não! Mas a gente vê a necessidade como um todo... as queixas. Eu queria fazer um projeto ergonômico, porque a gente chega nos setores, e um reclama de dor na cervical, outro de dor na lombar... Daí eu queria muito ver esse projeto, mas é muito específico (Coordenador 09).

Não estou afirmando que estas ações não são matriciadoras, porém não consigo de fato classificá-las como tal. Pois o que de fato a classifica? Seria ter partido das necessidades observadas no local? Mas será que todos os profissionais de saúde não deverão ter em mente suas ações partindo desta prerrogativa, das "necessidades"? Se assim o for, não seria isto que deveria definir o matriciamento. Seria o esforço coletivo de profissionais para ofertar melhoramentos naquela determinada situação? Voltemos a imaginar: Somente formar um grupo para exercício postural iria resolver a situação? Ou, para matriciar não precisaria além deste exercício postural, verificar a mobília que o profissional usa, se o profissional tem alguma situação de saúde que o impeça de exercer determinada função, se haveria outro colega que pudesse fornecer algum cuidado específico, se o serviço dispõe de algum momento para descanso, e se pararam para pensar todo o processo de trabalho que provoca a dor lombar. O que de fato caracterizaria a ação como matricial?

Percebo esta preocupação constante com o trabalhador nas ações expressas pelos coordenadores sobre atividades matriciais. Muitos serviços matriciadores formam grupos durante as ações do matriciamento para trabalhar a saúde do trabalhador, tendo em vista a maioria dos municípios participantes desta etapa da pesquisa não possuírem um setor responsável pela saúde ocupacional dos profissionais,

> Iniciamos a mais ou menos uns 15 dias a questão da psicóloga... Tinha essa necessidade. A gente chegava às unidades, e vinha um profissional: "Oh mulher eu queria ir lá conversar com você, mas não estou tendo tempo...". Aí vimos essa necessidade, ela [a psicóloga] está indo a mais ou menos um mês em um horário em cada unidade para fazer esse atendimento de acordo com a necessidade mesmo. E na pandemia, nós fizemos esse trabalho mesmo, estava todo mundo muito tenso, muito preocupado, sobrecarregado, e aí nós abrimos o serviço até o período da noite para fazer o atendimento com esse público. Mas ele realmente não está sendo preventivo como um todo. A gente vê a necessidade isolada, vai lá e faz com aqueles grupos (Coordenador 09).

> Lá no município C, a gente não tem especificamente um serviço, ou local que trabalhe com 'cuidando dos cuidadores'. Pelo que eu percebo é muito da iniciativa de cada serviço. [...] A gente também já fez um projeto na época da pandemia voltado para os profissionais, e atualmente na equipe multiprofissional do CAPS [...]. Aí o psicólogo vai a cada unidade, em cada serviço, e está fazendo esse

> trabalho. Mas, eu vejo que é mais de iniciativa de cada serviço do que realmente da Secretaria como um todo (Coordenador 10).

Cuidar do trabalhador de saúde de uma unidade de forma pontual, não garante que a equipe esteja desempenhando uma ação matricial. É necessário analisar se os profissionais compartilham a situação buscando resolvê-la de forma conjunta. Para resolver tal problemática como ação matricial, primeiramente a resolução não deveria estar condicionada à motivação de um determinado profissional. A pergunta que não deveria estar omissa ao profissional matriciador é: O que deveria ser feito conjuntamente em equipe para resolver estas situações? Que ações poderiam ser pactuadas? Quais profissionais e serviços deveriam ser articulados? São perguntas que precisam ser inculcadas no profissional matriciador.

É preciso inicialmente entender que nem todas as ações que os profissionais irão realizar serão ações matriciais. Serviços CAPS, e agora as eMulti são serviços matriciais, com um detalhe não realizam exclusivamente atividades matriciais, porém para se ter resolutividade estes princípios devem ser considerados.

Mas, além destas reflexões, outras questões também emergem e precisam ser melhor apreendidas, como, por exemplo, o uso de sistemas informatizados e impressos para os devidos registros e continuidade das ações. Debate que aprofundarei na próxima temática.

4.3.3 Registros documentais das informações do matriciamento

É importante destacar que do total de municípios que realizam o matriciamento em saúde mental, a metade das ações desenvolvidas pela atenção primária são registradas no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) ou Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), enquanto no CAPS 86,5% das ações são registradas no Boletim de Produção Ambulatorial (BPA), locais destinados de fato para este fim, entretanto, ainda há uma parcela considerável destes registros sendo informados em outros sistemas dos quais podem não gerar a visibilidade necessária, a partir da subnotificação dessas ações nos sistemas predeterminados como observamos na tabela 14.

Tabela 14 - Ações de apoio matricial registradas em sistemas de informações pelas ENASF-AP, eMulti e CAPS, Alagoas, 2023, n=65*.

Sistemas que são registradas Ações de apoio matricial	ENASF-AP/ eMulti	%	CAPS	%
Ações registradas no SIAB/SISAB	15	50,0	0	0
Ações registradas no BPA	7	23,3	45	86,5

Ações registradas em outro sistema	8	26,7	7	13,5
Total de municípios que registram ações matriciais	**30**	**100**	**52**	**100**

**Este quantitativo refere-se ao número de municípios que dizem realizar matriciamento, e difere do número expresso no total, porque tem municípios que possuem os dois serviços, ENASF-AP/eMulti, e o CAPS.*

Fonte: Sistematização realizada pela autora.

No entanto, é preciso mencionar que, embora tenha sido citado o uso do SIAB implantado em 1993 como instrumento necessário ao planejamento das equipes a partir dos relatórios de informações gerados, vem sendo gradativamente substituído pelo e-SUS; o que antes era alimentado através das informações de fichas A, B, C e D[114] (Franco, 2024) passa a ser alimentado pelo novo sistema com transição iniciada em 2013 quando foi instituído o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), através da Portaria GM/MS n.º 1.412, de 10 de julho de 2013. Em seguida passa a ser o sistema de informação da Atenção Primária vigente para fins de financiamento e de adesão aos programas e estratégias da PNAB, a partir de janeiro de 2016, em que se tornou obrigatório seu uso a partir da Portaria n.º 1.113/ 2015 (Brasil, 2024b).

Este novo sistema, o SISAB, tornou-se mais amplo, ocorrendo a coleta de informações a partir de diversos sistemas que também integram a estratégia e-SUS APS, através: da Coleta de Dados Simplificado (CDS), do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), e de Aplicativos (App) para dispositivos móveis, dos quais possibilitam levantar a situação sanitária e de saúde da população de um determinado território (Brasil, 2024b).

Já as informações coletadas por serviços especializados e ambulatoriais seriam coletadas pelo Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIASUS) utilizado para consolidar os Boletins de Produção Ambulatorial (BPA) e Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade (APAC), para permitir o repasse financeiro para estados e municípios (Franco, 2024).

Todavia, muitos destes registros nos sistemas mencionados ocorrem para fins de produção e repasse de verbas, geralmente os registros dos atendimentos com as prescrições e planos terapêuticos ocorrem nos prontuários, ora em prontuários impressos, ora em

[114]Estas fichas eram organizadas de acordo com as informações colhidas em momentos distintos. A ficha A (cadastro das famílias na microárea do ACS) permitia conhecer a quantidade de pessoas por sexo e faixa etária, doenças referidas, alfabetização, ocupação, informações de saneamento e moradia; a Ficha B (acompanhamento das pessoas com diabetes, hipertensão arterial, tuberculose, hanseníase e gestantes) era preenchida inicialmente pelo profissional técnico no momento do diagnóstico; a Ficha C (cópia da carteira de vacinação) era uma espécie de cartão sombra em que os profissionais acompanhavam o desenvolvimento da criança; e Ficha D (informações detalhadas do atendimento) contendo informações sobre consultas médicas e de enfermagem, solicitação médica de exames, encaminhamentos médicos, internação domiciliar, procedimentos de enfermagem, marcadores, hospitalizações e óbitos (Franco, 2024).

prontuários eletrônicos. Alagoas possui um histórico de atraso na acessibilidade de internet em todo seu território, e por isso, nesta pesquisa não aprofundamos quais municípios estão fazendo o uso dos PECs, no entanto, há informações nas plataformas de notícias de que alguns municípios com maior contingente populacional estarem utilizando meios eletrônicos principalmente após pandemia da COVID-19.

Apesar das dificuldades, a informatização dos serviços tem ocorrido em Alagoas. Alguns coordenadores têm mencionado seu uso:

> Nós temos o prontuário eletrônico. A nossa evolução é pelo prontuário eletrônico. Eu como coordenadora é quem coloco os atendimentos dos profissionais, porque é uma coisa da gestão, e os coordenadores é quem comandam o sistema. Se eu fizer a visita, eu coloco pra mim, e depois tenho que evoluir esse paciente. Nós temos 48 horas para evoluir esse paciente. Se a gente não evoluir até essas 48 horas, a gente não pode evoluir mais, o sistema bloqueia. Já é assim para que não se deixe de evoluir esse paciente... Pois todos profissionais (da atenção básica e especialidades) veem... médico, enfermeiro... menos o psicólogo, porque tem uma parte desse sistema que a gente pode ocultar quando é restrito ao psicólogo e ao paciente, caso ele queira o prontuário. Só o psicólogo pode ver, e tem partes que o psicólogo pode colocar algo para todo mundo ver (Coordenador 02).

Este relato traz outra situação que merece destaque, não só o acesso à internet, mas a quantidade de computadores também parece ser limitada no serviço público. Acesso restrito ao coordenador é possível devido limitações da própria estrutura, somente um computador com acesso à internet no local dificultaria sua disponibilidade a todos os profissionais.

Na pesquisa recente realizada por Valdes e Souza em 38.865 equipes de atenção primária, 30.346 unidades de saúde e 140.444 usuários dos serviços públicos brasileiros através dos dados do PMAQ-AB, foi encontrada que 67,6% das equipes estudadas estão abaixo da média de 7,57 computadores em condições de uso para cada equipe. Na pesquisa de Valdes e Souza (2024), 12,4% da amostra pesquisada só possui um computador na unidade e 9% não possui nenhum computador em condição de uso; em relação à internet, 22,8% das equipes não possuem acesso na unidade, e daquelas que possuem, 14,4% a conexão funciona de maneira irregular ou não funciona. No mesmo estudo apontou que o Nordeste é a região com menor número de computadores em condições de uso e com acesso à internet (Valdes, Sousa, 2024). Isso traz reflexos ao uso do PEC, e a sobrecarga de trabalho para os poucos que conseguem acessá-lo.

No estudo mencionado acima, encontramos que somente 38,7% da amostra referiram registrar as informações em PEC; sendo que 68,4% ainda mantém simultaneamente informações registradas em fichas de papel. Além disso, equipes localizadas em capitais se apresentaram 2 a 2,5 vezes mais informatizadas que equipes lotadas no interior, outro dado

relevante é que no interior 61,6% das equipes fazem uso do PEC, *software* público disponibilizado gratuitamente pelo Ministério da Saúde, enquanto nas capitais 73,1% fazem uso de outros *softwares*, sejam eles pagos ou de desenvolvimento próprio (Valdes, Souza, 2024).

O estudo tem apontado que o uso de prontuários eletrônicos traz imenso benefício à qualidade da atenção primária, apesar das limitações como falta de computadores, dificuldades de conexão com a internet, e deficiências na operacionalização do sistema pelos profissionais. Mas, é importante destacar que mais da metade das equipes que fazem uso do prontuário eletrônico realizam a duplicidade do registro no PEC e em fichas de papel (Valdes, Souza, 2024), como também foi mencionado pelos coordenadores participantes de meu estudo. E quando esta situação acontece é possível que o registro eletrônico obedeça apenas a fins burocráticos, tendo em vista a obrigatoriedade de seu uso. O que acaba limitando suas potencialidades para a melhoria da qualidade de assistência à saúde (Valdes, Souza, 2024), o que também foi observado nos municípios alagoanos como mencionado pelo coordenador 02 sobre a obrigatoriedade dos registros.

Entretanto, na maioria dos municípios o uso de instrumentos que não dependem da *internet* ainda é nitidamente utilizado. O que tem sido pactuado nas reuniões precisa ser registrado, principalmente porque nos encontros coletivos acontecem os acordos. Nos municípios alagoanos pesquisados, os registros destas pactuações acabam sendo realizados em livros de atas.

> Nós temos um livro de ata que fazemos o controle do matriciamento (Coordenador 06).
>
> A gente tem um livro que vai montando as ações. A gente registra o momento da ação, relata... Coloca no livro o que foi feito naquela data, e dia em relação às ações (Coordenador 09).

O livro de registro é importante, pois são instrumentos que auxiliam a organização e continuidade do trabalho. No entanto, ratifico a necessidade de cada município discutir estas particularidades do processo de trabalho e definir com nitidez os meios e os instrumentos para o rol de suas ações matriciadoras.

Em relação ao que deve ser registrado, aproximadamente a metade dos coordenadores/ responsáveis pela atenção primária (33 dos 67 coordenadores/ responsáveis) relatou considerar ações de matriciamento como ações de educação permanente, o que pode estar registrada como ações de outra natureza, e não ser contabilizada como atividade matriciadora.

É interessante as políticas locais definirem como devem ocorrer estes registros e onde deve ser contabilizada para fins de repasse de recursos, para não haver subnotificação, ou duplicidade de dados registrados.

Na tentativa de compreender melhor a postura dos coordenadores frente às ações realizadas, na segunda fase da pesquisa procurei aprofundar os níveis de entendimento sobre a realização das práticas matriciais. O primeiro ponto que analisei durante o grupo focal foi a compreensão desse coordenador quanto sua percepção em relação ao Matriciamento, de que modo ele o conceitua. Prontamente o Coordenador 06 o definiu como uma forma de acompanhamento compartilhado entre os serviços, reconhecendo a importância do cuidado no território como um conjunto de ações para acompanhar o cidadão. Já os Coordenadores 09 e 10 afirmaram que a compreensão do apoio matricial entre as equipes é algo muito recente, anteriormente eram ações pontuais e esporádicas de educação em saúde em meses temáticos.

> O matriciamento é um acompanhamento do paciente... do usuário... do cliente (são muitas nomenclaturas), no território que ele vive. Além dele participar do CAPS, do NASF, ele deve ter esse acompanhamento pela equipe que está diariamente mais próximo a ele, a equipe da unidade básica de saúde, o ACS. E quando o papel de acompanhamento do CAPS se torna diário... é de suma importância essa questão do matriciamento, porque as equipes vão conversar, falar sobre a parte clínica, sobre a convivência dele ali na comunidade. Como ele está sendo acompanhado e por quem na unidade básica. É, de fato, o cidadão ser acompanhado no território dele com outros equipamentos: o NASF, a unidade básica de saúde, equipes que têm atribuições diferentes, então, nesse contexto, se torna um conjunto de ações para acompanhar o cidadão, a cidadã (Coordenador 06).
>
> [...] No começo o matriciamento era algo muito esporádico, mais ações de sala de espera, ações uma vez ou outra em um posto em conjunto, em setembro amarelo, em janeiro branco... algo mais pontual, não se tinha esse envolvimento rotineiro. Aí o tempo foi passando, mudou a gestão (de 2015 para cá), e nos últimos anos foi que realmente começamos a ter melhor compreensão e buscar mais esse fortalecimento com a rede (Coordenador 10).
>
> Em relação ao matriciamento está tendo essa abordagem maior agora. Anteriormente, a gente reunia as equipes de saúde da atenção básica... mas não era tão comum como agora (Coordenador 09).

Esta ideia de ações em conjunto, de construção compartilhada entre serviços, também permeia em outros coordenadores, inclusive do mesmo município que o Coordenador 06, ratificando a importância das articulações.

> É um processo de construção compartilhada. Um serviço ou dispositivo que precisa do outro. Da construção de ações, do manejo. O famoso manejo que a gente tanto fala, em direção à CAPS e saúde mental. O matriciamento só vem para associar... para construir ações que o usuário possa usufruir, tanto do CAPS, como da atenção básica, do NASF, do melhor em casa, e de outros dispositivos que nós temos no município. Eu vejo dessa forma! (Coordenador 07).

> É um momento de discussão e dividir também um pouco as responsabilidades (Coordenador 08).

> O apoio matricial entendo como um acompanhamento, um cuidado compartilhado entre as equipes... É o apoio que a gente faz no cuidado do indivíduo e dos seus familiares no território, e definindo as estratégias, as ações que poderíamos realizar com esses indivíduos (Coordenador 01).

Percebi conceituações matriciais expressas pelo discurso de cuidado compartilhado muito evidentes e conforme o preconizado pelas políticas públicas que atendem ao princípio da integralidade. Os coordenadores compreendem que matriciamento é o acompanhamento complexo de um caso ou uma situação que precisa ser estudada para se ter resolução. E para a coordenadora 10 o matriciamento estar para além de um mero contato, é todo um envolvimento.

> O matriciamento não é uma ação meramente simples. Ele é algo complexo, que exige esforços tanto na atenção básica, quanto da gente. Não é um mero contato, ou uma mera conversa sobre a situação de um paciente ou de um outro. Mas, é todo o envolvimento... é todo um planejamento... são conversas.... (Coordenador 10).

Sendo assim, observei que para aqueles que relataram realizar o matriciamento, há um entendimento sobre o que é, e onde estão registrando suas ações. Porém, ainda encontrei coordenadores com conceitos muito simplistas do matriciamento, resumindo suas ações ao preenchimento de uma ficha, o que acaba retomando a ideia de modelos de saúde pautados na lógica da burocratização.

Apesar de formulários serem extremamente úteis na organização do processo de trabalho e para o registro de informações necessárias a um diagnóstico quer clínico ou situacional; corre-se o risco com o uso padronizado deles, de engessar contatos formais esquecendo a necessária flexibilidade da comunicação informal entre os profissionais no modelo de clínica ampliada. É o que se percebe no relato abaixo do Coordenador 04, quando reforça ao ser questionado sobre a existência desta ficha, que o intuito de sua elaboração era evidenciar as necessidades do caso para propor possíveis resoluções.

> Essa ficha foi criada por nós juntamente com outras equipes. O intuito é que eles [os profissionais que preenchem a ficha] tragam suas necessidades para criarmos projetos, ações que os desafoguem. Por exemplo, eles têm muitos pacientes que são acamados, e aí precisam de nutricionista, psicólogo, fisioterapeuta..., aí a gente vai fazer essa visita, a gente ensina ao cuidador dele (fazemos a visita, e vamos de 5 a 6 vezes lá..., e depois começamos a passar para o cuidador como ele deve fazer). Às vezes a gente também está com projetos: Cuidando do cuidador... notamos cuidadores com muitos problemas. Com questões de ansiedade, dores musculares,

> enfim, de tanto cuidar do paciente, eles é quem estão ficando com sequelas, sobrecarregados. Então, fazemos este manejo (Coordenador 04).

Outros municípios também utilizam a estratégia do uso de fichas nos serviços ENASF-AP, defendendo sua importância na organização do processo do trabalho. A Coordenadora 02 relata que

> A equipe da UBS realiza o atendimento dos pacientes e quando há necessidade de mandar para a gente, eles (médico e enfermeiro da UBS) encaminham uma ficha que criamos [...]. Eles preenchem, falam um pouquinho do histórico do paciente, endereço, nome, cartão SUS..., o prognóstico e quais profissionais acham que aquele paciente precisa. Eles vão preenchendo e depois nossa equipe realiza uma discussão de caso antes de irmos para a casa desse paciente. Chamamos também o agente de saúde para participar da discussão e ir na residência, pela primeira vez... Ele [o agente de saúde] é a porta principal para irmos na residência desse paciente... Nas próximas visitas não precisam ir conosco (nós já vamos sozinhos), porque já sabemos onde é a residência, e quem a compõe [...]. Se for o caso de fazer os atendimentos, a gente vai fazer atendimento semanal. Caso não seja, a gente dá as orientações aos cuidadores, e voltamos com um mês na residência para ver como estão, se estão seguindo o que os profissionais pediram. Quando é aquele paciente mais crítico a gente volta na UBS, faz a discussão de caso com o médico ou a enfermeira desse paciente (Coordenador 02).
>
> Aqui nós criamos uma ficha com a referência e a contra-referência e deixamos nas unidades. Então, a partir daí, eles mandam aquele encaminhamento com a referência do que eles querem da abordagem. Aí a equipe vai até a casa, faz uma visita, algumas orientações, realiza os encaminhamentos, o que for necessário, e faz a contrarreferência do que foi feito naquela casa. Se há necessidade de passar na unidade, de discutir o caso, a gente tem esse acesso aos médicos (Coordenador 09).
>
> Lá no Município C, a gente também tem uma ficha de referência e contrarreferência. E aí, enquanto CAPS, a gente é porta aberta para saúde mental, e atendemos demanda espontânea ou referenciada. Então, geralmente, quando é uma demanda já referência, a gente faz a contrarreferência dos casos que não são pra gente. Porque enquanto CAPS, atendemos os usuários que possuem transtornos mentais graves e persistentes... e aí pela falta de entendimento da rede como um todo, a gente acaba recebendo muitas situações que não são nossa demanda. E aí acaba fazendo muito essas referências e contra-referências. Mas a gente sempre tem essa fichinha e quando avaliamos o usuário no acolhimento, que seria o primeiro contato do usuário com o serviço, que não se limita apenas a uma única consulta. A gente faz toda a avaliação e aí depois faz o encaminhamento que é a referência ou a contra-referência para atenção básica, ou para o ambulatório de psiquiatria, ou para outro serviço que for de competência. Formalmente a gente tem essa documentação, esse encaminhamento (Coordenador 10).

Neste sentido é visível a dupla função exigida às equipes de ENASF-AP, nas falas dos Coordenadores 02 e 09, em relação a resolutividade do caso, existe a preocupação do atendimento clínico e pontual realizado por um profissional (com formação específica) sobre

determinada condição; que no relato interpreto como as soluções unidisciplinares[115] dada aos casos mais simples. Ao passo que, também observei uma preocupação em discutir com a equipe multiprofissional dos serviços ENASF-AP e equipe da unidade básica a condução terapêutica dos casos mais complexos de uma forma interdisciplinar. E deste modo, as duas situações a coordenadora compreende como apoio matricial realizado. No entanto, a lógica dos encaminhamentos através de documentos formais continua a ser mantida neste sistema pelo preenchimento desta ficha, como protocolo exigido para o acesso a estes profissionais.

Quanto ao relato do Coordenador 10, por ser Coordenador de CAPS demonstra compreender a assistência ofertada pelo seu serviço distribuída em rede de acordo com o nível de complexidade do serviço. E apesar de fazer uso de uma "fichinha" para reunir informações e encaminhar, este coordenador resgata a importância da integralidade da assistência em rede, destacando que antes de encaminhar o usuário é feito uma avaliação ampliada em vários momentos para definir para que local este usuário será referenciado. No entanto em ambas as situações os encaminhamentos formais, ou documentais, estão presentes.

Ou seja, não é que os encaminhamentos por documentos formais, seja uma ficha, ou qualquer espécie de instrumento, não seja importante. A questão não é essa! O problema está com o distanciamento das relações, a frieza com que elas ocorrem quando o contato com o outro profissional somente ocorre por documentos. Onde fica a comunicação entre os profissionais, a discussão do caso, a pactuação das responsabilidades, que tanto é exigida nas ações matriciais?

Diante desta inquietação, e visando aprofundar estas relações, em um dos grupos focais os coordenadores foram questionados sobre a existência de outros meios não formais para acessar o serviço, e foi respondido o seguinte:

> Outra coisa informal é o celular. Às vezes tem coordenadores que entram em contato comigo e a gente marca uma reunião. Telefone fixo mesmo, a gente não tem. A gente tem um grupo entre diretores, coordenadores que fazem comunicação, e às vezes quando eles querem falar no privado da gente [no nosso celular particular] para marcar alguma reunião, a gente marca. Daí eu vou, ou disponibilizo algum profissional da equipe para ir (Coordenador 02).

> Além das reuniões, eles falam com o técnico de referência daqui do CAPS e conversam a partir de contato telefônico, para ver as necessidades do paciente, como também encaminham para as equipes de ENASF [...]. E tem o contato também informal por meio dos diretores, dos coordenadores... Entre mim e os outros diretores, quando precisam de algum entendimento, ou precisam tirar alguma dúvida (Coordenador 01).

[115] Apesar da equipe ser multiprofissional, ainda mantém-se um trabalho individualizado voltado para atender a situação sob um único olhar profissional.

> Também criamos um grupo do ENASF e posteriormente a gente colocou a equipe do CREAS também, porque tem muito caso que vem do CREAS e precisa da intervenção do ENASF, dessa junção. Ai, às vezes eles falam: "a gente tá mandando o encaminhamento aí!", "de antemão é com certa urgência". Já facilita a comunicação (Coordenador 09).

> Para aqueles casos que têm necessidade de maior atenção, a gente também tem esse contato informal com as enfermeiras de atenção básica ou com a própria equipe do ENASF, [...] Esse contato se dá tanto via profissional, com o profissional... ou através de mim, enquanto coordenação junto com a coordenação da atenção básica [...]. E quando é algo relacionado a assistência social, a gente tem o contato direto com o CREAS. Temos uma comunicação muito boa com o CREAS, em algumas situações a gente nem encaminha, já fazemos logo o contato telefônico e fazemos reunião também, porque são casos mais específicos... mais sérios. Mas, dentro da nossa forma de comunicação, existe formalmente este documento [ficha de encaminhamento], e também o contato com os profissionais (Coordenador 10).

Do mesmo modo que Bispo Jr. e Almeida enfatizaram em seu estudo, assim como não estava transparente essa questão dos encaminhamentos para o ENASF-AP, esta mesma dúvida poderá permanecer para as eMulti, se este trabalho matricial será realizado "pela lógica do cuidado colaborativo a partir do predomínio da interação entre as equipes ou se ele ocorrerá preferencialmente por meio de encaminhamentos para atendimentos clínicos" (2023, p.03).

Os encaminhamentos documentais parecem situações muito formais que não cabem muito ao método colaborativo proposto pelo apoio matricial, apesar de terem seu mérito quando é visto como um documento que traz informações importantes sobre o usuário. No entanto, não pode ser ofuscada a ideia de que: a disponibilidade do profissional e a informalidade dos contatos entre as equipes reforçam a necessidade da desburocratização, maior acessibilidade ao serviço e melhor conhecimento do caso entre os profissionais. O compartilhamento das informações, que passa a ser mais eficaz quando ultrapassa mecanismos formais, promove abertura à discussão do caso e aumenta as chances de maior compartilhamento das responsabilidades, no entanto, os profissionais ainda defendem o encaminhamento escrito como registro formalizado dos pedidos.

> Essa comunicação [informal] é muito boa..., facilitou muito em relação a esse instrumento [a ficha de encaminhamento]. Porque às vezes você deixa o encaminhamento lá e daqui que veja... daqui que tenha essa contra referência... E muitas vezes até o próprio paciente mesmo... Porque para eles a data é muito importante... por exemplo: a família solicitou, da unidade uma visita aí demorou uma semana... para eles é muito tempo. Ele já diz assim: "Fui lá faz tanto tempo e ninguém apareceu aqui!" E através do documento não: "-Olha a visita foi solicitada dia 20, e a gente foi lá dia 22!", olha a contrarreferência foi 2 dias, e é muito bom para o respaldo da equipe. E também às vezes a gente passa na unidade e pode registrar no prontuário (Coordenador 09).

Também há relatos da importância destas “fichas” para a organização do serviço, para o respaldo da equipe, para registros nos prontuários e para conhecimento das visitas domiciliares, para que um profissional saiba quais estão acompanhando aquele caso, como bem consta no relato do coordenador 03 abaixo.

> Antigamente a equipe não tinha coordenação e não tinha direcionamento. Quando cheguei, para ser coordenadora, no dia a dia vendo as dificuldades e o que precisava, começamos a fazer um planejamento e visitas. As visitas não tinham os prontuários, não tinham pasta de prontuário, então quando a gente começou a receber encaminhamentos, começamos a organizar toda essa pasta por área (qual unidade, quais eram aqueles pacientes daquela unidade), começamos a fazer uma agenda domiciliar onde a gente tem o controle das fichinhas, que são os prontuários dos usuários. Toda vez que faz essa visita na casa desse usuário, aquele profissional, pede [essa ficha] para ele assinar e colocar a data. Daí a gente tem conhecimento, de quando foi a visita e quando será a próxima. Então, o usuário já fica ciente de quando será a próxima (Coordenador 03).

Segundo o coordenador 03 estas fichas nas pastas do usuário na residência, pode ser uma excelente estratégia de acompanhamento, no entanto, pode mascarar a necessidade de encontros rotineiros, entre a equipe, para se compartilhar condutas, e ainda acabar substituindo a necessidade de registros no prontuário eletrônico, porém esta prática ainda não foi incorporada por todos os municípios. Mas enfim, independente destes registros em fichas ocorrerem e estes impressos serem exigidos durante os encaminhamentos, estes encaminhamentos só ocorrem de forma adequada e resolutiva se o fluxo da rede estiver bem definido. Debate que será aprofundado na temática seguinte.

4.3.4 Definição de fluxos para a efetivação do matriciamento e o acompanhamento das ações da equipe

A definição de fluxos é uma ação indispensável para o processo matriciador, e um dos meios importante para isso são as reuniões frequentes. Muitas equipes possuem em seu cronograma de atividades espaços garantidos para as reuniões, que acontecem ora diuturnamente, ora diariamente, ora semanalmente, ora mensalmente, para discutirem casos e traçar condutas.

> Diariamente estamos conversando com a atenção básica e também com o NASF. Às vezes o NASF faz visita lá no CAPS para conversar sobre algum paciente, algum usuário, e nesse momento acontecem os agendamentos e até estudos de caso, além de matriciamento (Coordenador 06).

> Inclusive aqui nós fazemos reuniões de equipe, reuniões de turno, faz a assembleia com os usuários, reunião com a família, com a enfermagem, sempre nós temos

> reuniões mensalmente, isso realmente nós conseguimos. Mas eu gostaria de chamar atenção em relação à reunião de turno, nós realizamos essa reunião justamente para discutirmos os encaminhamentos e discussões do dia... "Ah tem um usuário que veio em busca de acolhimento do serviço", pronto, a equipe já discute aquele caso e toma decisão, já faz a entrevista com o paciente e faz os direcionamentos (Coordenador 08).
>
> Em cada unidade básica de saúde, por exemplo, existe um dia fixo (aqui toda última terça-feira do mês é uma reunião com todos os profissionais), para que eu e a psicóloga de referência dessa unidade, vá lá e participe dessa reunião de discussão de alguns casos importantes (Coordenador 01).
>
> Todo mês temos reuniões principalmente com a atenção básica. Eu já deixo todo mês marcado a reunião com as 2 equipes daqui. Reunião tanto com as equipes juntas, quanto com as equipes separadas (Coordenador 02).

Percebo que as equipes enfrentam muitos desafios para manter uma agenda de reuniões, mas é preciso destinar ao menos um turno para ações matriciais, de preferencia o mesmo dia determinado pra todos os serviços municipais, a fim de tornar compatível a agenda dos profissionais de diferentes serviços. E é necessário implantar uma forma de organização do trabalho para ocorrer estas ações.

> Nas Unidades Básicas de Saúde a gente faz tanto as reuniões, como também temos o contato de uma técnica de referência. Aqui no Município A, a gente tem 6 Unidades básicas de saúde, então cada profissional, cada técnico de nível superior dá esse apoio aos diretores, enfermeiros e aos agentes comunitários de saúde de cada unidade básica de saúde daqui. Então, por exemplo, uma psicóloga, ela dá apoio a unidade 2, por exemplo, e o que for de encaminhamento, de contra-referência também de informações em relação àquele paciente... A gente se divide dessa forma (Coordenador 01).

Para um serviço conseguir acompanhar e dar apoio necessário a outro que o solicita, é importante montar uma determinada organização. Muitos estudos defendem a formação de micro equipes que facilitam a realização do matriciamento, apesar de que estas divisões em outros estudos revelam algumas contradições, como já foi discutido no estado da arte desta tese, em seções anteriores. No entanto, a cobertura de assistência ofertada pelos serviços facilita esta distribuição. Quando temos a quantidade de serviços matriciadores proporcionais aos serviços matriciados esta matemática torna-se exata. Mas, em cidades de maior contingente populacional e baixa cobertura de serviços, como acontece na capital alagoana, esta situação tem se apresentado como um grande obstáculo à efetivação do matriciamento (Nascimento *et al*., 2022).

Enfim, manter reuniões, discussões e decisões em/com a equipe sobre os casos e a conduta a ser adotada de forma compartilhada, não é fácil, até porque se compreende que é a

partir destes encontros que perfis de atendimento tornam-se evidentes e fluxos de serviços vão se definindo. Manter as reuniões exige muita persistência.

> Outra dificuldade que a gente enfrenta que já tem diminuído, mas que acontece atualmente, é a questão da discussão em equipe. Esse é um dos grandes desafios, a gente sempre bate na mesma tecla para que toda decisão seja em equipe. É uma equipe multiprofissional que envolve vários conhecimentos, que precisa discutir e tomar decisão em equipe, e não tomar decisão sem combinar com a equipe e sem discutir o caso (Coordenador 08).

> Mensalmente tem campanhas na atenção básica e aproveitamos esse momento para nos reunirmos, [...] o diálogo é no sentido de orientar os profissionais que ainda não estão habituados, ou que não sabem mesmo o que é matriciamento das unidades básicas (Coordenador 06).

Esta dificuldade de reunir-se ou solicitar estas reuniões também se estende para a eAP ou as eSF quando não aciona o apoio matricial oferecido pelo ENASF-AP ou pelo CAPS. Situação também presente no estudo realizado por Pinheiro e Kantorski (2020) no Rio Grande do Sul, e no estudo de Lauer (2018) em São Paulo, bem como nos relatos abaixo da pesquisa:

> Temos essa dificuldade da UBS encaminhar para a gente, porque normalmente não encaminham. Ou até mesmo em urgência, onde muitas pessoas chegam ali com crise de ansiedade muito forte e eles não entram em contato com o serviço CAPS. Não tira dúvidas com o serviço... Não procuram esse contato (Coordenador 01).

> Não são todas as equipes de saúde que solicitam a gente [ENASF-AP], infelizmente. [...] O matriciamento às vezes não acontece [em algumas UBS]... Infelizmente só é uma UBS hoje que marca com a gente para fazer o matriciamento mensal. Infelizmente, se a gente não correr atrás para fazer o matriciamento, eles ainda ficam meio receosos de fazê-lo. E olha que em todas as reuniões de coordenadores e diretores eu sempre toco na mesma tecla... "Chamem a gente para participar do matriciamento!" (Coordenador 02).

> Percebemos que a demanda é pouca e precisamos trabalhar mais, já fizemos discussões e reuniões com diretores, mas precisamos estreitar mais os laços com a atenção básica, e aí sim, fortalecer a questão do matriciamento (Coordenador 08).
> Infelizmente o matriciamento, às vezes, não parte da atenção básica, que é o nosso caso. Muitas vezes não é atenção básica que nos solicita, é a gente que acaba fazendo esta comunicação para de fato realizar alguma ação matricial. E é assim que a gente vai levando, está longe do ideal, mas melhorou muito (Coordenador 10).

Os Coordenadores também relatam que outro desafio é aumentar a demanda do serviço, acreditam que devem aumentar o entendimento das equipes de atenção primária sobre os serviços ofertados pelos CAPS, e principalmente o CAPSad, acreditam que quanto mais novo o serviço mais dificuldade se tem dos usuários chegarem ao serviço, e dos profissionais os referenciarem.

> Em relação à atenção básica, reforçando mais uma vez, a gente precisa de fato criar estratégias para divulgar um pouco mais nosso serviço, porque nós sabemos que o

> município B tem demanda para o CAPSad, mas esta demanda ainda não está chegando da forma que esperávamos. A gente esperava uma demanda maior e não estamos atingindo este objetivo em relação ao número de usuários que fazem uso de álcool e drogas aqui no nosso município. [...] Precisamos nos aproximar mais das equipes, para que profissionais da ESF se envolvam com o usuário de álcool, crack e outras drogas (Coordenador 08).
>
> Não sei se por ser um serviço novo é que está sendo pouco procurado [...] a demanda está sendo muito pouca pelo serviço que ele fornece, que é álcool e outros tipos de drogas. Tem demanda, mas não é tão grande como deveria ser. Tem uma equipe e estrutura muito boa com apoio da Secretaria de Saúde.
>
> No matriciamento também, temos uma certa dificuldade com as UBS. Tem UBS assim que ainda não conhece realmente como o CAPSad funciona. Então, aos poucos a gente está chegando. Fizemos várias reuniões com os diretores, e aos poucos o serviço está funcionando (Coordenador 07).

Enfim, estes desafios expostos são sentidos principalmente por não se ter bem definido o fluxo de atendimento para tais demandas. Muitos serviços não acionam por não conhecerem ou não visualizarem o suporte da estratégia de matriciamento.

Além das reuniões intra e inter equipes, é importante destacar a necessidade de reuniões entre coordenadores e gestores municipais, em que os coordenadores frisam facilidades quando o secretário de saúde se compromete com o serviço,

> Em relação à Secretaria, a gente tem... "Vamos dizer que a sorte de ter uma secretária de saúde muito aberta e muito disponível". Então assim, o contato com ela é muito tranquilo, se a gente precisa de alguma reunião, se tem alguma questão, alguma coisa, o contato com ela é muito importante nesse sentido... muito aberto. Ela sempre faz reunião mensal com os coordenadores, e conseguimos discutir algumas coisas (Coordenador 10).
>
> Aqui no Município A, temos o contato direto com a secretária de saúde, temos um grupo que além da secretária de saúde, está o pessoal da Secretaria com os outros diretores e coordenadores, tanto das unidades básicas de saúde, como dos outros serviços de saúde. Existe também reuniões... tanto reuniões com os coordenadores para alinhamento das atividades, como também as reuniões de planejamento para definir as metas, como está sendo atingida. E também entre essa questão do matriciamento. A gente discute nestas reuniões se estamos com alguma dificuldade, o que seria melhor, quais estratégias que a gente pode tomar. Aí no caso, eu converso com os diretores para definir as reuniões (Coordenador 01).
>
> Aqui no município B, a secretária também é muito aberta, sempre tem reuniões tanto com ela, quanto com a atenção básica (Coordenador 02).
>
> Nós temos um acesso direto com o secretário, isso é muito importante (Coordenador 08).
>
> Nós temos acesso a secretária de saúde, ela é bem tranquila, bem participativa... Ela participa dos grupos, dar apoio nas intervenções de casos. Às vezes a gente está num caso complexo, liga para ela, e de imediato já resolve. Ela é bem acessível. Está sempre perguntando "o que é que precisa?". A gente tem alguns grupos, grupos de cuidador (as pessoas que cuidam de outras pessoas), e ela está sempre presente nas reuniões para dar apoio, e também à coordenadora da atenção básica. A gente tem esse contato direto com ela e isso é muito bom mesmo (Coordenador 09).

Reuniões são ações imprescindíveis ao apoio matricial, são nelas que se possibilitam trocas, articulações e compromissos compartilhados. Reuniões com gestores aqui citadas, também são favoráveis, porém muitas delas, nos municípios alagoanos, acabam sendo facilitadas pela relação de aproximação entre gestores e profissionais, tendo em vista as indicações políticas, por exemplo, já comentadas em seções anteriores. Porém, estas relações, precisam ultrapassar relações pessoais e serem estabelecidas como normativas essenciais à continuidade das articulações em rede.

Manter reuniões entre gestores e outros serviços ampliam o acesso e resolubilidade ao usuário. Em alguns estudos realizados na região sudeste reforça a necessidade "de criação, sistematização e fortalecimento de espaços de diálogo entre equipes de referência, equipes matriciais e gestoras, para a consolidação do matriciamento" (Iglesias, Avelar, 2019, p. 1253), estas mesmas recomendações são vistas em outros estudos debatidos por Santos, Cunha e Cerqueira (2020), Souza, Amarante e Abrahão (2019), e em pesquisa realizada no Estado de Pernambuco que ratificam a importância de momentos de discussões nas reuniões intergestores com a realização de oficinas sobre apoio matricial (Vasconcelos, Barbosa, 2019).

Mesmo reforçando-se a importância de reuniões entre gestores, as reuniões entre equipes são fundamentais, porém é preciso ratificar que nem toda reunião é reunião de matriciamento, para assim ser definida precisa estar evidente os critérios que devem ser considerados durante a reunião. Mas o que seriam estes critérios? Poderia ser considerada a articulação entre profissionais, serviços e setores em que houvesse resolutividade das situações discutidas. É importante manter este exercício de análise para não haver o risco de tudo ser classificado como ação matricial.

Também emergiu no relato de um coordenador de CAPS que as reuniões de matriciamento são mais frequentes nas Unidades Básicas de Saúde de que propriamente nos demais serviços. Um dos fatores que justifica tal situação é a mesma psicóloga fazer parte dos dois serviços matriciadores concomitantemente, e saber de fato o perfil de atendimento de cada um deles, ou seja, a ampla compreensão do perfil de assistência a ser matriciado por cada serviço facilita a articulação compartilhada em rede.

> A gente faz mais reuniões com as UBSs. E no ENASF a gente tem uma facilidade porque a psicóloga tá aqui no CAPS e na unidade básica que faz parte do ENASF. Então esse contato da psicóloga aqui que tem o entendimento da saúde mental no CAPS, querendo ou não, passa algumas informações e dá esse apoio à equipe. Então, existe mais esse encaminhamento por parte do ENASF para o CAPS, como

> também a gente realiza esses encaminhamentos quando não é perfil CAPS e é só perfil ENASF. Não seria um transtorno mais grave, mais severo... a gente faz esse encaminhamento (Coordenador 01).

Ou seja, a indefinição de perfis e de fluxos dificultam a realização de ações matriciais, todo município precisa traçar juntamente com seus profissionais e com seus usuários o desenho da rede para facilitar as ações dos serviços de saúde, e aqui em especial as ações de matriciamento. Saber o que de fato deve ser demanda ao matriciamento, e qual a rede disponível para tal situação. Muitos estudos (já detalhados em seções anteriores e reforçados por Bispo Jr. e Almeida, 2023) tem identificado estas indefinições como problemáticas que impactam na realização do matriciamento, tanto nos CAPS, nos ENASF-AP e que se perpetuarão em eMulti, caso não haja um movimento para assim defini-las.

Estabelecer fluxo não é tarefa fácil, mas é fundamental. O fluxo precisa estar bem definido tanto para os profissionais matriciadores, quanto para os matriciados. A atenção primária deve compreender o perfil dos casos possíveis para se acionar o matriciamento

> Fizemos reuniões para que as equipes tivessem um entendimento do que seria para encaminhar ao ENASF, porque muitos confundem, às vezes, as próprias unidades mandam encaminhamento que era para o CAPS e mandam para o ENASF... (Coordenador 09).

O fluxograma da rede estadual, da rede municipal e dos serviços precisa de definições evidentes para os profissionais, deve ser pactuado com a RAS local e publicizado para toda sociedade com fácil acesso. O Ministério da Saúde tem recentemente publicado um instrutivo técnico orientando a construção de fluxos, inclusive reforçando protocolos em algumas linhas de cuidado nos meios digitais oficiais. No instrutivo técnico (Brasil, 2022b) ratificam-se como portas de entrada para RAPS os serviços da Atenção Primária em Saúde, da Urgência e Emergência e os Centros de Atenção Psicossocial por onde as pessoas devem ser acolhidas, referenciadas e terem seus planos terapêuticos iniciados. Também se define o que é fluxo e como deve ser estabelecido, seguindo-se uma ordem de complexidade do caso:

> O fluxo é um instrumento de assistência e de gestão, que uma vez bem definido e pactuado, contribui para resolubilidade da rede, valorização dos trabalhadores da saúde, redução de custos e satisfação dos usuários e da sociedade como um todo [...]. Nas situações de acesso ao SUS via APS, as pessoas com transtornos mentais deverão ser acolhidas e acompanhadas, com ou sem apoio matricial. De acordo com o quadro clínico apresentado, a gravidade e a complexidade, os serviços especializados devem ser acionados ou os da urgência e emergência, que definirão a necessidade ou não em recorrer à atenção hospitalar. Em situações que a porta de entrada ocorrer nos CAPS, as pessoas devem ser acolhidas e diante de quadros mais leves, referenciadas, de forma responsável, para a atenção primária ou para as

> equipes especializadas em saúde mental; diante de quadros que necessitem de atendimento mais próximo e intensivo, o caso deverá ser discutido imediatamente com a equipe local para definição do acolhimento em "observação" ou "permanência dia" e após, seguir fluxo da organização, do cotidiano interno do CAPS, até estabilidade do quadro e articulação territorial para retorno à atenção primária e comunidade. Entretanto, em casos clínicos agudos, que apresentarem risco para o usuário ou terceiros, não respondendo de forma segura à tecnologia de cuidado adotada pelo CAPS, deverão ser referenciadas de forma responsável, para a atenção hospitalar em saúde mental (Brasil, 2022b, p. 37-38).

O documento instrutivo é translúcido quanto à forma de construção da rede e como seguir os níveis de complexidade. Nele também está definido o que são os casos leves, graves e persistentes, bem como seus critérios classificatórios e sintomas esperados. Há um reforço para a continuidade da assistência sempre atrelada a atenção primária ou secundária, reforçando que a rede local ou regional deve pensar e desenhar um fluxo que contenha atendimento de urgências e emergências e leitos hospitalares de retaguarda, tanto em hospital geral quanto em hospital especializado[116] (Brasil, 2022 b).

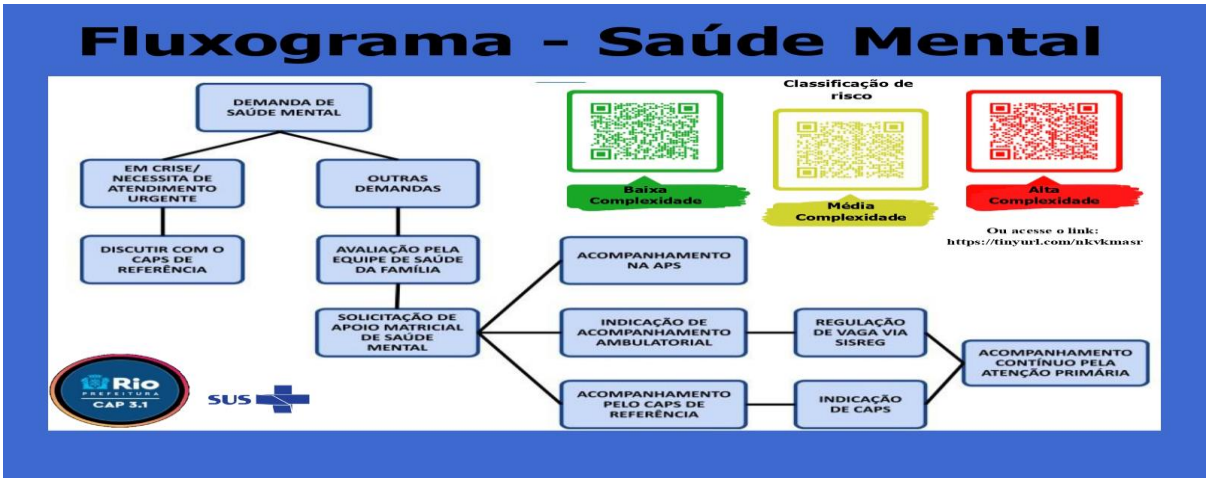
Na busca de estimular Estados e Municípios a desenvolverem seus trabalhos considerando fluxos adequados, o Ministério da Saúde também desenvolveu algumas linhas de cuidado para orientar e ordenar os fluxos locais, conforme a Política Nacional de Saúde Mental. "A definição de protocolos ou diretrizes clínicas podem favorecer o cuidado resolutivo e os referenciamentos mais assertivos [...]. As linhas de cuidado já publicadas estão disponíveis em: https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/todas-linhas" (Brasil, 2022b, p. 38). Em que para a saúde mental estão publicizadas as voltadas ao autismo, tabagismo, depressão, Álcool e Drogas e Ansiedade.

No entanto, apesar de muitos municípios brasileiros já terem adotado estas diretrizes orientadoras e terem montado seus fluxogramas e perfis de assistência, como, por exemplo, na cidade do Rio de Janeiro[117], estas diretrizes têm sido pouco consideradas e disseminadas nos

[116] Apesar do documento instrutivo ser norteador em diversos pontos, faço uma ressalva crítica de que no período em que foi publicado, as lideranças governamentais apoiavam o retorno dos hospitais psiquiátricos na política nacional de saúde mental, o que o levou a retomar como componente integrador da RAPS pela portaria 3588/2017, situação divergente nos dias atuais, com a saída do governo executivo anterior (Governo Bolsonaro) e pós publicação da portaria 757/ 2023 em que os hospitais psiquiátricos deixaram de fazer parte da RAPS novamente.

[117] **Figura 6 - Fluxograma de Saúde Mental e Classificação de Risco do Município do Rio de Janeiro.**

municípios Alagoanos. Na capital Maceió, houve a iniciativa em parceria com a Universidade Federal de Alagoas em mapear a rede local e desenhar o fluxo de atendimento voltado ao matriciamento que resultou na publicação de um Guia para os matriciadores [118]. Entretanto,



Classificação de Risco no Município do Rio de Janeiro

Nível Baixo de Complexidade (1. Pequenas perdas na autonomia de gerir a própria vida; 2. Uso moderado de Álcool e outras drogas com laços sociais preservados; 3. Tristeza e angústia intensas com presença ou não de insônia vinculadas às situações de violência e perdas (separações, mortes); 4. Humor ansioso com dificuldades de realizar as atividades diárias; 5. Uso crônico de benzodiazepínico e/ou antidepressivo; 6. Quadro de neurose ou psicose estabilizada; 7. Presença de distúrbios de humor leve (choros imotivados, irritabilidade intensa); 8. Problemas de aprendizagem e comportamento que não configuram danos psicossociais maiores.) Neste nível baixo de complexidade: construção da direção do cuidado na Atenção Primária em Saúde (APS) com equipe NASF e/ou referência de matriciamento em Saúde Mental.

Nível Médio de Complexidade (1. Laços sociais e/ou familiares fragilizados; 2. Histórico de tentativa de suicídio sem ideação no momento; 3. Estado de angústia e medos intensos; 4. Comportamento com potencial agressivo; 5. Situação de abuso sexual com sofrimento intenso; 6. Uso intensivo de álcool e outras drogas com laços sociais preservados; 7. Presença de alucinação e/ou delírio desvinculados de quadros de agitação e sem graves prejuízos na vida cotidiana; 8. Violência contra crianças e adolescentes sem sofrimento mental grave; 9. Problemas de aprendizagem e comportamento causando danos psíquicos.). Neste nível médio de complexidade: construção da direção do cuidado na Atenção Primária em Saúde (APS) com equipe NASF e/ou referência de matriciamento em Saúde Mental e /ou compartilhamento do cuidado com o ambulatório de Saúde Mental.

Nível Alto de Complexidade (1. Laços sociais e/ou familiares muito fragilizados ou rompidos; 2. Comprometimento grave com a higiene e cuidados pessoais; 3. Histórico de tentativas de suicídio e ideação suicida; 4. Agitação psicomotora extrema com alteração de senso-percepção; 5. Evidências de risco de violência para si e para os outros, inclusive violência autoprovocada; 6. Quadro confusional agudo e desorganização do pensamento; 7. Humor marcadamente eufórico, excitação, planos grandiosos, conduta bizarra ou estranha; 8. Humor gravemente deprimido; 9. Ideias delirantes com ou sem cunho persecutório que esteja produzindo risco para si ou outros; 10. Crianças e adolescentes com quadro de isolamento, grave dificuldade de comunicação e comportamentos estereotipados, muitas vezes diagnosticadas como autistas e psicose infantil; 11. Uso abusivo de álcool e/ou outras drogas vinculado a comportamentos que impliquem em riscos para si e para os outros; 12. Quadros de distúrbios metabólicos decorrentes de intoxicação por drogas lícitas e ilícitas; 13. Violência contra crianças e adolescentes com sofrimento mental grave e necessidade de construção de rede intersetorial; 14. Criança em uso de medicamento psicotrópico.). Neste nível alto de complexidade: construção da direção do cuidado em conjunto com a Atenção Primária em Saúde (APS) com equipe NASF e/ou referência de matriciamento em Saúde Mental e compartilhamento com o CAPS, inclusive em situações agudas.

Fonte**:** Rio de Janeiro, 2024 (Disponível em: https://smscap31.com.br/fluxogramas/tecnicos/saude-mental/1-classificacao-de-risco.php).

[118]**Figura 7 - Fluxograma e perfil de atendimento para Matriciamento em Maceió.**

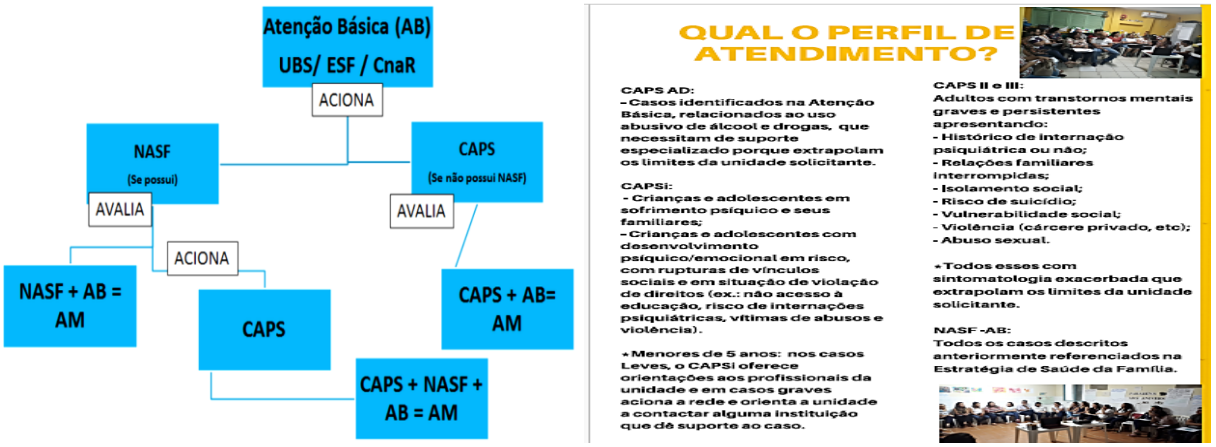
no momento que ocorre mudanças de gestão municipal este guia é retirado da página eletrônica oficial do governo e deixa de ser acessível aos profissionais. Sendo assim, mesmo na capital em que houve este movimento para a construção dos fluxos de forma coletiva, percebo que ainda há muita confusão, quiçá nos municípios alagoanos que ainda não despertaram para esta discussão.

Encontrei na maioria dos municípios iniciativas e exigências ministeriais sobre a construção destes fluxos de modo ainda muito discreto. A compreensão deste fluxo para os serviços tem se caracterizado como um movimento novo, estimulado pela gestão Estadual, apresentado e discutido aos municípios, tendo a participação de alguns poucos trabalhadores nas definições.

> Nós temos o fluxo regional. Como foi criado? Foi juntamente com o Estado, e todos os municípios participaram desse fluxo regional... Questão de referência contrarreferência do usuário. Como ele chega até o serviço? Tem que ser encaminhado? Tem que ser voluntariamente? E aí tudo isso tem no fluxo. Foi apresentado de forma geral para cada município onde teve representante naquele momento. Foi um dia justamente para discutir esse fluxo. Então, todos saíram com a cópia desse fluxo, foi discutido por meio de slide. A gente esclareceu tudo certinho e todos participaram ativamente na discussão (Coordenador 08).

Além deste fluxo regional, como bem menciona o coordenador 08, há um fluxo municipal, em que se define a rede de assistência municipal, e que também tem sido recentemente cobrado a sua diagramação,

> O fluxo do município, que envolve só o município. Nós enviamos também recentemente para o Estado. Parece que foi Fulaninha [uma das apoiadoras da SUAP] quem solicitou esse fluxo. Então nós temos esclarecido o fluxograma... Como é... Quais as articulações que a gente faz... Tentarei enfatizar aqui: "O usuário chegou à UBS voluntariamente, precisou de ajuda, foi discutido o caso pela equipe multiprofissional. Ele não tinha perfil para o serviço e para onde vai ser



Fonte: Guia de Matriciamento (Maceió, 2019).

> encaminhado? Para o CRAS, a assistência social? Para o CREAS? Para o CAPS I? (Coordenador 08).

> Em relação à saúde mental, fizemos um fluxo até recente, fizemos o desenho do fluxo do nosso serviço do CAPS, e o fluxo da rede que estamos para apresentar por esses dias. A gente vai fazer um fórum de saúde mental que justamente seria a reunião com todas as coordenações e com os funcionários, os profissionais dos serviços, e aí a gente vai fazer a reapresentação desse fluxo e conversar melhor sobre ele. Mas, a gente não tinha isso antes. Isso era algo mais particular da gente, vamos dizer assim, do nosso serviço. A gente não tinha isso compartilhado com a rede, e nem os outros serviços compartilhavam seus fluxos também com a gente. Isso vem sendo mais discutido agora (Coordenador 10).

A discussão sobre fluxos é tão recente nos municípios alagoanos, que não encontrei nenhum destes desenhos de fluxos publicizados nos meios digitais, dificultando o acesso a informação aos profissionais que não fazem parte daquele determinado serviço e não conhecem nem a dinâmica, nem o perfil de atendimento. As divulgações dos pactos realizados em reuniões intergestores sejam em Comissões Bipartite ou Tripartite, precisam ter suas pactuações disponíveis para todo o Estado. Quando estão indisponíveis não se tornam conhecidas por todos os trabalhadores envolvidos e isto gera muitas confusões de interpretação e atuação profissional.

Muitas consequências são nitidamente percebidas pela disseminação deficiente das informações. E as definições pouco compreendidas entre os coordenadores têm se tornado um desafio à prática do matriciamento, como deve ocorrer o sistema de referência e contra referência no modelo de clínica ampliada e atenção em rede ainda traz muitas dúvidas e impasses na realização de um trabalho articulado. Situação ainda mais agravante quando o coordenador tem pouca experiência sobre matriciamento, ou que ainda se mantém na ideia centrada no atendimento clínico ambulatorial.

> O fluxo aqui geralmente tem sido mais por encaminhamento do psiquiatra do ambulatório. Ele encaminha, a gente analisa... Como não temos o ENASF. A gente tem muita dificuldade e fica difícil trabalhar com o matriciamento. Eu como estou a pouco tempo nesta função, estou tendo muita dificuldade com o matriciamento. Porque tem coisas que não é CAPS, é CREAS. E quando a gente vai ver as equipes não estão trabalhando em conjunto. Eu estou tendo essa dificuldade muito grande (Coordenador 05).

> Teve algumas reuniões porque não estava tendo um fluxo. Por exemplo, na fisioterapia o paciente era encaminhado para 10 sessões e antes de terminá-las, o paciente ia ao médico e pegava um novo encaminhamento para permanecer ali, não tinha uma alta. Foi necessário ter reuniões para ver essa questão, porque não estava tendo esse fluxo... E estava tendo uma demanda reprimida devido a isto. Daí orientamos os médicos (porque eles entendiam assim: “O paciente ia diretamente a eles com esta necessidade... Porque o paciente apto, recebe a alta e libera a vaga para outros mantendo-se o fluxo e diminuindo a demanda reprimida. E assim foi feito e está fluindo (Coordenador 09).

Apesar de diversas compreensões sobre definições de fluxos, e do modelo de atenção está muito aquém do esperado para a realização do matriciamento, fica nítido o funcionamento voltado para a clínica individual e fragmentada do cuidado com diversos níveis de incompreensão sobre o trabalho em rede, o trabalho pactuado e com responsabilidades compartilhadas. No entanto, encontrei coordenadores motivados a aprender, e transformar a realidade local que relatam tentativas de desenhar fluxos iniciados a alguns anos.

> Inicialmente a gente realizou uma reunião de planejamento com todos os coordenadores do município A e montou esse fluxograma (já vai fazer 3 anos que estamos nessa atuação), a gente conversa justamente com os coordenadores e define o que é demanda CAPS, o que é demanda UBS, o que é dos setores, também têm reunião com CREAS, conselho tutelar... Eles encaminhavam muito para o CAPS demandas que eram da unidade básica de saúde (sintomas leves de ansiedade, luto... algumas coisas mais leves eles encaminhavam pra cá). Então agora eles já sabem basicamente para onde encaminhar. A gente prefere que os pacientes que são atendidos pela unidade básica de saúde passem primeiro pelo psicólogo da UBS, e ele vê a necessidade de direcionar para o CAPS (Coordenador 01).

Por isso são tão importante encontros constantes entre os profissionais e serviços, é através destes momentos de compartilhamento de situações que constrói-se coletivamente as resoluções. Entretanto, as decisões precisam ser organizadas para de fato serem efetivadas.

Enfim, muitos são os desafios à prática matricial, desde mudanças conjunturais, políticas e sociais à organização do trabalho. No processo de trabalho, desde o conceito que se tem de apoio matricial, saber o que de fato deve ser feito no matriciamento norteado pela clínica ampliada e princípios da reforma psiquiátrica, até onde realizar os registros das ações, quais ferramentas utilizar para facilitar o processo, e conhecer ou definir o fluxograma da rede de serviços, têm sido apontados como alguns dos diversos desafios no trabalho do profissional matriciador.

Sei ainda que níveis de comunicação e temperamento dos profissionais também se constituem em desafios para o matriciamento em Alagoas, como também não investir na educação permanente e saúde do profissional. É preciso deixar bem definidas as pactuações, principalmente ao ter um ciclo de rotatividade profissional diante dos modelos de gestão pautados na contratação temporária de profissionais; e inserir a participação dos usuários nas decisões como controle social que continuam distantes de serem absorvidos. Meios de publicação dos acordos são tão importantes quanto à realização das ações, pois de nada adianta investir em formação, se não há continuidade destas informações e determinações favoráveis (inclusive determinações com a participação dos usuários conforme orienta o

método de gestão de coletivos em que reforça o protagonismo do sujeito) a melhoria da qualidade destes serviços.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluo a presente tese de doutoramento em Serviço Social intitulada *'A Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde (SUS) e as ações de matriciamento em saúde mental: análise a partir da organização dos serviços de saúde em municípios alagoanos no período de 2016 a 2022'* alcançando os objetivos propostos de analisar os impactos da organização dos serviços de saúde do SUS na atenção psicossocial para as ações de matriciamento em saúde mental no estado de Alagoas.

Na tese busquei, mediante inquietações nutridas pela vivência profissional ao longo da carreira docente, definir o foco do meu estudo com um olhar voltado para a questão da organização do sistema de saúde e a realização do trabalho. Meu caminho foi inicialmente trilhado partindo do entendimento de que a implantação do matriciamento em saúde mental não dependia diretamente da motivação de trabalhadores, mas da organização do sistema de saúde, inserido num contexto mais amplo, sob influência de uma conjuntura econômica e política.

O aprofundamento de estudos históricos e teóricos sobre os modos de produção econômica sob referência da acumulação do capital e em especial sobre as particularidades do capitalismo monopolista foi fundamental para argumentar que as pactuações políticas sob a égide de interesses do mercado impactam diretamente na construção de políticas sociais, e aqui em especial políticas de saúde e nos seus desdobramentos, como na organização do SUS para a atenção psicossocial, bem como a incorporação das ações de apoio matricial.

Detectei nos estudos de revisão, que os impasses para a consolidação e efetivação do apoio matricial em Saúde mental na Atenção primária nos municípios alagoanos acontecem de forma muito semelhante a todo território brasileiro. Os impasses a realização do matriciamento emergem articulados a: obstáculos estruturais decorrentes do excesso de demanda e carência de recursos, obstáculos subjetivos e culturais interligados diretamente aos profissionais a partir de conflitos identitários e de relações de poder, obstáculos epistemológicos e políticos de inconsistências nas concepções sobre o modelo de assistência à saúde compartilhada em rede e sobre a política de saúde mental que considera as potencialidades do território, e obstáculos nos processos comunicacionais. Outros impasses como déficits na formação, relações de terceirização e precarização do trabalho, presença de processos seletivos sem critérios e definições de perfis atrelados a gestões políticas, também

foram apontados pelos estudos. No entanto, defendo que estes obstáculos surgem sob pressupostos de uma conjuntura política econômica regida por interesses privados.

Nos estudos teóricos sobre as políticas de saúde no capitalismo monopolista e implementação do SUS no Brasil evidenciei o poder de forças neoliberais ao oprimir projetos societários à classe trabalhadora, que diretamente obstaculizam o desenvolvimento de políticas sociais igualitárias, universais e mais acessíveis. A política social do Estado burguês no capitalismo monopolista impõe a intervenção do estado em prol da acumulação do capital, determinando-o como indutor de investimentos e regulador dos momentos de crise.

As influências do *Welfare State* ocorrido na Europa influencia outras nações, inclusive o Brasil, em períodos e condições bastante distintas, mas que acaba induzindo ao estabelecimento de políticas mais abrangentes e universais pautadas na cidadania, no compromisso com benefícios sociais e com a manutenção do emprego. Porém, para a existência de um mercado consumidor, as políticas sociais são essenciais, não somente para a regulamentação de direitos, mas como estratégias que indiretamente mantém a economia circulante. É neste contexto que o neoliberalismo se coloca como o terceiro estágio evolutivo do capitalismo que se estabelece sob a regência dos monopólios necessitando da intervenção estatal. Ou seja, o Estado assume um papel para além de regulador de tensões e concessor de direitos, mas para ajustar as contradições do sistema dominante, ao conceder benefícios a classe trabalhadora também se observa retorno ao capital.

No neoliberalismo é preciso reverter as crises e a queda da taxa de lucro criando novas condições de exploração da força de trabalho, que implicam na perda de garantias trabalhistas, aceitando-se muitas formas de desregulamentações. Como os monopólios não mantêm as condições necessárias aos trabalhadores, explorando a força de trabalho ao máximo com remunerações salariais mínimas, e condições precárias de trabalho para a obtenção de mais-valia, os valores pagos pelo trabalho acabam insuficientes à manutenção de todas as condições necessárias à vida. E por isso a importância da intervenção estatal, quem acaba assumindo a garantia do complemento destas necessidades é o Estado. São eles que através de políticas sociais amenizam a questão social, garantindo a implantação de direitos sociais e a redução das desigualdades.

Deste modo, as políticas sociais necessárias à garantia de direitos a uma assistência à saúde digna direciona a importância de implantar políticas de saúde que reduzam impactos da questão social no aspecto da saúde, promovendo melhorias no acesso e qualidade de assistência. O Brasil pautado nestes objetivos e por intensas lutas dos movimentos sociais, desenvolve o SUS, como parte das políticas sociais que garantem condições à população de

continuarem gerando capital (quando trabalham), e consumindo produtos (que são fabricados e/ou vendidos pelos capitalistas).

E aqui se evidenciam todas as contradições que serão embutidas na organização do SUS. Um sistema oriundo de uma política social nacional imbricada a seguridade social de ideais democráticos, constituído por necessidades sociais, mas sob princípios liberais e lapidado no decorrer do tempo por governos neoliberais (a partir de Fernando Collor, mas intensificado pelo Governo Fernando Henrique Cardoso), que incorporam orientações do Banco Mundial, de abertura de mercados, de ajuste fiscal reduzindo investimentos nas políticas sociais para o pagamento da dívida externa. E que atravessa dificuldades ainda mais complexas nos governos seguintes com a possibilidade de terceirização de serviços não-estatais, nos serviços públicos, e de privatização do SUS por dentro.

O SUS é formulado a partir de um conceito de saúde ampliado referenciado em determinantes sociais. Mas regulado por toda conjuntura econômica, que se traduz em privatização de serviços e precarização do trabalho sob um domínio cultural induzido pela pós-modernidade de aprofundamento ao neoliberalismo, a partir da liberdade de relações comerciais, e relações flexíveis de trabalho. Ou seja, é aqui que interesses privados acabam sendo constitucionalizados e a assistência à saúde pública passa a ser complementada com serviços de caráter não público, em que se possibilita repasse de recursos para empresas e profissionais liberais da iniciativa privada.

Deste modo, abre-se a possibilidade de muitos caminhos e desafios a serem trilhados em defesa de um SUS equânime, acessível e de qualidade. Muitas condições impostas à organização do sistema sob conceitos administrativos favoráveis à iniciativa privada, e não a manutenção de serviços públicos acabam impedindo seu funcionamento de forma adequada, impactando na realização de ações voltadas para atender a acumulação de capital, e não a integralidade do sujeito. Situações que acabam priorizando ações de saúde pontuais, unidimensionais, fragmentadas e lucrativas, totalmente avessas à lógica compartilhada defendida pelo matriciamento.

Compreendo que para promover a integralidade do cuidado à saúde é imprescindível incorporar o olhar ampliado, com várias perspectivas profissionais consideradas. O que remete a presença de modelos de assistência à saúde constituída sob pressupostos interdisciplinares e de ações multiprofissionais.

Pois bem, lógicas de assistência à saúde pautada em uma clínica ampliada, que consideram a integralidade do sujeito, e um trabalho em rede, articulado e resolutivo, necessitam do uso de estratégias como o apoio matricial, amplamente discutida na seção 3

desta tese. Neste momento defendo que é o matriciamento a estratégia de articulação entre os serviços especializados e os serviços de atenção primária instalados no território que efetivam o cuidado à saúde mental de forma universal, equânime e integral no SUS. E assim comecei a investigar como a organização dos serviços de saúde em Alagoas tem realizado o matriciamento em saúde mental.

As mudanças regimentais ocorridas ao longo do tempo e as orientações para a implementação e realização do apoio matricial, a partir dos estudos de Gastão Wagner de Souza Campos com a metodologia de Cogestão de Coletivos, favorece a democratização da gestão com a participação dos sujeitos tanto nos processos de gestão quanto nos processos de trabalho, e é a metodologia propícia para a efetivação do apoio matricial. Porém, a conjuntura política tem influenciado em sua efetivação, pois muitas mudanças normativas federais ocorridas recentemente, em especial nos últimos oito anos, têm confundido gestores e profissionais à implementação de algumas ações.

As regulamentações normativas no contexto brasileiro até o ano de 2017 eram favoráveis às ações de matriciamento quando a política de saúde mental era conduzida através da portaria 3088/2011 que estabelecia a Rede de Atenção Psicossocial constituída por dispositivos favoráveis ao processo de reforma psiquiátrica brasileira. Após esse período, aconteceram mudanças, antes mesmo das mais significativas ocorridas em 2017. Aos poucos os ENASF-AP foram se articulando às equipes de unidades básicas que não eram estratégia de saúde da família e não possuía o mesmo compromisso de vínculos no território, situação que se agrava com a publicação da nova PNAB excluindo-se a recomendação de ter um profissional de saúde mental nas equipes de apoio à atenção primária, e transferindo-se ao gestor local a responsabilidade de escolher e indicar os profissionais necessários ao município.

Outro destaque, agora de maior impacto, foi o retrocesso na Política de Saúde mental com a publicação da portaria 3588/2017, a partir do incentivo a assistência ambulatorial na lógica fragmentada e tradicional através das EMAESM, e com ênfase ao retorno dos hospitais psiquiátricos integrantes da RAPS. O que gerou uma verdadeira confusão na atuação do matriciamento.

As equipes não sabiam ao certo o que eram, se ENASF-AP, se EMAESM, e em que nível de complexidade deveriam funcionar quando classificadas como equipes de ligação, situação que se tornou ainda mais crítica a partir do desfinanciamento destas equipes através dos cortes orçamentários indicados pelo Programa Previne Brasil. Percebi, neste momento, estagnação nas ações de matriciamento no estado de Alagoas. Confusões que só começam a

se desvencilhar em 2023 com a publicação da portaria 635/ 2023 que define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho às Equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde, e o apoio matricial volta a ser estabelecido como uma das ações prioritárias.

Na tese defendo que além das questões normativas de ordem federal terem impactado diretamente no atraso de implantação e melhorias na execução do matriciamento em saúde mental do estado de Alagoas, a ausência de normativas estaduais e municipais também influenciam na falta de orientações bem definidas para a realização de ações matriciais. Inclusive a ausência destas definições também é vista em relação aos coordenadores, ao não identificarem os dispositivos de saúde existentes e registrados nos órgãos estaduais em seus municípios, revelando a discrepância entre os dados locais e estaduais, e a ausência de um desenho da rede local.

Defendo ainda que um dos princípios fundamentais para a implementação de ações matriciais é o conhecimento e a articulação da rede, e quando coordenadores expressam quantitativos de serviços irreais ratificam que a articulação territorial não existe, ou ocorre de forma utópica. Identifiquei no estudo que 65 municípios alagoanos realizam de alguma forma o matriciamento em saúde mental, ou seja, 63,72% do Estado. No entanto, acredito que estes números poderiam ser maiores se ações matriciais fossem reconhecidas como indicadores de desempenho tanto para atenção primária quanto para a saúde mental, na mesma proporção, e que se estabelecessem políticas estaduais e locais de incentivos financeiros para estimular a realização de tais ações.

Alagoas em relação ao matriciamento funciona sob normativas ministeriais, a gestão estadual somente realiza o apoio técnico, e quem oferta diretamente o matriciamento são os municípios, porém a maioria não elabora nenhuma instrução para que essas ações ocorram. Também observei que os acordos firmados que facilitam a realização das ações matriciais não são publicizados, o que acaba inacessível, e, com o passar do tempo e sucessivas mudanças governamentais, estes acordos tornam-se esquecidos.

É necessário que o estado de Alagoas, através do poder executivo e legislativo, firme acordos e publique-os, torne-os políticas locais transparentes e acessíveis, práticas possíveis quando a gestão apoia a atenção primária e 88,7% dos municípios com CAPS dizem ter incentivos da gestão para a realização do matriciamento. Também é fundamental o envolvimento da educação permanente na efetivação destas políticas, pois, àqueles municípios que a gestão não incentiva, a falta de conhecimento sobre apoio matricial foi um dos motivos apontados.

Em relação à organização do trabalho em serviços e sua realização em equipes multiprofissionais, destaquei as potencialidades e os desafios ao matriciamento. Parti do pressuposto sob referencial de Marx e Lukács de que o trabalho é a categoria fundante do mundo dos homens e o intercâmbio entre o homem e a natureza, que é um processo que transforma a força corporal em produto, que trabalha para sobreviver e se sentir realizado, mas que no capitalismo monopolista este trabalho passa a ser objeto de exploração e acumulação de capital para uma classe dominante, sendo coisificado, como se não houvesse valores objetivos e subjetivos incorporados a eles.

No trabalho em serviço, ou seja, no trabalho que não produz algo material como no contexto fabril, o trabalho se dá nas relações de quem presta e quem recebe o serviço a fim de satisfazer uma necessidade específica, aqui o trabalho está no processo e não necessariamente no resultado da ação, é uma atividade de troca o trabalhador realiza o serviço. Apesar de entender que, alguns estudiosos consideram produtivo aquele trabalho que está ligado a produção de mais-valia, principalmente nos processos industriais de que o trabalho fabril produz algo material, no trabalho em serviços de saúde defendo a posição de que ele não produz definitivamente um produto material, mas ele produz resultados durante o processo.

Assim, incorporo as ideias de Franco e Merhy de que o trabalho em saúde é produtivo e possui uma dimensão relacional central no processo de trabalho agregando termos ainda da produção fabril aqui, na prestação de serviços de saúde, como o uso de tecnologias, mesmo que estas tecnologias ultrapassassem o imaginário de tecnologias como sinônimo de maquinários de alta complexidade.

Assumo nesta tese, a ideia defendida por Merhy da produção de cuidados nos serviços de saúde através das tecnologias, sejam elas relacionais ou não, mas necessárias no processo de trabalho assistencial ou de gestão. É a produção de ações na oferta dos serviços de saúde para pessoas que necessitam consumir estes cuidados. Mesmo compreendendo que o uso de termos como “produzir” e “consumir” são termos ligados aos meios de produção capitalista, mas que podem ser ressignificados para a compreensão de que a produção tem o objetivo fim de melhorar as condições da pessoa cuidada, ou seja, a centralidade dos benefícios é direcionada ao sujeito e não ao capital. Considero que são processos contraditórios, já que mobilizam interesses antagônicos que perfazem as lutas por direitos e pela qualidade da saúde ofertada à sociedade.

O serviço público, que deveria ser improdutivo[119], assume um papel do qual é gerador de empregos e assim, alguns impactos organizacionais são observados, desde a contratação de empresas privadas para a realização do trabalho sem a preocupação direta de manter garantias trabalhistas (tendo em vista contratos temporários sem ocorrer por vias de concurso público), das quais se traduzem na redução da força de trabalho e da remuneração salarial, no aumento da precarização das condições de trabalho, no estímulo a realização de ações mais prescritivas e curativas do que no âmbito preventivo e de promoção à saúde. Diante destas mudanças conjunturais, os serviços públicos de saúde acabam colaborando com os serviços privados para a acumulação do capital. A terceirização de serviços e de trabalhadores acabam gerando lucros para algumas empresas e mais precarização ao trabalho.

Argumento ainda que, para a prestação integral deste cuidado a saúde, ele deve ser realizado por uma equipe multiprofissional, no qual defendemos que o seu processo de trabalho envolve o processo de gestão, questões determinantes para a discussão do trabalho no SUS. Vários modelos de gestão dos serviços, inclusive a partir de contrarreformas, têm privilegiado a iniciativa privada suprimindo a proteção do trabalhador e intensificando a insegurança econômica gerada pelo Mercado.

Mas em tese defendo que, para se trabalhar no SUS metodologias de gestão do trabalho são fundamentais, principalmente quando se trata de trabalho coletivo multiprofissional, que defende a autonomia profissional e a reconstrução das subjetividades de todos os sujeitos envolvidos, seja a pessoa cuidada, seja o trabalhador que presta este cuidado, ou seja, o gestor que promove o acesso ao serviço. E para isto é necessário a gestão de coletivos, que busca superar o controle monopolista, o racionalismo positivista e a alienação do trabalho através do matriciamento.

Nas discussões sobre os desafios ao matriciamento nos municípios alagoanos a partir da organização do trabalho das equipes multiprofissionais em saúde no SUS, percebi que mudanças recentes da Política Nacional de Saúde Mental e a cultura local arraigada de favores políticos pressupõem impactos negativos na organização destes serviços, e principalmente na responsabilização das equipes multiprofissionais com a realização de ações matriciadoras em saúde mental articulada à atenção primária.

[119] O Serviço público em sua essência é improdutivo, pois não objetiva a obtenção do lucro e sim a prestação do serviço em prol da sociedade, ou seja, não há lucratividade para o governo; no entanto, quando o governo contrata empresas para realizar suas funções, estas empresas aceitam com a condição de gerar lucros para si, e deste modo se estimula a produção de capital para terceiros.

Argumento que a formação e experiência profissional dos coordenadores/ responsáveis pelo matriciamento influencia todo o processo, quanto mais informações, ou elementos de conhecimento e vivências durante a graduação ou pós-graduação se possui sobre clínica ampliada e matriciamento, melhor a condução dos processos matriciais, e isso também reforça a necessidade de manter este ciclo de aperfeiçoamentos através da educação permanente.

Defendo ainda, sob tese dos resultados da pesquisa de campo, que quanto mais indicação política por meio de cargos comissionados e contratos temporários na contratação das equipes, sem considerar minimamente a qualificação profissional durante os processos seletivos e o perfil profissional desejado, maior impacto negativo na realização de ações matriciais.

Além disso, concluo que serviços de saúde geridos pela lógica neoliberal, terceirizados e precarizados violam direitos trabalhistas. Entre os direitos violados a ausência de carteira de trabalho assinada, baixas remunerações salariais foram situações muito evidenciadas no estado de Alagoas, bem como a ausência de profissionais sindicalizados. Somados a isto, a grande rotatividade de profissionais e a ausência de vínculo profissional - pessoa cuidada, geram mais desmotivação da equipe, insatisfação profissional e insegurança econômica aos trabalhadores, que afetam diretamente na qualidade dos serviços prestados.

Em Alagoas o número superior de mulheres coordenando serviços de saúde em comparação aos homens impulsiona transformações culturais, mas, também percebi maior aceitação a menores remunerações salariais e piores condições de trabalho, tendo em vista a necessidade de manterem o sustento de seus lares. Estes dados evidenciam que o Estado precisa pensar em políticas públicas voltadas à mulher trabalhadora, inclusive como matriciadora em saúde mental, para fortalecer a manutenção de seus vínculos e articulações realizadas.

Propriamente na última seção da tese explorei questões voltadas à gestão do processo de trabalho como elemento fundamental na organização do SUS. Defendendo a importância dos registros das ações matriciais nos locais adequados para gerar informações confiáveis. A ausência de notificações municipais nos Sistemas de Informação específicos orientados pelos órgãos federais e estaduais, não geram informações adequadas para o repasse dos recursos financeiros. Ademais, o Estado de Alagoas ainda possui acesso à *internet* limitado em seus municípios, que resultam em registros duplos, inicialmente em impressos e posteriormente em canais digitalizados, apontando para o excesso de trabalho desnecessário; ou a ausência de

registros compartilhados entre os profissionais, já que o prontuário eletrônico passa a ser suprimido.

No entanto, os instrumentos que facilitam a realização do matriciamento são pouco explorados, de 63,72% dos municípios alagoanos que dizem realizar o matriciamento, somente 18% discutem os casos e constroem o PTS, ou seja, dados muito aquém do desejado, é preciso aumentar estes números, e a utilização de outras ferramentas também, como articulações com a família e redes, realizar consultas e visitas domiciliares conjuntas, planejamentos contínuos, manter agendas de reuniões frequentes, e adotar canais de comunicação abertos e informais para aproximar os profissionais dos serviços e favorecer os encaminhamentos necessários.

Os serviços matriciadores de Alagoas ainda conhecem pouco seu território e ainda consideram "quase tudo" que fazem de forma coletiva, como ações matriciais. Ainda possuem dificuldades de identificar o que de fato é ação matricial, e incorporar a essência que as distingue de ações comuns, de cunho coletivo. Percebi que na grande maioria, as ações ainda são ínfimas diante do potencial que possuem para intervirem na resolutividade das situações considerando a integralidade do cuidado.

Outra questão é a forma como os atendimentos individualizados têm sido realizados, se de fato eles estão sob a lógica da clínica ampliada, ou se remetem ao modelo tradicional e fragmentado de assistência, já que a política nacional, em alguns documentos não estimulam práticas reformadas e sim números de atendimentos individualizados. Defendo a tese que seja revista as formas de descrição destas ações individualizadas, não porque são menos importantes, muito pelo contrário, há situações que são indispensáveis, porém elas não podem ocorrer sem a articulação direta com o contexto apresentado.

Do mesmo modo que defendo que ações grupais, ou coletivas não devem considerar exclusivamente orientações e calendários nacionais. As demandas e as necessidades locais resgatam o caráter matriciador da resolutividade em rede, e da integralidade do cuidado que o matriciamento propõe atingir. Da mesma maneira que os encaminhamentos não devem ser resumidos a um simples preenchimento de ficha que reforce modelos de saúde pautados na lógica da burocratização.

O Estado necessita definir como devem ser feitos os encaminhamentos no processo matricial, como essas fichas podem ser utilizadas de modo que não reproduzam a imparcialidade de um modelo tradicional fragmentado. Então, as capacitações e supervisões devem ser constantes para colaborarem com o esclarecimento de dúvidas, e realização eficiente do matriciamento.

Outra questão observada que comprova minha hipótese foi que, o aprofundamento de gestores sobre a temática, e a falta de política de saúde mental estadual e municipal com fluxos definidos e publicizados, são fatores que também dificultam ou retardam à consolidação da política de saúde mental e ações de apoio matricial em Alagoas, que na maioria depende da cultura local, da gestão dos serviços e do trabalho, e dos interesses do Estado.

Muitas sugestões foram identificadas durante a pesquisa, desde a participação dos profissionais nos processos seletivos, formação continuada, aumento na rede de serviços e do número de profissionais, até a definição de políticas transparentes e articuladas para a consolidação do matriciamento nos municípios alagoanos.

Defendo em tese que reformulações políticas são possíveis, e definições de normas para a contratação de profissionais observando-se critérios quando não há possibilidades de concurso público, contratos que garantam a continuidade do trabalho sem impactar na realização da assistência, desvinculados as questões de indicação política ou trocas de gestão municipal, seria o primeiro passo para que a política de saúde mental fosse efetivada com sucesso.

Quanto às limitações do estudo, consegui analisar umas das dimensões, os profissionais ligados a gestão dos serviços, no entanto, é necessário aprofundar esta temática escutando os secretários de saúde, os profissionais dos serviços matriciados, as pessoas e as famílias cuidadas neste processo, para que de fato, a análise seja ampliada do mesmo modo que na clínica, que se propõe no processo matricial.

No entanto, concluo que esta tese pode motivar a universidade a reativar projetos de extensão que trabalhem com assessorias aos municípios no processo matricial, e inclusive colaborem na discussão com o Estado para a formulação de políticas públicas articuladas e bem definidas favoráveis ao matriciamento em Saúde Mental.

Além disto, acredito que estes dados mostram a necessidades de incluir na formação dos profissionais de saúde conteúdos como o matriciamento, tendo em vista o importante papel de transformação na lógica de assistência à saúde que esta estratégia possui à integralidade do cuidado, inclusive na formação do assistente social, bem como aos demais profissionais da área de saúde. As reflexões da tese ampliam a visão de mundo dos profissionais envolvidos, podendo influenciá-los na elaboração de políticas públicas locais mais igualitárias e universais, inclusive as políticas de saúde mental.

Para o PPGSS, a defesa de teses desta natureza, além de aumentar as reflexões teóricas sobre políticas de saúde, também elucidaram que o contexto político trilhado durante a

história tem influenciado determinadas posturas da gestão frente à organização do SUS que impactam diretamente no desenvolvimento de ações matriciais e do processo de trabalho dos matriciadores. Sendo assim, encerro esta tese com a certeza de que muitos debates surgirão ao enfrentamento de infinitos desafios. Continuemos a desvendá-los!!!

REFERÊNCIAS

ACCARINI, A. Confira as 12 formas de contratação de trabalhadores e saiba quais são seus direitos. **Central Única dos Trabalhadores (CUT)**, 19 Jul. 2022. Disponível em: https://www.cut.org.br/noticias/confira-as-12-formas-de-contratacao-de-trabalhadores-e-saiba-quais-sao-seus-dire-0712#. Acesso em: 16 jan. 2024.

ALAGOAS. Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas (SESAU). **Plano Estadual de Saúde de Alagoas 2020-2023**. Maceió: SESAU, 2020. 358p.

ALAGOAS, Secretaria do Estado da Saúde de Alagoas. **Educ@ SESAU**. Cursos EAD. Disponível em: http://educasesauead.saude.al.gov.br/ , Acesso em: 19 dez 2023.

ALVES SILVA, T. *et al*. (Re)Visitando a reforma psiquiátrica brasileira: perspectivas num cenário de retrocessos. **Avances en Enfermería**, Bogotá , v. 38, n. 3, p. 380-386, dez. 2020. DOI: https://doi.org/10.15446/av.enferm.v38n3.82440. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002020000300380&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 08 jul. 2024.

ALVES, G. Crise estrutural do capital, maquinofatura e precarização do trabalho a questão social no século XXI. **Textos & Contextos,** Porto Alegre, v. 12, n. 2, p. 235-248, Jul./Dez. 2013. Disponível em: https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/download/15882/10735. Acesso em: 22 jul. 2023.

ALVES, G. Trabalho, corpo e subjetividade: toyotismo e formas de precariedade no capitalismo global. **Trabalho, Educação e Saúde,** v. 3, n. 2, p. 409-428, 2005. DOI: https://doi.org/10.1590/S1981-77462005000200009. Disponível em: https://www.scielo.br/j/tes/a/GsSvG7FXBNNzcZkrg9V9cvB/?lang=pt. Acesso em: 22 set. 2023.

ALVES, G; VIZZACARO-AMARAL, A. L (org.). **Trabalho, saúde e barbárie social**: pandemia, colapso ecológico e desenvolvimento humano. Marília: Projeto Editorial Praxis, 2021. 228p.

ALVES SILVA, T.A. *et al.(*Re)Visitando la reforma psiquiátrica brasileña: perspectivas en un escenario de retroceso. **Av Enferm**., v.38, n.3, p. 380-386, 2020. DOI: http://doi.org/10.15446/av.enferm.v38n3.82440. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002020000300380. Acesso em: 10 mai. 2022.

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007. 123p.

ARAÚJO, A. A. M. de. O trabalho do assistente social na saúde mental: revisão narrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 1, sup., n.59, e4250, p.1-7, set. 2020. DOI: https://doi.org/10.25248/reas.e4250.2020. Disponível em: https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/4250. Acesso em: 27 mar. 2024.

ARAÚJO, A. H. dos S.; SANTOS FILHO, J. E.; GOMES, F. G. Lei de Responsabilidade Fiscal: efeitos e consequências sobre os municípios alagoanos no período 2000-10. **Revista Administração Pública**, v. 49, n. 3, Mai./Jun. 2015. DOI: https://doi.org/10.1590/0034-7612132652. Disponível em:https://www.scielo.br/j/rap/a/3NWxBKFfhJqvTRbhgFtQWTs/?lang=pt. Acesso em: 27 jul. 2024.

ARAUJO, C. B. de. **O Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica [Nasf-AB]: estudo de casos múltiplos sobre o apoio matricial na atenção básica em uma cidade de médio porte de Minas Gerais.** Orientador: João Leite Ferreira Neto 2019. Tese (Doutorado em psicologia) - Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2019.

BAHIA, L. Sistema Único de Saúde. *In*: PEREIRA, I. B; LIMA, J.C.F. (org). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. atua. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

BARBOSA, T.K.G.B. de M. **Saúde Mental e Demandas profissionais para o Serviço Social.** 2006. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Faculdade de Serviço Social, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2006.

BARBOSA DA SILVA, A. P. C. **Apoio Matricial do Nasf:** Representação social de profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre assistência à saúde.Orientador: Paulo Afrânio Sant'Anna. 2017. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino em Saúde) - Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Diamantina, 2017. Disponível em: http://acervo.ufvjm.edu.br/jspui/handle/1/1781. Acesso em: 14 nov. 2022.

BARDIM, L. **Análise de Conteúdo**. Tradução de Luis Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2016.

BARROS, A. de. **Precarização:** degradação do trabalho no capitalismo contemporâneo. Maceió: Coletivo Veredas, 2019. 147p.

BAUMAN, Z. **O mal-estar da pós-modernidade**. Brasil: Zahar, 1998. 272p.

BEHRING, E.R. Acumulação capitalista, fundo público e política social. *In* BEHRING, E.R. *et al*. **Política Social no capitalismo**: tendências contemporâneas. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2009, p. 44-63.

BEHRING, E.R.; BOSCHETTI, I. **Políticas Sociais**: fundamentos e história[livro eletrônico]**.** São Paulo: Cortez, 2016. *E-book*.

BISNETO, J. A. **Serviço Social e Saúde Mental**: uma análise institucional da prática. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2007. 222p.

BISPO JR, J.P.; ALMEIDA, E. R. de. Equipes multiprofissionais (eMulti): potencialidades e desafios para a ampliação da atenção primária à saúde no Brasil. **Caderno Saúde Pública,** v.39, n.10, e00120123, 2023. DOI: 10.1590/0102-311XPT120123. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/Vc9wbm9xLKqTKRScJwBym5d/?lang=pt. Acesso em: 27 mar. 2024.

BONFIM, I.G. *et al*. Matrix support in mental health in primary halth care: a review of scientific papers and official documents. **Interface (Botucatu)**, v.17, n.45, p.287-300, June. 2013. Disponível em: https://www.scielo.br/j/icse/a/6HHKZ5VHXNVRySz4LSzBhyg/abstract/?lang=en#. Acesso em: 12 ago. 2022.

BONFIM, P. Entre o público e o privado: as estratégias atuais no enfrentamento à questão social. **Revista Katálise,** Florianópolis, v. 13, n. 2, p. 270-275, jul./dez. 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rk/a/5G5mRfFyTR3yBvyXXhH3HyG/. Acesso em: 27 mar. 2024.

BOSCHETTI, I. *et al*. **Política Social no capitalismo**: **tendências contemporâneas.** 2. ed. São Paulo: Cortez, 2009. 280p.

BOTELHO, L.L.R.; CUNHA, C.C.A.; MACEDO, M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. **Gestão e Sociedade,** v.5, n.1, p. 121-136, dez. 2011. DOI:

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). **Indicadores do PMAQ: NASF**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 23 out. 2017a. Disponível em: https://aps.saude.gov.br/noticia/2473. Acesso em: 26 jan. 2024.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família e Comunidade. Coordenação-Geral de Saúde da Família e Comunidade. Coordenação de Ações Interprofissionais. **Nota técnica nº 10/2023-CAIN/CGESCO/DESCO/SAPS/MS.** Diretrizes para reorganização das Equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde. Brasília, DF: Coordenação de Ações Interprofissionais, 2024a. Disponível em:https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/agosto/arquivos/nt10caimdescosaps.pdf. Acesso em: 27 mar. 2024.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Brasília, DF: Senado Federal, 2016a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 17 jan. 2024.

BRASIL. **Atenção Primária e Atenção Especializada:** Conheça os níveis de assistência do maior sistema público de saúde do mundo. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023a. Disponível em: https://aps.saude.gov.br/noticia/16496. Acesso em: 11 mai. 2023.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 287 de 08 de outubro de 1998.** Relaciona categorias profissionais de saúde de nível superior para fins de atuação. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 08 out. 1998. Disponível em: https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/acesso-a-informacao/legislacao/resolucoes/1998/resolucao-no-287.pdf/view. Acesso em: 04 mar. 2023.

BRASIL. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Dulce Helena Chiaverini *et al.* (org). Brasília (DF): Ministério da Saúde, Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete da Ministra. Portaria GM/MS nº 635, de 22 de maio de 2023, que institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes multiprofissionais na atenção primária à saúde.**Diário Oficial da União:** seção 1-extra b, Brasília, DF, ed. 96-b, p. 1, 22 mai. 2023b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete da Ministra. Portaria GM/MS nº 757, de 21 de junho de 2023, que revoga a portaria GM/MS 3.588, de 21 de dezembro de 2017, e dispositivos das portarias de consolidação GM/MS nº 3 e 6, de 28 de setembro de 2017, e repristina redações. **Diário Oficial da União:** seção 1,Brasília, DF,ed. 117, p. 296, 22 jun. 2023c,

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, supl., p. 1, 03 out. 2017b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html. Acesso em: 25 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do sistema único de saúde. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, , n.190, Supl., 03 out. 2017c. Disponível: https://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Legislacoes/Portaria_Consolidacao_6_28_SETEMBRO_2017.pdf . Acesso em: 16 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da saúde. Gabinete do ministro. Portaria GM/MS nº 102, de 20 de janeiro de 2022, que altera a portaria GM/MS nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019, que dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil.**Diário Oficial da União:** seção 1, Brasília, DF,ed. 15, p.197, 21 jan. 2022a. Disponível em: https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-102-de-20-de-janeiro-de-2022-375495336. Acesso em: 16 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 825, de 25 de abril de 2016, que redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. **Diário Oficial da União:** seção 1, Brasília, DF, ed. 78, p.33, 26 abr. 2016b. Disponível em: https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/portal/pdf/saude337202111.pdf. Acesso em: 16 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008, que cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF.**Diário Oficial da União:** seção 1, Brasília, DF,n. 43, p.10, 04 mar. 2008. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html.Acesso em: 16 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2436, de 21 de setembro de 2017, que aprova a política nacional de atenção básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da atenção básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União:** seção 1, Brasília, DF, ed. 183, p.68, 22 set. 2017d,. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19308123/do1-2017-09-22-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017-19308031. Acesso em: 16 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2979, de 12 de novembro de 2019, que institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da atenção primária à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da portaria de consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. **Diário Oficial da União:** seção 1, Brasília, DF, n. 220, p.97-99, 13 nov. 2019a. Disponível em:

https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180. Acesso em: 16 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012, que redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) modalidades 1 e 2 às equipes saúde da família e/ou equipes de atenção básica para populações específicas, cria a modalidade Nasf 3, e dá outras providências.**Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 28 dez. 2012. Disponível em:https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124_28_12_2012.html. Acesso em: 16 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019, que dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil. **Diário Oficial da União:** seção 1**,** Brasília, DF, ed. 239, p. 172, 11 dez. 2019b. Disponível em: https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-3.222-de-10-de-dezembro-de-2019-232670481. Acesso em: 16 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 548, de 4 de abril de 2013, que define o valor de financiamento do piso da atenção básica variável para os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) modalidade 1, 2 e 3.**Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 65, p. 59, 05 abr. 2013a. Disponível em: https://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2017/07/DAB_PORTARIA_N548_4ABRIL2013.pdf. Acesso em: 16 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 761, de 8 de julho de 2013, que estabelece normas para o cadastramento no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (SCNES). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 08 jul. 2013b . Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2013/prt0761_08_07_2013.html. Acesso em 28 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 3088 de 23 de dezembro de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do sistema único de saúde. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 23 dez. 2011b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html#:~:text=PORTARIA%20N%C2%BA%203.088%2C%20DE%2023,%C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde%20(SUS). Acesso em: 20 dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 3588 de 21 de dezembro de 2017, que altera as portarias de consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providencias. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 21 dez. 2017e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Retificações publicadas em 22 de janeiro de 2018. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ed.15, p. 5-4, 22 jan. 2018. Disponível em: https://www.in.gov.br/web/dou/-/retificacao-2023474. Acesso em: 25 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Republicada a portaria 3088 de 23 de dezembro de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e

com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 21mai. 2013c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ):** manual instrutivo para as equipes de atenção básica (saúde da família, saúde bucal e equipes parametrizadas) e NASF. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Portaria nº 99, de 27 de fevereiro de 2020, que redefine registro das equipes de atenção primária e saúde mental no Cadastro Nacional do Estabelecimentos de Saúde (CNES**). Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 29, p.57, 11 fev. 2020a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Portaria nº 37, de 18 de janeiro de 2021, que redefine registro das equipes de atenção primária e saúde mental no Cadastro Nacional do Estabelecimentos de Saúde (CNES). **Diário Oficial da União:** seção 1, Brasília, DF, ed. 14, p.132, 21 jan. 2021a. Disponível em: https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-37-de-18-de-janeiro-de-2021-299987615. Acesso em: 20 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. **Instrutivo Técnico da Rede de Atenção Psicossocial (Raps) no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022b. 52p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/instrutivo_tecnico_raps_sus.pdf. Acesso em: 28 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (Dapes). Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (CGMAD). **Como implantar as equipes Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental**. Brasília, DF: Ministério da saúde, atual. em 22 fev. 2023d. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/saips/instrutivo-de-implantacao-das-equipe-multiprofissional-sm_.pdf . Acesso em: 16 mai. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Nota técnica nº 3/2020-DESF/SAPS/MS**. Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e Programa Previne Brasil. Brasília, DF: SEI/MS – 001325991- nota técnica, 2020b. Disponível em: https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/01/NT-NASF-AB-e-Previne-Brasil-1.pdf. Acesso em: 02 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Manual instrutivo financiamento do APS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_financiamento_aps.pdf. Acesso em: 30 out. 2023.

BRASIL. Portaria nº 3.342, de 7 de dezembro de 2017, que divulga lista dos entes federados habilitados ao recebimento do incentivo financeiro de que trata a Portaria nº 3.194/GMS/MS

de 27 de novembro de 2017. **Diário Oficial da União:** seção 1, Brasília, DF, ed. 235, p.144-198, 8 dez. 2017f. Disponível em: https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-3-342-de-7-de-dezembro-de-2017-869275. Acesso em: 30 out. 2023.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990, que dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais. **Diário Oficial da União:**seção 1, Brasília, DF, p. 23935, 12 abr. 1990. Disponível em: https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1990/lei-8112-11-dezembro-1990-322161-publicacaooriginal-1-pl.html. Acesso em: 30 out. 2023.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, que estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências.**Diário Oficial da União**: seção 1, p.1, 78 p, 05 mai. 2000c. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp101.htm. Acesso em: 27 jul. 2024.

BRASIL. Presidência da Republica. Secretaria-Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei Nº 13.840, de 5 de Junho De 2019. Altera as Leis nos 11.343, de 23 de agosto de 2006, 7.560, de 19 de dezembro de 1986, 9.250, de 26 de dezembro de 1995, 9.532, de 10 de dezembro de 1997, 8.981, de 20 de janeiro de 1995, 8.315, de 23 de dezembro de 1991, 8.706, de 14 de setembro de 1993, 8.069, de 13 de julho de 1990, 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e 9.503, de 23 de setembro de 1997, os Decretos-Lei nos 4.048, de 22 de janeiro de 1942, 8.621, de 10 de janeiro de 1946, e 5.452, de 1º de maio de 1943, para dispor sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas. **Diário Oficial da União:** Brasília, DF, 6 jun. 2019c. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/l13840.htm. Acesso em: 16 jun. 2023.

BRASIL. Secretaria de Atenção Primaria à Saúde. SISAB - Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB).**Visão Geral do Sistema** [recurso eletrônico]. Brasília, DF: SAPS, 2024b. Disponível em: https://sisapsdoc.saude.gov.br/pt-br/sisab#:~:text=O%20Sistema%20de%20Informa%C3%A7%C3%A3o%20da,informa%C3%A7%C3%A3o%20da%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20Prim%C3%A1ria%20vigente . Acesso em: 25 jan. 2024.

BRASIL. Senado Federal. **Consolidação das leis do trabalho (CLT) e normas correlatas.** Brasília, DF: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2017g, 189 p. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/535468/clt_e_normas_correlatas_1ed.pdf. Acesso em: 25 jan. 2024.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Criação de cargos em comissão. Requisitos estabelecidos pela Constituição Federal. Estrita observância para que se legitime o regime excepcional de livre nomeação e exoneração. Repercussão geral reconhecida. Reafirmação da jurisprudência da Corte sobre o tema**. Brasília, DF: Supremo Tribunal Federal (STF), 6 set. 2018. Relator Ministro Dias Toffoli. Documento assinado digitalmente. Disponível em: https://portal.stf.jus.br/jurisprudenciaRepercussao/verPronunciamento.asp?pronunciamento=7174097. Acesso em: 18 jan. 2024.

BRAVO, M. I. S. Política de Saúde no Brasil. *In*: MOTA, E. *et al* (org). **Serviço Social e Saúde:** Formação e Trabalho Profissional. 3. ed. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2008, p. 88-110.

BRAVO, M. I. S.; CORREIA, M. V. C. Desafios do controle social na atualidade. **Serv. Soc. Soc**., São Paulo, n. 109, p. 126-150, jan./mar. 2012. DOI: https://doi.org/10.1590/S0101-66282012000100008. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sssoc/a/NkpLbcXZf5mPHkHrksGGXnf/. Acesso em: 09 jul. 2024.

BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. de. A saúde nos governos Lula e Dilma: algumas reflexões. *In*: BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. de (org.). **Saúde na atualidade**: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. 1 ed. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011. p. 15-28.

BRAVO, M. I. S.; PELAEZ, E. J.; PINHEIRO, W. N. As contrarreformas na política de saúde do governo Temer. **Argumentos**, Vitória, v. 10, n. 1, p. 9-23, jan./abr. 2018. Disponível em: https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/download/19139/13218/56545. Acesso em: 22 set. 2023.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **PHYSIS: Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.77-93, 2007. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006. Acesso em: 28 Jun. 2024.

CÂMERA DOS DEPUTADOS. Biografia de Getúlio Vargas.**Agência Câmara de Notícias,** Brasília, DF, 22 abr. 2004. Disponível em: https://www.camara.leg.br/noticias/47354-biografia-de-getulio-vargas/. Acesso em: 13 fev. 2024.

CÂMERA DOS DEPUTADOS. Dilma Rousseff inicia, aos 67 anos, seu segundo mandato como presidente.**Agência Câmara de Notícias,** Brasília, DF, 01 jan. 2015. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/93690-os-presidentes-da-redemocratizacao/>. Acesso em: 30 jun. 2024.

CÂMERA DOS DEPUTADOS. Michel Temer toma posse como presidente da República.**Agência Câmara de Notícias,** Brasília, DF, 31 out. 2016. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/93690-os-presidentes-da-redemocratizacao/>. Acesso em: 30 jun. 2024.

CÂMERA DOS DEPUTADOS. Os presidentes da redemocratização.**Agência Câmara de Notícias,** Brasília, DF, 28 dez. 2006. Disponível em: https://www.camara.leg.br/noticias/93690-os-presidentes-da-redemocratizacao/. Acesso em: 30 jun. 2024.

CAMPOS, G.W.S. Apresentação. *In*: SANTOS-FILHO, S. B.; BARROS, M.E.B de (org.). **Trabalhador da Saúde: muito prazer**! Protagonismos dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Ijuí: Editora Unijuí, 2007. p.11-15.

CAMPOS, G.W.S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência & SaúdeColetiva,** Abrasco, v.4, n.2, p.393-403, 1999. DOI: https://doi.org/10.1590/S1413-81231999000200013. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/BLy9snvLVLbQRcZCzgFGyyD/. Acesso em: 15 jul. 2022.

CAMPOS, G.W.S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos.** A constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda.4. ed. São Paulo: Hucitec, 2013. 240 p.

CAMPOS, G.W.S.; CAMPOS, R. T. O. Gestão em saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. **Dicionário da educação profissional em saúde.** 2.ed. atual. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 231-235.

CAMPOS, G.W.S; DOMITTI, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v.23, n. 2, p. 399-407, 2007. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/VkBG59Yh4g3t6n8ydjMRCQj/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 15 jul. 2022.

CARDOSO, F.M.C.; JOAZEIRO, E.M.G.Saúde mental e defesa da vida em tempos de pandemia. **Em pauta**, Rio de Janeiro, n. 49, v. 20, p. 109 – 124, 2022.DOI: https://doi.org/10.12957/rep.2022.63474. Disponível em: https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaempauta/article/view/63474. Acesso em: 25 ago. 2023.

CASTRO, C.P. de. **Análise da estratégia de apoio matricial no SUS Campinas**. 2015. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) - Universidade Estadual de Campinas –SP, Campinas, SP, 2015. Disponível em: https://repositorio.unicamp.br/Busca/Download?codigoArquivo=452291. Acesso em: 30 mai. 2021.

CASTRO, E. D. de; LIMA, E. M. F. de A.Resistência, inovação e clínica no pensar e no agir de Nise da Silveira**. Interface**, Botucatu, v.11, n. 22, ago 2007, DOI: https://doi.org/10.1590/S1414-32832007000200017. Disponível em: https://www.scielo.br/j/icse/a/Cv5FYpFCjDLL9gRTBqBCRDg/?format=html&lang=pt#, Acesso em: 08 jul. 2024.

CAVALCANTE, A. R. de L. **Apoio matricial enquanto dispositivo de cuidado e práticas interdisciplinares em saúde mental.** 2019. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2019.

CAVALCANTE, G.M.M; PRÉDES, R. A precarização do trabalho e das políticas sociais na sociedade capitalista: fundamentos da precarização do trabalho do assistente social. **Libertas,** Juiz de Fora, v.10, n.1, p. 1-24, Jan./Jun, 2010. Disponível em: https://periodicos.ufjf.br/index.php/libertas/article/download/18195/9446/76135. Acesso em: 30 out. 2021.

CHAZAN, L.F. *et al*. O apoio matricial na Atenção Primária em Saúde no município do Rio de Janeiro: uma percepção dos matriciadores com foco na Saúde Mental. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n.2, e290212, 2019. DOI: https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290212. Disponível em: https://www.scielo.br/j/physis/a/WkPqgZjvK89cJ9QbWPGVCqb/. Acesso em: 15 mai. 2022

CHIAVERINI, D.H. *et al* (org). **Guia prático de matriciamento em saúde mental.** Brasília, DF: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

CIES/AL, RMSFC/UNCISAL. Comissão de Integração Ensino e Serviço CIES-Estadual em parceria com o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e

Comunidade UNCISAL. **Relatório Técnico das Ações de EPS 2019/2022:** Recorte temático para o Setor Saúde Mental**.** Bruna Loren Silva Caldas, e Teresa Cristina Carvalho dos Anjos (org). Maceió: CIES/AL, 2023. p.01-04.

COHEN, M.C.; CASTANHO, P. Impasses e potências: o matriciamento como dispositivo de cuidado. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** [online], v.25, e200462, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1590/interface.200462. Acesso em: 28 abr. 2022.

CONASEMS. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. **Gestores e técnicos discutem integração entre AB e saúde mental – COSEMS-AL.** Disponível em: https://portal.conasems.org.br/rede-cosems/noticias/962_gestores-e-tecnicos-discutem-integracao-entre-ab-e-saude-mental . Acesso em: 19 de dez de 2023.

CONEGLIAN, R. C. **Um estudo sobre o Nasf-AB em um município paulista de pequeno porte.** 2019.Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2019.

CORREIA, M.V.C. A ofensiva do capital e a necessária defesa da saúde pública e estatal. **Temporalis**, Brasília (DF), a.22, n. 43, p. 72-89, Jan./Jun. 2022. DOI: 10.22422/temporalis.2022v22n43p72-89. Disponível em: https://periodicos.ufes.br/temporalis/article/view/38472/25302. Acesso em: 17 jun. 2024.

CORREIA, M.V.C. Por que ser contra aos novos modelos de gestão no SUS? *In*: BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. de (org.). **Saúde na atualidade**: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. 1. ed. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011. p. 43-49.

CORREIA, M.V.C.;OMENA, V. C.A mercantilização da saúde e a política de saúde brasileira: a funcionalidade da saúde suplementar. *In*: VI JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS:, 20 a 23 de ago. 2013, São Luís. **Anais [O desenvolvimento da crise capitalista e a atualização das lutas contra a exploração, a dominação e a humilhação].** São Luís: Universidade Federal do Maranhão, 2013.

CORREIA, MVC; TRINDADE, RLP (Coord.) **As formas de gestão do trabalho em saúde e o processo de precarização do trabalho em saúde no setor público do estado de Alagoas**. Relatório técnico final da pesquisa CNPQ**.** UFAL. Faculdade de Serviço Social, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. 2009.

COSTA, G. M. da. Lukács e a ideologia como categoria ontológica da vida social. **Revista Urutágua**, Maringá, n. 09, Abr./Jul. 2006. Disponível em: http://www.urutagua.uem.br/009/09costa.htm. Acesso em: 15 nov. 2022.

COSTA, M.E.M. **Direitos Sociais na constituição federal de 1988 e sua efetividade ante a cláusula da reserva do possível, e aos princípios mínimo existencial e da vedação ao retrocesso**. 2021. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Direito) - Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Goiânia, 2021. Disponível em: https://repositorio.pucgoias.edu.br/jspui/bitstream/123456789/1641/1/MARIA%20EDUARDA%20MIRANDA%20COSTA.pdf. Acesso em: 15 nov. 2022.

CRUZ, N. F. O.; GONÇALVES, R. W.; DELGADO, P. G.G. Retrocesso da Reforma Psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. 3, e00285117, 2020. DOI: 10.1590/1981-7746-

sol00285. Disponível em: https://www.scielo.br/j/tes/a/j6rLVysBzMQYyFxZ6hgQqBH. Acesso em: 15 nov. 2022.

CUNHA, G. T.; CAMPOS, G.W.de S. Método Paidéia para co-gestão de coletivos organizados para o trabalho. **Org & Demo**, Marília, v.11, n.1, p. 31-46, Jan./Jun. 2010.Disponível em: https://doi.org/10.36311/1519-0110.2010.v11n1.468. Acesso em: 30 dez. 2022.

DAL'BOSCO, E. B.; FADEL, C. B.Matriciamento em saúde mental: processo de trabalho na atenção primária à saúde sob olhar dos enfermeiros. **Revista ft,** Ciências da Saúde, v. 28, n.130, Jan. 2024. DOI: 10.5281/zenodo.10499094. Disponível em: https://revistaft.com.br/matriciamento-em-saude-mental-processo-de-trabalho-na-atencao-primaria-a-saude-sob-olhar-dos-enfermeiros/. Acesso em: 15 nov. 2022.

DANTAS, N. F.; PASSOS, I. C. F. Apoio matricial em saúde mental no SUS de Belo Horizonte: perspectiva dos trabalhadores. **Trabalho, educação e saúde**, v.16, n.1, p.201-220, Jan./Abr. 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/j/tes/a/QGSHKgRqfzKHMCjSCHbGj8p/. Acesso em: 25 mai. 2023.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA.Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde; 6-12 de setembro 1978; Alma-Ata; USSR.*In*:Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **Declaração de Alma-Ata; Carta de Ottawa; Declaração de Adelaide; Declaração de Sundsvall; Declaração de Santafé de Bogotá; Declaração de Jacarta; Rede de Megapaíses; Declaração do México.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, p.15, 2001.

DUTRA, R. Q.; LIMA, R. S.Neofascismo, neoliberalismo e direito do trabalho no governo Bolsonaro.**Revista Direito Práx.,** v.14, n.03, Jul./Set 2023. DOI: https://doi.org/10.1590/2179-8966/2022/62927. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rdp/a/zcMtC5BNdm87kQNdJLVsWVm/. Acesso em: 05 Jul. 2024.

EMERICH, B.F.; ONOCKO-CAMPOS, R. Formação para o trabalho em Saúde Mental: reflexões a partir das concepções de Sujeito, Coletivo e Instituição. **Interface (Botucatu)**, v.23, e170521, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/j/icse/a/TSZggH6sbGfGNxvr6Qx944M/abstract/?lang=pt#. Acesso em: 10 jan. 2023.

ENGSTROM, A. C. G. **A Articulação entre o Centro de Atenção Psicossocial Magal e a Clínica da família Victor Valla:** O desafio da construção de novos saberes em Manguinhos**.** 2019.Dissertação (Mestrado Profissional em Atenção Psicossocial) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

FALEIROS, V. de P. O Serviço Social no cotidiano: fios e desafios. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 120, p. 706-722, Out./Dez. 2014. DOI: https://doi.org/10.1590/0101-6628.006. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sssoc/a/XrdJnS7BXrFDxY4V3mG6yqj/?format=pdf. Acesso em: 10 jan. 2023.

FARIA, P.F.O.; FERIGATO, S.H.; LUSSI, I.A.O.. O apoio matricial na rede de atenção às pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional,** v. 28, n.3, p. 931-949, 2020. DOI:

https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1987. Disponível em:https://www.scielo.br/j/cadbto/a/X44gdXsBSqJwvTjJCkxKhmt/?lang=pt. Acesso em: 10 jan. 2023.

FARIAS, R. da S. **O apoio matricial em saúde mental no município de Maceió**: Construindo caminhos para o território. Orientador: Paulette Cavalcanti de Albuquerque 2020, 115p. Dissertação (Mestrado Profissional em Programa de Pós-graduação em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Aggeu Magalhães, Recife, 2020.

FONSECA, G. G. da. **Apoio matricial entre saúde da família e saúde mental.** . Orientadores: Cristiane Costa da Cunha Oliveira, e Marlizete Maldonado Vargas. 2018.Dissertação (Mestrado em Saúde e Ambiente) - Universidade Tiradentes, Aracaju, 2018.

FRANCA, C. C. S. **As metáforas visuais em quadrinhos como uma ferramenta didática no matriciamento da atenção básica.** Orientador: Ilda Cecília Moreira da Silva. 2021. Dissertação (Mestrado profissional em Ensino em Ciências da Saúde e do Meio Ambiente) - Centro Universitário de Volta Redonda, Volta redonda, 2021.

FRANCO, J. L. F. **Sistemas de informação:** Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Curso de ESF3. Unidades de Conteúdo: 19. São Paulo: Biblioteca Virtual RSF. Universidade Aberta do SUS/ UNIFESP.Disponível em: https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/13/Unidade3/Sistemas_de_Informacao/p_08.html. Acesso em: 25 jan. 2024.

FRANCO, T. B., MERHY, E. Cartografias do Trabalho e Cuidado em Saúde. **Tempus – Actas de Saúde Coletiva**, v.6, n.2, p.151-163, 2012. DOI: https://doi.org/10.18569/tempus.v6i2.1120. Disponível em: https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1120. Acesso em: 25 jan. 2023.

GARCIA, G. D. V.*et al.* Apoio matricial na atenção à saúde mental em uma regional de saúde, Paraná, Brasil. **Saúde e pesquisa (Impresso),**v.10, n.3, p.423-432, Set./Dez. 2017. DOI: https://doi.org/10.17765/1983-1870.2017v10n3p423-432. Disponível em:https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/5854. Acesso em: 27 jan. 2023.

GASTÃO, W. de S. **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. 4. ed. São Paulo: editora HUCITEC, 2013.

GATTI, B.A. **Grupo Focal na pesquisa em ciências sociais e humanas**. Brasília: Liber Livro Editora, 2012. Serie Pesquisa, v. 10, 80 p.

GIOVANELLA, L. *et al.* 100 dias do governo Lula na saúde: os desafios do Sistema Único de Saúde e as primeiras iniciativas. **Cadernos Adenauer**, n. 1, p. 111-131, 2023. Disponível em: https://www.kas.de/pt/web/brasilien/einzeltitel/-/content/einhundert-tage-lula-iii. Acesso em: 08 jul. 2024.

GODOI, L.P.S. *et al.* Apoio matricial como ferramenta da articulação entre atenção básica e CAPS: o que os dados secundários mostram? **Saúde e debate,**v.44, esp., p.128-143, Out.

2020. DOI*:* https://doi.org/10.1590/0103-11042020E312. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sdeb/a/fdBt9Mt78JVzsB6HfBQR3Mz/. Acesso em: 27. jan. 2023.

GOLVEIA, A.O. *et al*. Matriciamento em saúde mental na atenção primária: Uma revisão integrativa da Literatura.**Research, Society and Development**, v. 10, n. 5, e26610514483, 2021. Disponível em: https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/14483/13377/194350.Acesso em: 27 jan. 2023.

GOMES, D. C.; SILVA, L. B. E; SÓRIA, S. Condições e relações de trabalho no serviço público: o caso do governo Lula. **Revista Sociologia Política**, Curitiba, v. 20, n.42, p. 167-181, Jun. 2012. DOI: https://doi.org/10.1590/S0104-44782012000200012 . Disponível em: https://www.scielo.br/j/rsocp/a/vDWNbhQqMB6QNZrNf75jXVw/. Acesso em: 05 jul. 2024.

GOMES, D. C.; SÓRIA, S. Política de recursos humanos do governo federal: a experiência dos governos Lula e Dilma Rousseff. **Revista da ABET**, v. 13, n. 2, p. 218-235, Jul./Dez. 2014. Disponível em: https://periodicos.ufpb.br/index.php/abet/article/download/25673/13862. Acesso em 05 jul. 2024.

GONÇALVES, A. Notas sobre o Clientelismo político no Brasil. **Leopoldianum: Revista de Estudos e Comunicações da Universidade Católica de Santos,** v. 37, n.101/102/103, p. 97-130, 2011.DOI: https://doi.org/10.58422/releo2011.e445. Disponível: https://periodicos.unisantos.br/leopoldianum/article/view/445. Acesso em: 21 dez. 2023.

GONÇALVES, R.C.; PERES, R.S. Matriciamento em saúde mental: obstáculos, caminhos e resultados. **Revista da SPAGESP**, v.19, n.2, p.123-136, 2018. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rspagesp/v19n2/v19n2a10.pdf. Acesso em: 12 out. 2022.

GOZZI, A. de P. N. F. **A prática no Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF):** Apoio Matricial como inovação tecnológica em saúde. Orientadora: Profa. Dra. Márcia Niituma Ogata. 2017. Tese (Doutorado em Ciência, Tecnologia e Sociedade) - Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2017. Disponível em: https://repositorio.ufscar.br/bitstream/handle/ufscar/9940/GOZZI_Alana_2018.pdf?sequence=5&isAllowed=y. Acesso em: 15 out. 2023.

HABERMAS, J. Modernidad, um proyecto incompleto. *In*: CASULLO, N. (org). **El debate modernidad posmodernidad**. Buenos Aires: Puntosur. 1991. p. 5-23.

HARVEY, D. **A condição pós-moderna**: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural. São Paulo: Edições Loyola, 1992.

HILLESHEIM, J.; MACHADO, G. S. Considerações para uma ontogênese da política pelo Trabalho.**Revista Katálysis.** Florianópolis, v. 20, n. 3, p. 400-408, Set./Dez. 2017. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/1982-02592017v20n3p400. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rk/a/4xzS9WcCBvKFFXCb5fbkB6M/. Acesso em: 15 mai. 2023.

IAMAMOTO, M. V. Estado, classes trabalhadoras e política social no Brasil. In BEHRING, E.R. *et al.* **Política Social no capitalismo**: tendências contemporâneas. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2009, p. 13-43.

IAMAMOTO, M. V. **Trabalho e indivíduo social**: um estudo sobre a condição operária na agroindústria canavieira paulista. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2012.

IGLESIAS, A. **O matriciamento em saúde mental sob vários olhares**. Orientador: Luziane Zacché Avellar. 2015. Tese (Doutorado em Psicologia) - Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências Humanas e Naturais,Vitória, 2015. Disponível em: https://dspace4.ufes.br/items/3a53bd18-0073-478b-b222-f979279dab15. Acesso em: 21 jan. 2023.

IGLESIAS, A.; AVELLAR, L. Z. A.O matriciamento em saúde mental na perspectiva dos gestores.**Mental,** v.11, n.20, p. 63-90, Barbacena, Jan./Jun. 2017. Disponível: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272017000100005. Acesso em: 21 jan. 2023.

IGLESIAS, A.; AVELLAR, L. Z. Matriciamento em Saúde Mental: práticas e concepções trazidas por equipes de referência, matriciadores e gestores**. Ciência & Saúde Coletiva**, v.24, n.4, p.1247-1254, 2019. DOI:https://doi.org/10.1590/1413-81232018244.05362017. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/jG6jHLkx8zpxQMB4wQz6V6j/abstract/?lang=pt. Acesso em: 21 jan. 2023.

IGLESIAS, A.; AVELLAR, L.Z. Apoio Matricial: um estudo bibliográfico. **Ciência & Saúde Coletiva,** v.19, n.9, p. 3791-3798, 2014. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232014199.00322013. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/g8hb9cjthMwhx5zGRx5TDhR/abstract/?lang=pt. Acesso em: 21 jan. 2023.

IGLESIAS, A.; AVELLAR, L.Z.; RIBEIRO NETO, PM. Conhecendo o matriciamento em saúde mental pela perspectiva dos matriciadores. **Espaço para a saúde,** v.22, e805, 2021. Disponível em: https://espacoparasaude.fpp.edu.br/index.php/espacosaude/article/download/805/647/2727. Acesso em: 21 jan. 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo 2022**. Rio de Janeiro, RJ: IBGE, 2022. Disponível em: https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/indicadores.html. Acesso em: 01 dez. 2023.

KLEIN,A.P.; D'OLIVEIRA, A.F.P.L.O "cabo de força" da assistência: concepção e prática de psicólogos sobre o Apoio Matricial no Núcleo de Apoio à Saúde da Família.**Caderno Saúde Pública**; v.33, n.1, e00158815, 2017. DOI: https://doi.org/10.1590/0102-311X00158815 . Disponível em:https://scielosp.org/article/csp/2017.v33n1/e00158815/pt/. Acesso em: 21 jan. 2023.

LAMENHA, K.C.R. *et al*. Política de Saúde Mental Brasileira: avanços e retrocessos. *In*: ANJOS, E.A.; NASCIMENTO, Y.C.M.L. **O enfermeiro no caminho do cuidado à saúde mental**. Maceió: EDUFAL, 2015. p. 51-70.

LAUER, P. C. **Apoio no SUS:** potências e desafios na efetivação das Redes de Atenção à Saúde ASSIS**.** Orientador: Silvio Yasui. 2018.Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Assis, 2018. Disponível em:

https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=6690780. Acesso em: 27 dez. 2022.

LAURELL, A. C. La salud-enfermedad como proceso social. **Revista Latinoamericana de Salud**, México, v. 2, p. 7-25, 1982. Trad. E. D. Nunes, p.1- 22. Disponível em: https://unasus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/6126/mod_resource/content/1/Conteudo_online_2403/un01/pdf/Artigo_A_SAUDE-DOENCA.pdf. Acesso em: 18 set. 2024.

LESSA, S. **Mundo dos homens:** Trabalho na ontologia de Lukács. 3. ed. Maceió: Coletivo Veredas, 2016.

LIMA, M.C.; GONÇALVES, T.R. Apoio matricial como estratégia de ordenação do cuidado em saúde mental. **Trabalho Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v.18, n.1, e0023266, 2020. DOI: https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00232 Disponível em:https://www.scielo.br/j/tes/a/ykHrtnVZGpJDRBVP8ZB4FdG/?lang=pt. Acesso em: 27 dez. 2022.

LOPEZ, F.; PALOTTI, P.; GOMIDE, A. Patronagem e profissionalização da burocracia: o que nos dizem os estados brasileiros? *In*: PALOTTI, P, *et al* (org.). **E os Estados? Federalismo, relações intergovernamentais e políticas públicas no Brasil contemporâneo**. Cap. 13. Rio de Janeiro: IPEA, 2023. p. 387- 424. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/12026/1/E_os_Estados_Cap13.pdf. Acesso em: 15 jan. 2024.

LUKÁCS, G. **Para uma ontologia do ser social**. Tradução de Sergio Lessa, revisão de Mariana Andrade. Maceió: Coletivo Veredas, v. 14, 2018.

MACEIÓ. Secretaria Municipal de Saúde de Maceió. Diretoria de Atenção à Saúde Gerência de Atenção Psicossocial. Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica. **Matriciamento em Saúde Mental**: Guia para Profissionais de NASF e CAPS do município de Maceió. Yanna Cristina Moraes Lira Nascimento, Jorgina Sales Jorge (Coord.). 1. ed. Maceió: Secretaria Municipal de Saúde de Maceió /Universidade Federal de Alagoas, 2019. 23p. Disponível em: https://maceio.al.gov.br/wp-content/uploads/2019/09/pdf/2019/09/Guia-Matriciamento-em-Sau%CC%81de-Mental_versa%CC%83o-final-2.pdf, Acesso em: 20 dez. 2020.

MACHADO, M. H.; OLIVEIRA, E. dos S. de; MOYSES, N. M. N. Tendências do mercado de trabalho em saúde no Brasil. In PIERANTONI, C. R.; POZ, M. R. D; FRANÇA, T. (org). **O trabalho em saúde: abordagens quantitativas e qualitativas**. 1. ed. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ, 2011, p.103-116.

MAGALDI,F. S.S. Del Fuera Valencius al Fuera Quirino: La restauración conservadora en la Política Nacional de Salud Mental de Brasil (2015-2018). **RevIISE,**Argentina, v. 12, n.12, Out. 2018/ Mar. 2019.Disponível em: www.reviise.unsj.edu.ar. Acesso em: 15 jan. 2023.

MAKLUF, B. A. J. **Uma década de NASF:** Concepções e práticas do Apoio Matricial em 3 equipes da Região Central de São Paulo.Orientador: Patrícia Martins Montanari. 2019. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, São Paulo, 2019.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. A micropolítica do processo de trabalho em saúde: revendo alguns conceitos. **REME Revista Mineira de Enfermagem,** v. 7, n.1, p. 61-66, 2003.

Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-27622003000100012&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 22 jan. 2023.

MARX, K. **O capital:** crítica da Economia Política. Livro I: o processo de produção do capital. 1867. Tradução de Rubens Enderle. São Paulo: Editora Boitempo. 2013.

MARX, K.; ENGELS, F. **Manifesto do Partido Comunista**. Tradução de José Barata Moura e Francisco Melo. 2. ed. Lisboa: Editorial Avante, 1997.

MATTA, G.C.; LIMA, J.C.F. (org). Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/ EPSJV, 2008.

MEDEIROS, S. M. de A. **Direção das lutas dos trabalhadores**: o caso da Reforma Sanitária Brasileira. Orientador: Maria de Fátima Gomes de Lucena. 2008. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2008.

MELLO, A. S. de. **O agir pedagógico na construção do apoio matricial:** caminhos possíveis no compartilhamento do cuidado.Orientador: Sonia Acioli de Oliveira. 2021. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021. Disponível em: http://www.bdtd.uerj.br/handle/1/18393. Acesso em: 07 set. 2022.

MENDES KDS, SILVEIRA RCCP, GALVÃO CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem,** v.17, n. 4, p.758-764, 2008. DOI: https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018. Disponível em: https://www.scielo.br/j/tce/a/XzFkq6tjWs4wHNqNjKJLkXQ/?lang=pt. Acesso em: 20 dez. 2021.

MENDES, E. V. SUS é a maior política de inclusão social na saúde. [Entrevista concedida ao Jornal Estadão republicada no site CONASS {São Paulo}, 27 ago. 2014, 9:56 am]. Disponível em: https://www.conass.org.br/eugenio-vilaca-mendes-sus-e-a-maior-politica-de-inclusao-social-na-saude/. Acesso em: 05 jun. 2024.

MERHY, E. E. Um dos Grandes Desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. *In* MERHY, E. E. *et al*. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano:** o debate no campo da saúde coletiva. São Paulo: HUCITEC, 2006. p. 15-35.

MINAYO, MCS. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MOHER, D. *et al*. *Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement*. **PLoS Med 2009;** v.6, n.7, p. 1-7. Disponível em: https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1000097. Acesso em: 15 out. 2022.

MORA, M. A possibilidade de mudança em plena tempestade: Novos ventos no horizonte. In PALOTTI, P. *et al* (org). **E os Estados? Federalismo, relações intergovernamentais e políticas públicas no Brasil contemporâneo.** Rio de Janeiro: IPEA, 2023.

MULLER, M. R. **Competência Cultural no matriciamento em saúde mental**. Orientador: Maria de Fátima Gomes de Lucena. 2019. Dissertação (Mestrado em Ciências Humanas e

Saúde; Epidemiologia; Política, Planejamento e Administração em Saúde; Administra) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: http://www.bdtd.uerj.br/handle/1/3956. Acesso em: 15 set. 2022.

NASCIMENTO, Y. C. M. L. *et al*. Matriciamento em saúde mental na atenção básica: uma experiência de implantação. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento,** 10. ed., a.07, v. 07, p.128-145, Out. 2022. DOI: 10.32749/nucleodoconhecimento.com.br/psicologia/matriciamento-em-saude-mental. Disponível em: https://www.nucleodoconhecimento.com.br/psicologia/matriciamento-em-saude-mental. Acesso em: 30 nov. 2023.

NASCIMENTO, Y.C.M.L.; TRINDADE, R.L.P.; BARRETO, E.S. Precárias condições de trabalho nos Serviços especializados em saúde mental: Uma violação dos direitos humanos. *In:* CASULO, A.C. (org). **Anais do XII Seminário do Trabalho:** Crise capitalista, precarização do trabalho e colapso ambiental. 1. ed. Marília: Projeto Editorial Praxis, 2021. *E-book*. v.3, p.343-350.

NETTO, J. P. **Capitalismo monopolista e Serviço Social**. 2. ed. São Paulo: Cortez Editora. 1996.

NETTO, J. P. Uma face contemporânea da barbárie. **Novos Rumos,** v.50, n.1, p.1-39, 2013.DOI: https://doi.org/10.36311/0102-5864.2013.v50n1.3436**.** Disponível em:https://revistas.marilia.unesp.br/index.php/novosrumos/article/view/3436**.** Acesso em: 15 out. 2023.

NETTO, J. P.; BRAZ, M. **Economia política:** uma introdução crítica.São Paulo: Cortez, 2006.

NOGUEIRA, Z. **Estado:** Quem precisa dele? Maceió: Coletivo Veredas, 2017.

OLIVEIRA, C. R. de; OLIVEIRA, R. C. de. Direitos sociais na constituição cidadã: um balanço de 21 anos. **Serviço Social e Sociedade,** São Paulo, n. 105, p. 5-29, Jan./Mar. 2011. DOI: https://doi.org/10.1590/S0101-66282011000100002. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sssoc/a/t4FygcBr9cBR7Zj5NjN7brs/abstract/?lang=pt. Acesso em: 20 jan. 2024.

OLIVEIRA, D.; SOUZA, W. A. da R. Lei de Responsabilidade Fiscal: uma ferramenta estratégica para o desenvolvimento do estado de Alagoas. **REUNA,** Belo Horizonte, v.22, n.4, p.65-88, Out./Dez. 2017. DOI: http://dx.doi.org/10.21714/2179-8834/2017v22n4p65-88. Disponível em:https://revistas.una.br/reuna/article/view/813. Acesso em: 27 jul 2024.

OLIVEIRA, G.C. *et al*. Apoio matricial em saúde mental na atenção básica: a visão de apoiadores e enfermeiros. **Revista Gaúcha de Enfermagem,** v.41, esp., e20190081, 2020. DOI: https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190081. Disponível em: https://seer.ufrgs.br/rgenf/article/download/98370/54898/0. Acesso em: 25 set. 2022.

OLIVEIRA, I. M de. Cultura política, direitos e política social. *In*: BOSCHETTI, I. *et al*. **Política Social no Capitalismo**: Tendências Contemporâneas. São Paulo: Cortez, 2009, p. 109-129.

OLIVEIRA, J. C. de. **Articulações entre os apoios matriciais da Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte-MG:** caminhos para a qualificação do cuidado em Saúde

Mental.Orientador: Cláudia Maria Filgueiras Penido, 2021. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2021. Disponível em: https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/45512/1/OLIVEIRA_Dissertacao.pdf. Acesso em: 25 set. 2022.

OLIVEIRA, M. M. de; CAMPOS, G. W. de S. Formação para o Apoio Matricial: percepção dos profissionais sobre processos de formação. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.27, n.2, p.187-206, 2017. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312017000200002. Disponível em: https://www.scielo.br/j/physis/a/pnCPdtDKdTjTHLvzgQ8kkrS/abstract/?lang=pt. Acesso em: 25 set. 2022.

OLIVEIRA, P. S. *et al*. Apoio matricial em saúde mental infantojuvenil na Atenção Primária à Saúde: pesquisa intervenção socioclínica institucional. **Revista da Escola de Enfermagem da USP,** v.12, n.55, e03731, Mai. 2021. DOI: 10.1590/S1980-220X2020016803731. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reeusp/a/RcNpGv8rz7htCFHKqHZ4bHB/?lang=pt. Acesso em: 25 set. 2022.

OSORIO, J. Fundamentos da Superexploração. *In:* ALMEIDA FILHO, N. (org). **Desenvolvimento e dependência**: cátedra Ruy Mauro Marini. Brasília: Ipea, 2013. Cap. 2, p: 49-70.

PAGANINI, M. C.; BERNADINHO, E.; AUED, G. K. Gerenciamento de Equipes: Aspectos técnicos, éticos e legais da prática de enfermagem. *In:* ABEN; VALE, E. G. (org). **Gestão: Ciclo 3.** PROENF Programa de Atualização em Enfermagem. Porto Alegre: Artmed Panamericana, 2013.

PAIM, J.S. Reforma Sanitária Brasileira.*In:* MATTA, G.C.; LIMA, J.C.F (Org). **Estado, Sociedade e Formação Profissional em Saúde:** Contradições e desafios em 20 anos de SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008, p. 91-122.

PEDUZZI, M.; SCHRAIBER, L. B. Processo de Trabalho em Saúde. In: Pereira, I. B.; LIMA, J.C.F. (org). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2 ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008, p. 320-328.

PEREIRA, C. T. F. **Implementação do apoio matricial em saúde mental:** a educação permanente como espaço ético-político da gestão e de formação dos trabalhadores.Orientador: Ana Patrícia Pereira Morais. 2019. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino na Saúde) - Universidade Estadual do Ceará, Campus do Itaperi, Fortaleza, 2019.

PEREIRA, P.A.P. Discussões conceituais sobre política social como política pública e direito a cidadania. *In* BEHRING, E.R. *et al.* **Política Social no capitalismo**: tendências contemporâneas. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2009, p. 87- 108.

PINHEIRO, G.E.W.; KANTORSKI, L.P. Apoio Matricial em Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde: Um Estudo Avaliativo e Participativo.**Revista Contexto & Saúde,** v. 20, n. 40, p. 199-208, Jul./Dez. 2020.DOI: http://dx.doi.org/10.21527/2176-7114.2020.40.199-208. Disponível em: https://oaji.net/articles/2023/1006-1696525591.pdf. Acesso em: 25 set. 2022.

PINHEIRO, P. A. R. G. **Processo de trabalho do Núcleo de Apoio à Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde:** apoio matricial e regulação assistencial.Orientador: Verônica de Azevedo Mazza, Cassia Barbosa Reis.2017. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) -

Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2017. Disponível em: http://hdl.handle.net/1884/49105. Acesso em: 25 set. 2023.

PIRES, D. Reestruturação produtiva e consequências para o trabalho em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem,** v.53, n.2, p.251-63, Jun. 2000. DOI: http://doi.org/10.1590/S0034-71672000000200010. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reben/a/dgtGrrvZbR3VRNrsm7qcpJs/?lang=pt. Acesso em: 20 jan. 2024.

PMDB, FUNDAÇÃO ULISSES GUIMARÃES. **Uma Ponte para o Futuro:** Programa de governo. Brasília, DF: PMDB, Fundação Ulisses Guimarães, 29 out. 2015. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3359700/mod_resource/content/0/Brasil%20-%20Uma%20ponte%20para%20o%20futuro%20Funda%C3%A7%C3%A3o%20Ulysses%20Guimar%C3%A3es.pdf. Acesso em: 10 jul. 2024.

RAICHELIS, R. Serviço Social: trabalho e profissão na trama do capitalismo Contemporâneo. *In*: RAICHELIS, R.; VICENTE, D.; ALBUQUERQUE, V. **A nova morfologia do trabalho no Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2018, p. 25-65.

RAICHELIS, R.; PAZ, R. D. O; WANDERLEY, M. B. A erosão dos direitos humanos e sociais no capitalismo ultraneoliberal. **Revista Serviço Social & Sociedade,** São Paulo, n. 143, p. 5-11, Jan./Abr. 2022. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sssoc/a/j97zpH85pHLYxTmkMxzTmpS/?lang=pt&format=pdf. Acesso em: 28 Jun. 2024.

RAMOS, D.K. *et al*. Elaboração de questionários: algumas contribuições. ***Research, Society and Development,*** v.8, n.3, e4183828, 2019. ISSN 2525-3409. DOI: http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v8i3.828. Disponível em: https://www.redalyc.org/journal/5606/560662194041/560662194041.pdf. Acesso em: 17 jun. 2022.

REIS, C. R.; PAIM, J. S. A saúde nos períodos dos governos Dilma Rousseff (2011-2016). **Saúde para Debate,** Rio de Janeiro, n. 58, p.101-114, Jul. 2018. Disponível em: https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/29852/1/Artigo%20Jairnilson%20Paim.%202018.pdf. Acesso em: 22 set. 2023.

REZENDE, J. do N. **Estratégias para potencializar o apoio matricial em saúde mental na zona norte do Rio de Janeiro.** Orientador: Geilsa Soraia Cavalcanti Valente. 2021. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino na Saúde) - Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2021. Disponível em: https://app.uff.br/riuff/handle/1/15357. Acesso em: 22 set. 2023.

REZENDE, J. N. *et al.* A educação permanente como instrumento para o matriciamento em saúdemental.**Research, Society and Development,** v. 9, n. 7, e952954685, 2020. DOI: http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i7.4685. Disponível em: http://sr-vmlxaph03:8080/jspui/handle/123456789/11201. Acesso em: 22 set. 2023.

RIBEIRO, E. M.; PIRES, D.; BLANK, V. L. G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.2, p.438-446, Mar./ Abr. 2004. DOI: https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000200011. Disponível

em:https://www.scielo.br/j/csp/a/wVPbHKyx9zyYKLMN7C6dCdh/?lang=pt. Acesso em: 05 jan. 2024.

RIO DE JANEIRO (Cidade). Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Coordenadoria da Atenção Primária. CAP 3.1. **Fluxograma de Atendimento à Saúde Mental + Classificação de Risco**. Rio de Janeiro: SMS. 2024. Disponível em: https://smscap31.com.br/fluxogramas/tecnicos/saude-mental/2-fluxograma-de-atendimento.php. Acesso em: 01 fev. 2024.

ROCHA, R. Número recorde de servidores sem carteira assinada prejudica atendimento à população. **Central Única dos Trabalhadores (CUT)**, 15 fev. 2023. Disponível em: https://www.cut.org.br/noticias/numero-recorde-de-servidores-sem-carteira-assinada-prejudica-atendimento-a-popul-6e86. Acesso em: 18 jan. 2024.

RODRIGUES, D. C. *et al.*Permanent education and matrix support in primary health care: Family health routine. **Revista Brasileira de Enfermagem,** v.73, n.6, e20190076, 2020. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0076. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reben/a/mRkqyGL5DyXt9qYJyP6WPVy/?lang=en#. Acesso em: 30 mai. 2022.

SANTANA, L. M. S.; VASCONCELOS JR., J. L. Cargos comissionados: benéficos ou maléficos para a administração pública. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**. São Paulo, v.9, n.05, p. 2334- 2343, Mai. 2023. Disponível em: https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/9985/3918. Acesso em: 18 jan. 2024.

SANTOS, A. C. T. *et al.* Serviço de atendimento móvel de urgência às urgências e emergências psiquiátricas. **Reuol**, v. 8, p. 1586, 2014. Disponível em: https://periodicos.ufpe.br/revistas/index.php/revistaenfermagem/article/download/9849/10061/18618. Acesso em: 30 mai. 2022.

SANTOS, A.M., CUNHA, A.L.A, CERQUEIRA,P. O matriciamento em saúde mental como dispositivo para a formação e gestão do cuidado em saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, n.4, e300409, 2020. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312020300409. Disponível em: https://www.scielo.br/j/physis/a/jhPjTBJTSTX3ssYqD35ztfS/. Acesso em: 30 mai. 2022.

SANTOS, E.O. *et al*. Equipes de referência: contribuições para o trabalho em saúde mental. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, São João Del Rei, v.13, n.1, e1419, Jan. /Abr. 2018. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082018000100002. Acesso em: 30 mai. 2022.

SANTOS, L. C. S. dos. **O trabalho do assistente social no Núcleo de Apoio à Saúde da família no Rio de Janeiro.** Orientador: Márcia Regina Botão Gomes. 2019.Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

SANTOS, T. A. dos; LEAL, J. A. L.; SANTOS, H. S. Organização política da enfermagem. In. ABEN; VALE, E. G. (org). **Gestão: Ciclo 6.** PROENF Programa de Atualização em Enfermagem. Porto Alegre: Artmed Panamericana, 2017.

SANTOS-FILHO, S. B.; BARROS, M. E. B de (org.). **Trabalhador da Saúde Muito prazer!** Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Ijuí: Unijuí, 2007.

SAPORITO, B. E. **O processo de trabalho na perspectiva dos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família no município do Rio de Janeiro.** Orientador: Denise Cavalcante de Barros. 2020. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/34154. Acesso em: 14 nov. 2022.

SARAIVA, M. G.; MARINO DE SANT'ANNA REIS, A. P. O Brasil "voltou": as mudanças na Política Externa nos primeiros 100 dias do governo de Lula. **Conjuntura Austral**, v. 14, n. 68, p. 61–72, 2023. DOI: 10.22456/2178-8839.133558. Disponível em: https://seer.ufrgs.br/index.php/ConjunturaAustral/article/view/133558. Acesso em: 8 jul. 2024.

SARAIVA, S. *et al*. Bridging the mental health treatment gap: effects of a collaborative care intervention (matrix support) in the detection and treatment of mental disorders in a Brazilian city. **Fam Med Com Health,** *v.*8, e000263, 2020. DOI: 10.1136/fmch-2019-000263. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32958519/. Access in: 30 June 2022.

SARZANA, M. B. G. *et al*. Fortalecendo a articulação da rede de atenção psicossocial municipal sob a perspectiva interdisciplinar. **Cogitare Enfermagem,** v. 26, e71272, 2021. DOI:dx.doi.org/10.5380/ce.v26i0.71272. Disponível em: https://www.scielo.br/j/cenf/a/ZZMbQZHwjcsjcBK4tjQcmCM/. Acesso em: 12 out. 2022.

SILVA, A. M. da. **Potencialidades, paradoxos e limites da colaboração interprofissional:** uma análise a partir da experiência de um Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica**.** Orientador: Lilian Miranda. 2021. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Rio de Janeiro, 2021. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/48772. Acesso em: 14 nov. 2022.

SILVA, D. M. B. da. **A participação do serviço social na implantação do novo modelo de atenção em saúde mental:** estudo sobre a atuação dos assistentes sociais nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em Alagoas. Orientador: Rosa Lúcia Prédes Trindade. 2008. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Serviço Social) - Faculdade de Serviço Social, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2008.

SILVA, D.P. *et al*. Sentimentos dos profissionais de enfermagem na saúde mental: revisão para auxiliar assistência pós novo coronavírus. **Revista Recien**, São Paulo, v.10, n.31, p.142-154, 2020. DOI: 10.24276/rrecien2020.10.31.142-154. Disponível em: https://recien.com.br/index.php/Recien/article/view/299. Acesso em: 15 out. 2023.

SILVA, G. S. da. Financeirização do capital, fundo público e políticas sociais em tempos de crise. *In:* BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. de (Org). **Saúde na atualidade:** por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. 1. ed. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011. p.10-14.

SILVA, A. J. da. **Desafios para integração da saúde mental na atenção primária:** matriciamento como ferramenta estratégica para a rede de saúde mental em um município de Alagoas**.** Orientador: Maria Cecília de Araújo Carvalho. 2019. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) - Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Rio de Janeiro,

2019. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/48537. Acesso em: 14 nov. 2022.

SILVA, J. L. da. **O trabalho da/o assistente social como forma de trabalho improdutivo assalariado:** uma análise a partir da expansão do Serviço Social na Rede Federal de Educação Profissional, Científica e Tecnológica no período 2003-2018. Orientador: Rosa Lúcia Prédes Trindade.2022. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2022.

SILVA, P. P. da. **Matriciamento em saúde mental praticado pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família em Santa Catarina.** Orientador: Lilia Aparecida Kanan Lages 2018. Dissertação (Mestrado em Ambiente e Saúde) - Universidade do Planalto Catarinense, 2018. Disponível em: http://biblioteca.uniplaclages.edu.br/biblioteca/repositorio/000000/000000f2.pdf. Acesso em: 14 nov. 2022.

SILVA, R. L. da. **Apoio Matricial e as versões de um grupo de profissionais de saúde.** Orientador: Maria Auxiliadora Teixeira Ribeiro. 2017. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2017. Disponível em: https://www.repositorio.ufal.br/bitstream/riufal/3392/1/As%20vers%C3%B5es%20de%20apoio%20matricial%20por%20um%20grupo%20de%20profissionais%20de%20sa%C3%BAde.pdf. Acesso em: 14 nov. 2022.

SOUZA, A. C.; AMARANTE, P. D.; ABRAHAO, A. L. Inclusion of mental health in primary health care: care strategy in the territory. **Revista Brasileira de Enfermagem,** v.72, n.6, p.1677-83, 2019. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0806. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reben/a/YpbPFG9gw73C4XdC8yXDrjd. Acesso em: 10 dez. 2022.

SOUZA, C. Estados: o elo perdido da cadeia federativa? *In:* PALLOTI, P. *et al* (org.). **E os Estados? Federalismo, relações intergovernamentais e políticas públicas no Brasil contemporâneo**. Rio de Janeiro : IPEA, 2023.*E-book*. p. 95-112.

SOUZA, V. R. *et al*. Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. **Acta Paul Enferm.**, v.34, eAPE02631, 2021. DOI: 10.37689/acta-ape/2021AO02631. Disponível em: https://acta-ape.org/en/article/translation-and-validation-into-brazilian-portuguese-and-assessment-of-the-coreq-checklist/. Acesso em: 05 jun. 2024.

TELES, A. de A. **O desvelar das representações sociais acerca do matriciamento em Saúde Mental.** Orientador: Cassia Barbosa Reis. 2017. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino em Saúde) - Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, Dourados, 2017. Disponível em: https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=6176241#. Acesso em: 14 nov. 2022.

TENORIO, D. A.; LESSA, G. **O Ciclo do Algodão e as vilas operarias**. Maceió: Sebrae-Edufal, 2013. 144p.

TEXEIRA, C. F. A Mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 257-277, Set./Dez. 2003. Disponível em: https://books.scielo.org/id/f7/pdf/teixeira-9788523209209-03.pdf. Acesso em: 28 dez. 2023.

TONET, I. **Método científico**: uma abordagem ontológica. São Paulo: Instituto Lukács, 2013, 136p.

TREICHEL, C. A. S.; CAMPOS, R. T. O.; CAMPOS, G. W. S. Impasses e desafios para consolidação e efetividade do apoio matricial em saúde mental no Brasil. **Interface(Botucatu)**, v.23, e180617, 2019. DOI: https://doi.org/10.1590/ Interface.180617. Disponível em: https://www.scielo.br/j/icse/a/SMsPCj46yzmmjWJd83Vqx7J/abstract/?lang=pt. Acesso em: 10 mai. 2022.

VALDES, G.; SOUZA, A. S. de. Uso de prontuário eletrônico e parâmetros de acesso e acolhimento segundo dados do terceiro ciclo do PMAQ-AB. **Ciências, Saúde Coletiva,** v.29, n.1, Jan. 2024. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232024291.04492023. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/tY8jgp7LMwygVGTK3S9568K/abstract/?lang=pt. Acesso em: 30 jan. 2024.

VALENCIO, R. D. **Práticas de apoio na atenção primária:** um SUS que produz veredas.Orientador: Fábio Hebert da Silva. 2018. Dissertação (Mestrado em Psicologia Institucional) - Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2018.

VASCONCELOS, M. S.; BARBOSA, V. F. B. Conhecimento de gestores e profissionais da rede de atenção psicossocial sobre matriciamento em saúde mental**. Ciências Cuidado e Saúde,** v.18, n.4, e43922, Out./Dez. 2019. DOI: 10.4025/cienccuidsaude.v18i4.43922. Disponível em: https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/43922/pdf. Acesso em: 10 mai. 2022.

VAZ, V. R. C.; MERLO, E. M. O consenso de Washington no Brasil: estabilização conservadora e estagnação. **Revista Aurora**, v. 13, n. 1, p. 37–58, 2021. DOI: 10.36311/1982-8004.2020.v13, n.1, p.37-58. Disponível em: https://revistas.marilia.unesp.br/index.php/aurora/article/view/10334. Acesso em: 5 jul. 2024.

VIANA, A. L. D'A., *et al*. Estágios de Regionalização e os níveis de institucionalidade da Educação Permanente. *In*: PIERANTONI, C. R.; POZ, M. R. D.; FRANÇA, T. **O trabalho em Saúde:** Abordagens qualitativas e quantitativas. 1. ed. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ObservaRH, 2011. p.231- 239.

VIANA, M. M. de O. **Formação Paidéia para profissionais que realizam Apoio Matricial na Atenção Básica**. Orientador: Gastão Wagner de Sousa Campos. 2018. Tese (Doutorado em Ciências Médica) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/Jmc7Cy3yv9xsS3VkjX6cJ6g/. Acesso em: 03 jan. 2023.

VIEIRA DA SILVA, G. **Duas cabeças pensam melhor do que uma?:** um estudo psicanalítico sobre a consulta conjunta no âmbito da atenção primária em saúde.Orientador: Pablo Carvalho de Godoy Castanho. 2021. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2021. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-09032022-165020/publico/silva_corrigida.pdf. Acesso em: 14 nov. 2022.

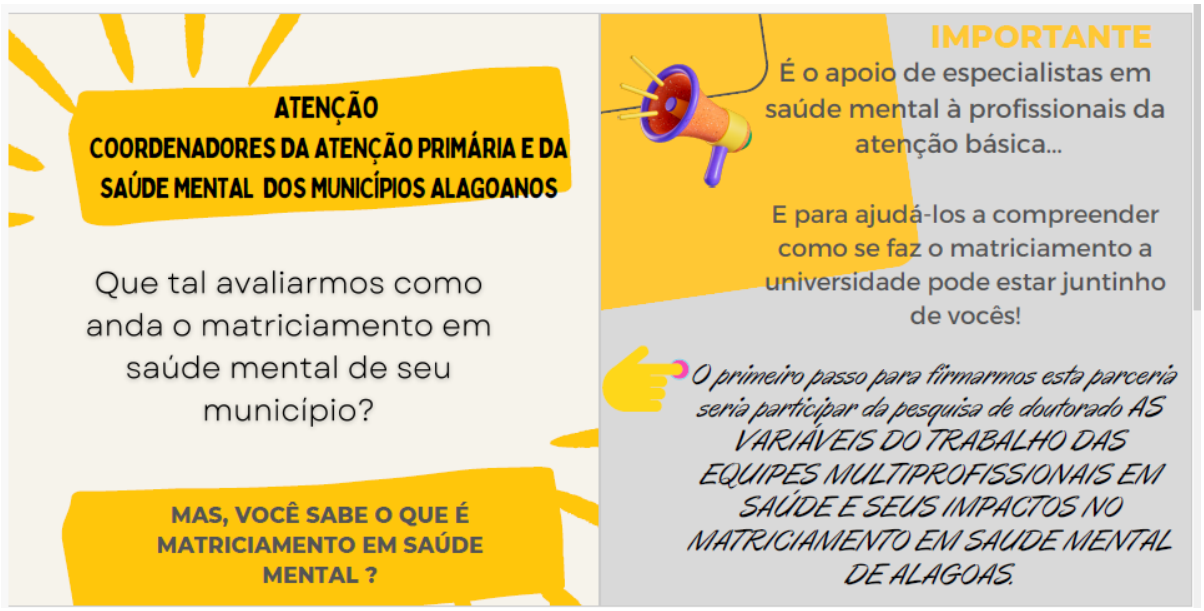
WEILLER, J. A. B. O desmonte do SUS em tempos de Bolsonaro. *In*: STEFANO, D. MENDONÇA, M. L. (org). **Direitos Humanos no Brasil 2019:** Relatório da Rede Social de Justiça e Direitos Humanos. 1. ed. São Paulo: Outras Expressões, 2019, p. 231-237. Disponível em: https://cebes.org.br/o-desmonte-do-sus-em-tempos-de-bolsonaro/21052/. Acesso em: 03 jan. 2023.

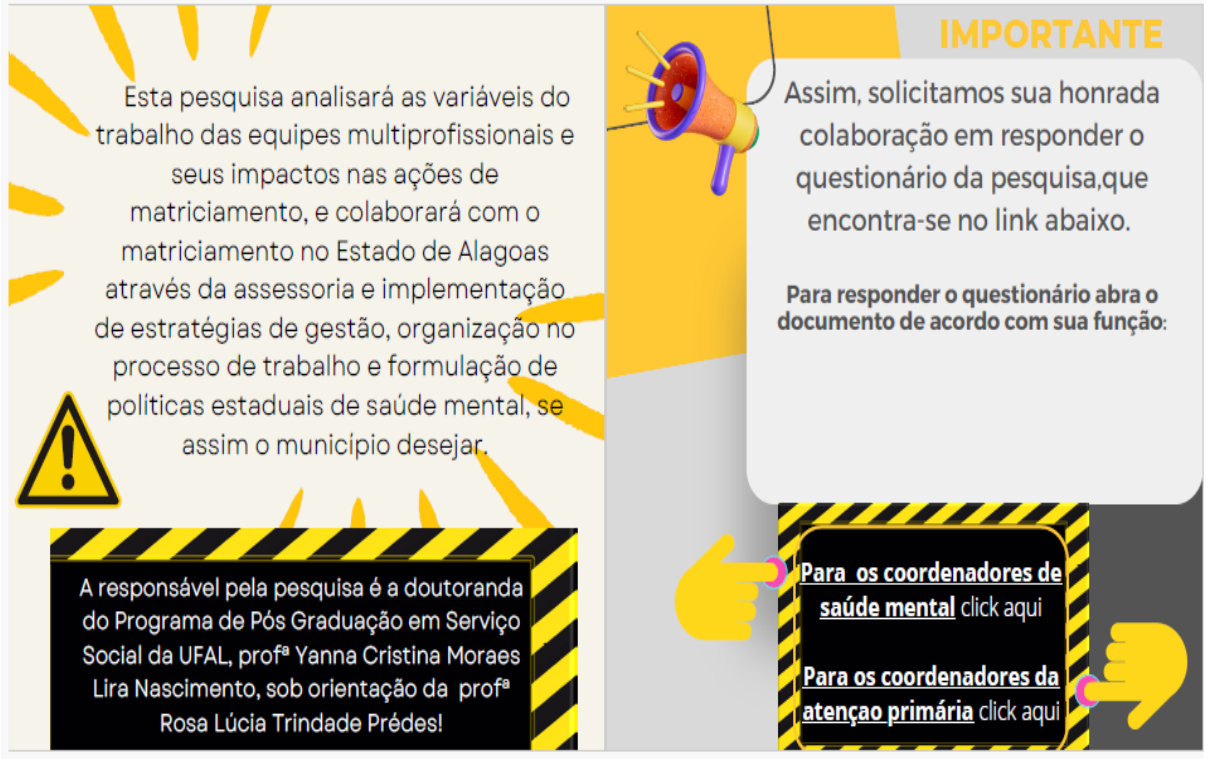
WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preventing suicide**: a global imperative. Geneva: WHO, 2014. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789241564779. Acesso em: 11 jul. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION; WORLD ORGANIZATION OF FAMILY DOCTORS. **Integrating mental health in primary care:** a global perspective**.** Geneva:WHO, WONCA, 2008, *E-book*.

APÊNDICES

APÊNDICE A - *Cards* explicativos sobre a pesquisa e links com os questionários





APÊNCICE B - Termo de Consentimento Livre Esclarecido –TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

"O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe com consentimento livre e esclarecido dos participantes, indivíduos ou grupos que, por si e/ou por seus representantes legais, manifestem a sua anuência à participação na pesquisa." (Resolução nº 466/12 – IV, do Conselho Nacional de Saúde).

Eu, _____ tendo sido convidado(a) a participar como voluntário(a) do estudo"**AS VARIÁVEIS DO TRABALHO DAS EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS E SEUS IMPACTOS NO MATRICIAMENTO EM SAUDE MENTAL DE ALAGOAS**"; recebi da doutoranda do Programa de Pós Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Alagoas (UFAL) Yanna Cristina Moraes Lira Nascimento, responsável por sua execução e da Profª. Drª Rosa Lúcia Trindade Prédes, orientadora do estudo, as seguintes informações que me fizeram entender sem dificuldades e sem dúvidas os seguintes aspectos:

1) O estudo se destina a analisar as variáveis do trabalho das equipes multiprofissionais e seus impactos nas ações de matriciamento em saúde mental no Estado de Alagoas.

2) A importância deste estudo favorecerá o entendimento de como as variáveis de trabalho interferem na organização de ações e na implementação de políticas de saúde mental a fim de estimular mudanças na gestão favoráveis a realização do matriciamento;

3) Esse estudo começou em fevereiro de 2022 e terminará em março de 2024, porém a coleta de dados da pesquisa de campo dar-se-á no período de janeiro à agosto de 2023;

4) O estudo será feito mediante a aplicação de questionários, grupos focais, entrevistas individuais semiestruturadas e observação participante aos gestores e profissionais matriciadores dos CAPS, e-Nasf AB e Equipes Multiprofissionais, de municípios alagoanos.

5) Eu participarei preenchendo os formulários, ou participando dos grupos focais, ou concedendo uma entrevista individual em um único momento;

6) Os incômodos que poderei sentir durante a minha participação são os de relatar experiências agradáveis ou não, relativas à minha vida pessoal;[120]

7) Os riscos à minha saúde física e mental são mínimos: constrangimentos no relato de minhas percepções e práticas profissionais, e atraso na execução do meu exercício profissional no momento da pesquisa diante do tempo desprendido a minha participação na pesquisa; para evita-los será garantido sigilo de minha identidade no processo de toda a pesquisa, e a coleta de dados ocorrera de forma individualizada em local apropriado e período combinado para não atrapalhar a execução do meu trabalho ou ocupar parte de meu. A Pesquisadora responsável possui especialidade e experiência profissional em saúde mental que proporcionará maior habilidade técnica na condução das entrevistas e realização de grupo focal a fim de evitar constrangimento ao realizar algum tipo de pergunta e mediar conflitos nas respostas dos participantes durante o grupo focal e entrevistas individuais.

8) Que não receberei nem pagarei nenhum valor monetário por minha participação, e se necessário receberei apoio emocional e garantia de um ambiente de respeito aos valores culturais, sociais, morais e religiosos, bem como minha participação ocorrerá no horário do trabalho sem nenhum ônus financeiro.

9) Eu receberei uma via do TCLE assinada pela pesquisadora responsável;

10) Não haverá despesa pessoal quanto a minha participação em qualquer momento do estudo. Também não haverá compensação financeira relacionada à minha participação;

11) Eu terei como benefício ser informado(a) do resultado da pesquisa e das possíveis mudanças políticas na realização do trabalho de matriciamento;

12) Que, sempre que desejar serão fornecidos esclarecimentos sobre cada etapa do estudo;

120

APÊNDICE C - Questionário da pesquisa aos Coordenadores de Atenção Primária

Nome do Município:_____ Região de Saúde a que pertence: _____

Informações do coordenador municipal responsável pela atenção primária

Nome: _____ Cargo:_____
Curso de formação (Graduação): _____
Instituição de ensino da Graduação:_____
Ano de conclusão do Curso:_____
Caráter da instituição de ensino que se formou: ( ) público ( ) privado ( ) outro: Qual? ____
Durante a graduação teve disciplinas/estágios em serviços de Saúde Pública/Saúde Coletiva?
( ) Sim ( ) Não
Quantos anos de experiência profissional no serviço público? _____
Possui formação de pós graduação? ( ) Não possuo. ( ) Sim Possuo.
Se sim qual formação em específico?
( )Especialização. Qual? _____ ( ) Residência. Qual? _____
( )Mestrado. Qual? _____ ( ) Doutorado. Qual? _____
( )Pós Doutorado. Qual? _____

Informações sobre o município na Atenção primária

1. Quais serviços possuem no seu município que atendem ou articulam-se à saúde mental? E quantos?
( ) CAPS. Quantos? _____ Quais modalidades? _____
( ) Leitos em Saúde mental. Quantos? _____
( ) Unidade de Acolhimento. Quantas?_____
( ) e-NASF AB. Quantas? _____
( ) Equipe Multiprofissional? Quantas? _____
( ) Estratégia Saúde da Família. Quantas? _____
( ) Unidades Básicas de Saúde. Quantas?_____
( ) Residências Terapêuticas. Quantas? _____

2. Qual a forma de contratação dos profissionais dos e-Nasf AB?
( ) Estatutário (concurso público)
( ) Celetista (Contrato de trabalho)
( ) Misto (profissionais concursados e outros contratados)
( ) Não possui e-Nasf AB

3. Qual a forma de contratação dos profissionais das Equipes Multiprofissionais?
( ) Estatutário (concurso público)
( ) Celetista (Contrato de trabalho)
( ) Misto (profissionais concursados e outros contratados)
( ) Não possui Equipes Multiprofissionais

4. Os e-Nasf AB e as Equipes Multiprofissionais do município são geridas?
( ) por Organizações Sociais
( ) pela Secretaria de Saúde

5. Quantos e quais profissionais trabalham no e-Nasf AB?

_____ Profissionais de nível universitário. São eles:_____
_____

6. Quantos e quais profissionais trabalham nas equipes multiprofissionais?
_____ Profissionais de nível universitário. São eles:_____
_____

7. Os profissionais da e-Nasf realizam ações de apoio matricial em saúde mental na atenção primária? Se sim onde registram?
( ) Sim. Registram no BPA ( ), SIAB ( ), Outro ( ) _____
( ) Não realiza ações de apoio matricial em saúde mental.

8. Os profissionais das equipes multiprofissionais realizam ações de apoio matricial em saúde mental nas Unidades Básicas de Saúde? Se sim onde registram?
( ) Sim. Registram no BPA ( ), SIAB ( ), Outro ( ) _____
( ) Não realiza ações de apoio matricial em saúde mental.

9. São registradas ações de apoio matricial como ações de educação permanente?
( ) Sim ( )Não

10. O Município incentiva ações de Apoio matricial em Saúde mental?
( ) Sim. De que forma? _____
( ) Não. Porque não entendemos do que se trata.
( ) Não. Porque percebemos falta de motivação dos profissionais da e-Nasf AB e ou Equipes Multiprofissionais.
( ) Não. Porque não possuímos recursos para realização das ações.
( ) Não. Porque não temos profissional suficiente.
( ) Não. Porque não atrelamos as ações de educação permanente para favorecer o apoio matricial

11. Para aquele município que realiza o apoio matricial, algum valor financeiro do governo federal é repassado para o município (já que trata-se de um indicador da saúde mental)?
( ) Sim
( ) Não
( ) Não sei

12. O município possui alguma normativa (**lei municipal, portaria, decreto, nota técnica, resolução, guia orientador**) para o desenvolvimento de ações de apoio matricial em saúde mental?
( ) Sim. Qual? (Caso prefira sublinhe a resposta no enunciado da questão) _____
( ) Não
( ) Não sei

13. Há comunicação entre as e-Nasf AB e ou Equipes Multiprofissionais com os serviços CAPS?
( ) Sim
( ) Não
( ) Não sei
14. Há comunicação entre as e-Nasf AB e ou Equipes Multiprofissionais com as ESF ou Unidades Básicas de Saúde?

( ) Sim
( ) Não
( ) Não sei

15. Caso os profissionais de saúde mental do e-Nasf AB e ou Equipes Multiprofissionais sejam contratados, de que forma isto ocorre?
( ) Indicação da Secretaria Municipal de Saúde
( ) Processo seletivo sem critérios específicos para a atuação em saúde mental
( ) Processo seletivo com critérios de seleção para atuação em saúde mental. Se sim, descreva quais os critérios? _____
_____
_____

16. Caso não realize o apoio matricial, o município possui interesse em realizá-lo?
( ) Sim
( ) Não
( ) Preciso conhecer mais sobre apoio matricial em saúde mental.
( ) O município já realiza apoio matricial

17. Para implantação ou melhoramento das ações de apoio matricial em saúde mental o que você, como gestor, acha necessário fazer?
_____
_____

18. Para implantação ou melhoramento das ações de apoio matricial em saúde mental o que você acha necessário que os profissionais da e-Nasf AB e ou Equipes Multiprofissionais precisam saber/fazer?
_____
_____

19. Você acha que para realizar o apoio matricial em saúde mental os profissionais das e-Nasf AB e ou Equipes Multiprofissionais precisam compreender a política de saúde mental e o processo de reforma psiquiátrica?
( ) Sim
( ) Não
( ) Estes conhecimentos não interferem no processo de trabalho

20. Cite como esta pesquisa, ou a UFAL, poderia colaborar em seu município no processo de apoio matricial em saúde mental.
_____
_____
_____
_____

21. Nome e telefone do coordenador do e-Nasf e/ou Equipe multiprofissional do município:
_____

Obrigada pela Colaboração!

APÊNDICE D: Questionário da pesquisa aos Coordenadores de Saúde mental

Nome do Município:_____ Região de Saúde a que pertence: _____

Informações do coordenador municipal responsável pela área de saúde mental

Nome: _____ Cargo:_____
Curso de formação (Graduação): _____
Instituição de ensino da Graduação:_____
Ano de conclusão do Curso:_____
Caráter da instituição de ensino: ( ) público ( ) privado ( ) outro: Qual? _____
Durante a graduação teve disciplinas/estágios em serviços CAPS? ( ) Sim ( ) Não
Quantos anos de experiência profissional no serviço público? _____
Possui formação de pós graduação? ( ) Não possuo. ( ) Sim Possuo.
Se sim qual formação em específico?
( )Especialização. Qual? _____ ( ) Residência. Qual? _____
( )Mestrado. Qual? _____ ( ) Doutorado. Qual? _____
( )Pós Doutorado. Qual? _____

Informações sobre o município na área de saúde mental

1. Quais serviços possuem no seu município que atendem a saúde mental? Se Tem quantos?

( ) CAPS. Quantos? _____ Quais modalidades? _____
( ) Leitos em Saúde mental. Quantos? _____
( ) Unidade de Acolhimento. Quantas?_____
( ) e-NASF AB. Quantas? _____
( ) Equipe Multiprofissional? Quantas? _____
( ) Estratégia Saúde da Família. Quantas? _____
( ) Unidades Básicas de Saúde. Quantas?_____
( ) Residências Terapêuticas. Quantas? _____

2. Qual a forma de contratação dos profissionais dos CAPS?

( ) Estatutário (concurso público)
( ) Celetista (Contrato de trabalho)
( ) Misto (profissionais concursados e outros contratados)

3. Os Serviços CAPS do município são geridos?

( ) por Organizações Sociais
( ) pela Secretaria de Saúde

4. Quantos e quais profissionais trabalham no CAPS?

_____ Profissionais de nível fundamental e médio. São eles: _____
_____
_____ Profissionais de nível universitário. São eles:_____
_____

5. Os profissionais do CAPS realizam ações de apoio matricial de saúde mental na atenção primária? Se sim onde registram?

( ) Sim. Registram no BPA ( ), SIAB ( ), Outro ( ) _____
( ) Não realiza ações de apoio matricial.

6. O Município incentiva ações de Apoio matricial em Saúde mental?

( ) Sim. De que forma? _____
( ) Não. Porque não entendemos do que se trata.
( ) Não. Porque percebemos falta de motivação dos profissionais do CAPS.
( ) Não. Porque não possuímos recursos para realização das ações.
( ) Não. Porque não temos profissional suficiente.

7. Para aquele município que realiza o apoio matricial recebem algum valor financeiro do governo federal (já que trata-se de um indicador da saúde mental)?
( ) Sim
( ) Não
( ) Não sei

8. O município possui alguma normativa (**lei municipal, portaria, decreto, nota técnica, resolução, guia orientador**) para o desenvolvimento de ações de apoio matricial em saúde mental?
( ) Sim. Qual? (Caso prefira sublinhe a resposta no enunciado da questão) _____
( ) Não
( ) Não sei

9. Caso os profissionais do CAPS sejam contratados, de que forma isto ocorre?
( ) Indicação da Secretaria Municipal de Saúde
( ) Processo seletivo sem critérios específicos para a atuação da saúde mental
( ) Processo seletivo com critérios de seleção para atuação em saúde mental. Se sim, descreva quais os critérios? _____
_____
_____

10. O município possui interesse em realizar o apoio matricial em saúde mental?
( ) Sim
( ) Não
( ) Preciso conhecer mais sobre apoio matricial em saúde mental.

11. Para implantação ou melhoramento das ações de apoio matricial em saúde mental o que você, como gestor, acha necessário fazer?
_____
_____
_____

12. Para implantação ou melhoramento das ações de apoio matricial em saúde mental o que você acha necessário que os profissionais dos CAPS precisam saber/fazer?
_____
_____
_____

13. Você acha que para realizar o apoio matricial em saúde mental os profissionais precisam compreender a política de saúde mental e o processo de reforma psiquiátrica?
( ) Sim
( ) Não
( ) Estes conhecimentos não interferem no processo de trabalho

14. Cite como esta pesquisa, ou a UFAL, poderia colaborar em seu município no processo de apoio matricial em saúde mental.

_____
_____
_____
_____

15. Nome e telefone do coordenador do CAPS do município:

_____

Obrigada pela Colaboração!

APÊNDICE E - Roteiro para os grupos focais e Caracterização do participante

1) Explicar a proposta da pesquisa e da técnica a todos os participantes.
2) Ratificar os aspectos éticos contidos no TCLE, bem como os critérios de participação do profissional e a garantia do sigilo.
3) Solicitar que durante a discussão os participantes preencham a frequência assinando o TCLE e complementem alguns dados (município a que pertence, formação universitária, se teve alguma formação a mais, e quantos anos de experiência profissional, inclusive neste serviço que coordena).
4) Início das discussões a partir de questões disparadoras:

1. Como vocês compreendem o apoio matricial?
2. Como o município tem se organizado para realizar o apoio matricial?
3. Como tem sido para vocês a experiência de gerenciar equipes que realizam o apoio matricial?
4. Qual o papel desta coordenação no apoio matricial? (O que a coordenação deveria fazer e por que não faz?)
5. O que se espera da gestão municipal no apoio matricial? Há mudanças na condução do serviço quando muda-se a gestão política?
6. O que se espera da equipe multiprofissional na realização do apoio matricial?
7. Como deve ocorrer o acompanhamento do apoio matricial pelo coordenador do serviço?
8. Como é a relação da gestão com as equipes matriciadoras? (O trabalho em equipe ocorre? Há reuniões frequentes entre gestão e serviço?)
9. Que recursos a gestão tem disponibilizado para as equipes matriciadoras na realização do apoio matricial?
10. Como coordenador do serviço, você acha que sua formação foi adequada para assumir este cargo?
11. O que tem facilitado e dificultado o trabalho do apoio matricial?
12. Nas relações de prioridade como a coordenação do serviço classifica a realização do apoio matricial?
13. Nos últimos 5 anos, principalmente após a mudança da política de saúde mental em 2017 houve alguma mudança na realização do apoio matricial até início da pandemia?
14. Quais sugestões enquanto coordenador para avançar o apoio matricial no município?

Caracterização dos participantes do grupo focal

Nome: _____ Município:_____
Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino Data de Nascimento: _____
Estado Civil: _____ Possui Filhos: _____ Idade dos filhos: _____
Mora no município que trabalha: ( ) Sim ( ) Não

Informações sobre formação profissional

1. Curso de formação (Graduação): _____
2. Instituição de ensino da Graduação:_____
3. Ano de conclusão do Curso:_____
4. Caráter da instituição de ensino: ( ) público ( ) privado ( ) outro: Qual? _____
5. Durante a graduação teve disciplinas/estágios em serviços de Saúde Pública/Saúde Coletiva? ( ) Sim ( ) Não
6. Durante a graduação teve disciplinas/estágios em serviços substitutivos de Saúde Mental? ( ) Sim ( ) Não
7. Quantos anos de experiência profissional no serviço público? _____

8. Possui formação de pós graduação? ( ) Não possuo. ( ) Sim Possuo.
9. Se sim qual formação em específico?

( )Especialização. Qual? _____ ( ) Residência. Qual? _____
( )Mestrado. Qual? _____ ( ) Doutorado. Qual? _____
( )Pós Doutorado. Qual? _____

Informações sobre vínculo de Trabalho

10. Cargo para o qual foi contratado: _____
11. Função atual: _____ ( ) NASF ( ) CAPS ( ) Equipe Multiprofissional
12. Instituição empregadora ( ) Prefeitura ( ) OS ( ) Outra/Qual?_____
13. Forma de contratação em seu cargo atual: ( )CLT ( )Estatutário(a) ( ) Outro, qual?_____ Carga horária: _____ horas semanais
14. A seleção para seu cargo atual incluía questões sobre Saúde Pública/ Saúde Coletiva? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não lembro
15. A seleção para seu cargo atual incluía questões sobre Saúde Mental/ Reforma Psiquiátrica? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não lembro
16. A seleção para seu cargo atual incluía questões sobre Apoio Matricial? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não lembro
17. Foi informado que as atividades de Apoio Matricial estavam entre as funções a serem exercidas no seu cargo atual? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não lembro
18. Era exigida alguma formação/experiência profissional em Apoio Matricial ou em Saúde Pública/ Saúde Coletiva para se candidatar ao cargo atual? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não lembro
19. Teve alguma experiência profissional na área da saúde mental ou saúde coletiva anterior ao cargo atual? ( ) Sim ( ) Não. Se SIM, Qual? _____.
20. Exerce alguma outra atividade profissional no momento, além de seu cargo atual? ( ) Sim ( )Não Qual(is)?:_____.
21. Você é sindicalizado? ( ) Sim ( )Não

ANEXOS

ANEXO A - Autorização do Comitê de Ética da UFAL

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Titulo da Pesquisa: AS VARIAVEIS DO TRABALHO DAS EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS EM SAUDE E SEUS IMPACTOS NO MATRICIAMENTO EM SAUDE MENTAL DE ALAGOAS

Pesquisador: Yanna Cristina Moraes Lira Nascimento

Area Tematica:

Versao: 2

CAAE: 64869922.0.0000.5013

lnstituição Proponente: Universidade Federal de Alagoas

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER
Número do Parecer: 5.818.134

Apresentaçao do Projeto:
A pesquisa objetivará analisar as variáveis do trabalho das equipes multiprofissionais e seus impactos nas ações de matriciamento em saúde mental no Estado de Alagoas no período de 2016 a 2019.Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa e pressupostos metodológicos do materialismo histórico e dialético. A pesquisa será realizada em duas etapas: a) o pesquisa exploratória, através de revisões bibliográficas e documentais sobre a conjuntura do mundo do trabalho, do Estado capitalista, das Políticas de Saúde mental e das ações de Matriciamento e; b) a pesquisa de campo realizada em três fases em que aplicar-se-á questionários, grupos focais, entrevistas individuais semiestruturadas e observação participante. Serão sujeitos do estudo na FASE I da pesquisa de campo os profissionais da gestão: os profissionais referência em saúde mental e atenção primária das Secretarias municipais de Saúde dos 79 municípios alagoanos que possuem CAPS, eNASF AB ou EMult. Na FASE II os sujeitos serão os coordenadores dos CAPS, dos e- Nasf AB e das EMult dos municípios alagoanos que possuem CAPS, e ao menos um dos dispositivos matriciadores da atenção básica. Na FASE III os sujeitos serão os profissionais dos CAPS, dos e-Nasf AB, e das EMult de dois municípios alagoanos que realizaram o apoio matricial em saúde mental a serem definidos no transcorrer da pesquisa no período de 2016 a 2019. Este recorte temporal será necessário para se analisar os impactos das variáveis do trabalho no contexto de mudanças governamentais e de políticas de saúde sem exatamente ter-se interferências pela conjuntura pandêmica do COVID 19 a partir de 2020.Entre os profissionais estarão enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, educadores físicos, médicos psiquiatras, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, fonoaudiólogos, psicopedagogos e farmacêuticos. O tratamento dos dados ocorrerá pela análise de conteúdo na modalidade de análise temática sob referência dos teóricos Marx, Gramsci, Lukács e Gastão Wagner Campos. Todos os critérios éticos serão considerados, iniciando-se a pesquisa somente após a aprovação do CEP.

Objetivo Geral:
- Analisar as variáveis do trabalho das equipes multiprofissionais e seus impactos nas ações de matriciamento em saúde mental no Estado de Alagoas no período de 2016 a 2019.

Objetivos Específicos:
- Aprofundar estudos teóricos sobre o trabalho assalariado no capitalismo;
- Apreender as variáveis do trabalho em saúde (como condições de trabalho, carga horária, organização do trabalho, concepções e outros) no contexto da Política Nacional de Saúde Mental nos anos 2016 a 2019;
- Identificar os fatores que impactam na realização de ações de apoio matricial no âmbito

dos trabalhadores matriciadores e da gestão;
- Averiguar as influências sobre o processo matricial relacionado à organização administrativa do Estado.

Objetivo da Pesquisa:
De acordo com os pesquisadores: Os riscos da pesquisa serão o desconforto em expor suas opiniões e o atraso na execução do seu exercício profissional no momento da coleta de informações diante do tempo desprendido à participação da pesquisa, para reduzir estes riscos o pesquisador conduzira a coleta de dados com habilidade técnica de mediação de grupo garantindo um ambiente de respeito aos valores culturais, sociais, morais, religiosos, e aos costumes dos participantes; e juntamente a isto será pactuado com as secretarias municipais de saúde (SMS) e a SESAU a realização das entrevistas, dos grupos focais e o preenchimento dos questionários no horário de trabalho sem nenhum ônus ao trabalhador quanto ao tempo disponibilizado. Também será garantido o anonimato dos entrevistados, a fim de manter preservado qualquer meio de identificação ou de possíveis constrangimentos, bem como retirar-se da pesquisa quando assim o desejar respeitando-se a vontade de permanência no estudo. Será esclarecido que a participação na pesquisa não lhes gerará nenhum bônus, nem ônus financeiro, e que para participarem será necessário assinarem o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) que encontrasse nos anexos do projeto.
Os benefícios, que serão indiretos, os participantes estarão colaborando com o mapeamento do matriciamento em saúde mental de Alagoas, apontando as variáveis de trabalho às equipes multiprofissionais na realização das ações apoiadoras. Estes benefícios permitirão a gestão municipal e estadual traçarem melhorias na assistência integral visando transformações no modelo de saúde ampliado e acessível, bem como na promoção de qualidade digna de vida, a partir do respeito aos direitos civis e trabalhistas dos profissionais de saúde que realizam o matriciamento.
A pesquisa apresenta um caráter social relevante e importante com o objetivo de analisar as variáveis do trabalho das equipes multiprofissionais e seus impactos nas ações de matriciamento em saúde mental no Estado de Alagoas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:
Foram avaliados os seguintes termos anexados:
- Projeto de pesquisa;
- Folha de rosto;
- Declaração de publicização;
- TCLE;
- Orçamento;
- Cronograma;
- Termo de anuência.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:
Vide campo “Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações”.
Atenção a orientação abaixo:
3. Quanto ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido arquivo intitulado “TCLE.docx”, versão 2, postado em 04/12/2022:

3.3. Lê-se na página 2: assinatura da pesquisadora responsável. Solicita-se excluir a assinatura do TCLE.

PARECER 2: ATENDIDO. EXCLUIU A ASSINATURA E INCLUIU A ASSINATURA DO SOUGOV EM TODAS AS PÁGINAS DO TCLE (NA NOVA VERSÃO). O TCLE DEVE SER ASSINADO PELOS PESQUISADORES E PARTICIPANTES DA PESQUISA NO MOMENTO DA COLETA DE DADOS.

PARECER 2: Os pesquisadores responderam todas as pendências apontadas no último parecer. Projeto sem óbice ético.
Foram observadas as seguintes pendências:
1. Quanto a declaração de autorização da instituição arquivo intitulado “TERMODEANUeNCIA.pdf”, versão 1, postado em 05/10/2022: Tem assinatura do responsável pela Secretaria de Estado de Saúde, porém não tem data e nem carimbo. Solicita-se adequação do termo incluindo data e carimbo do responsável.
PARECER 2: ATENDIDO

2. Quanto ao orçamento arquivo intitulado “orçamento.docx”, versão 1, postado em 05/10/2022: Solicita-se a inclusão da informação de quem irá custear os gastos com a pesquisa se pela própria pesquisadora ou instituição de fomento de pesquisas.
PARECER 2: ATENDIDO.

3. Quanto ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido arquivo intitulado "TCLEassinadodigitalrubricado.pdf", versão 1, postado em 26/10/2022:
3.1. OK As páginas estão enumeradas na ordem 1, 2. Solicita-se enumerar as páginas com 1/2; 2/2.
PARECER 2: ATENDIDO.

3.2. Lê-se na página 1: No item "7) Os riscos à minha saúde física e mental são mínimos: constrangimentos no relato de minhas percepções e práticas profissionais, e atraso na execução do meu exercício profissional no momento da pesquisa diante do tempo desprendido a minha participação na pesquisa". Solicita-se informar quais ações serão realizadas para evitar/solucionar tais riscos de acordo com a Resolução 510/2016 no Art. 17, item "V - informação sobre a forma de acompanhamento e a assistência a que terão direito os participantes da pesquisa, inclusive considerando benefícios, quando houver".
PARECER 2: ATENDIDO.

3.3. Lê-se na página 2: assinatura da pesquisadora responsável. Solicita-se excluir a assinatura do TCLE.
PARECER 2: ATENDIDO. EXCLUIU A ASSINATURA E INCLUIU A ASSINATURA DO SOUGOV EM TODAS AS PÁGINAS DO TCLE. O TCLE DEVE SER ASSINADO PELOS PESQUISADORES E PARTICIPANTES DA PESQUISA NO MOMENTO DA COLETA DE DADOS.

3.4. Na página 2: Solicita-se incluir o texto "15. Você tem direito a buscar indenização caso venha a sofrer com a sua participação na pesquisa".
PARECER 2: ATENDIDO.

Protocolo Aprovado
Prezado (a) Pesquisador (a), lembre-se que, segundo a Res. CNS 466/12 e sua complementar 510/2016:
O participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado e deve receber cópia do TCLE, na íntegra, assinado e rubricado pelo (a) pesquisador (a) e pelo (a) participante, a não ser em estudo com autorização de declínio; V.Sª. deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade por este CEP, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata; O CEP deve ser imediatamente informado de todos os fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É responsabilidade do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas a evento adverso ocorrido e enviar notificação a este CEP e, em casos pertinentes, à ANVISA; Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial; Seus relatórios parciais e final devem ser apresentados a este CEP, inicialmente após o prazo determinado
no seu cronograma e ao término do estudo. A falta de envio de, pelo menos, o relatório final da pesquisa implicará em não recebimento de um próximo protocolo de pesquisa de vossa autoria.

O cronograma previsto para a pesquisa será executado caso o projeto seja APROVADO pelo Sistema CEP/CONEP, conforme Carta Circular nº. 061/2012/CONEP/CNS/GB/MS (Brasília-DF, 04 de maio de 2012).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_2028652.pdf	04/12/2022 19:26:15		Aceito
Outros	CartarespostaaoCEPUFAL.docx	04/12/2022 19:25:52	Yanna Cristina Moraes Lira Nascimento	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	cartadeanuenciasesau.pdf	04/12/2022 19:25:01	Yanna Cristina Moraes Lira Nascimento	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	04/12/2022 19:11:55	Yanna Cristina Moraes Lira Nascimento	Aceito
Orçamento	orcamento.docx	04/12/2022 19:11:38	Yanna Cristina Moraes Lira Nascimento	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETODOUTORADOcep.docx	04/12/2022 19:11:19	Yanna Cristina Moraes Lira Nascimento	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_direcao_assinado.pdf	06/11/2022 17:17:12	Yanna Cristina Moraes Lira Nascimento	Aceito
Declaração de Manuseio Material Biológico / Biorepositório / Biobanco	declaracaodepublicizacaodigital.pdf	26/10/2022 12:14:56	Yanna Cristina Moraes Lira Nascimento	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	05/10/2022 10:47:36	Yanna Cristina Moraes Lira Nascimento	Aceito

Continuação do Parecer: 5.818.134

MACEIO, 15 de Dezembro de 2022
CAMILA MARIA BEDER RIBEIRO GIRISH PANJWANI
(Coordenador(a))
Assinado por:

Situação do Parecer:
Aprovado
Necessita Apreciação da CONEP:
Não

ANEXO B – Termo de autorização da SESAU para a realização da pesquisa

ESTADO DE ALAGOAS

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Gerência de Desenvolvimento e Educação em Saúde

Av. da Paz, 978, - Bairro Jaraguá, Maceió/AL, CEP 57022-050
Telefone: (82) 3315-1102 - http://www.saude.al.gov.br

Carta

PROCESSO:	E:02000.0000031787/2022
INTERESSADO:	@nome_interessado@
ASSUNTO:	Comunicação: Prestação de Informações Institucionais

ANUÊNCIA À PESQUISA

Eu, GUSTAVO PONTES DE MIRANDA OLIVEIRA, Secretário de Estado da Saúde de Alagoas, sob Decreto nº 82.594 (D.O.E./AL 15/05/2022), tenho ciência e, de acordo com o parecer favorável da Área, **AUTORIZO** a realização da pesquisa intitulada *"AS VARIÁVEIS DO TRABALHO DAS EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE E SEUS IMPACTOS NO MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL DE ALAGOAS"*, sob responsabilidade da Pesquisadora Yanna Cristina Moraes Lira Nascimento, com orientação da Prof. Drª Rosa Lúcia Trindade Prédes; **declaro**, ainda, que esta Instituição apresenta as condições necessárias à realização da referida pesquisa.

Ressaltando que este termo é válido para acesso às informações desta Secretaria apenas no caso de haver **parecer favorável do comitê de ética** avaliador do estudo; e que a Pesquisadora se digne disponibilizar cópia do consolidado da Pesquisa à Gerência Executiva de Valorização de Pessoas/Sesau, após 30 dias da sua finalização, para subsidiar novos estudos e/ou fundamentar ações de saúde desta Secretaria, bem como, apresentar a pesquisa em eventos da mesma, caso solicitado.

Maceió-AL, outubro/2022.

ASSINADO ELETONICAMENTE

Documento assinado eletronicamente por **Gustavo Pontes de Miranda Oliveira, Secretário de Estado** em 18/11/2022, às 13:58, conforme horário oficial de Brasília.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.al.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **15232191** e o código CRC **D3A9A9E9**.