



Eixo: Política Social e Serviço Social

Sub-eixo: Crise, trabalho e tendências contemporâneas das políticas sociais no capitalismo

## “COM QUE PASSOS ANDARÃO AS AÇÕES MATRICIAIS?": A CONTRARREFORMA NA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA E SEUS REBATIMENTOS NO ÂMBITO DA SAÚDE MENTAL

EVELLY NATHALIA LIRA DE ARAUJO<sup>1</sup>  
DELAINÉ CAVALCANTI SANTANA DE MELO<sup>2</sup>

**Resumo:** O governo federal sancionou uma contrarreforma na PNAB que a diminuição de recursos humanos, descapilaridade da cobertura universal e flexibilização da Política, alçando o espaço para a consolidação do modelo de atenção biomédico que refletem diretamente na operacionalização de ações matriciais. O estudo objetiva compreender as implicações dessa contrarreforma na operacionalização de ações matriciais em Saúde Mental. Trata-se de uma pesquisa exploratória e qualitativa, que partiu do método histórico dialética marxista para analisar o novo conteúdo frente as demandas em Saúde Mental do território. A análise mostrou que o matriciamento pode ser gradualmente abandonada diante das tendências impostas pela nova PNAB.

**Palavras-chave:** PNAB. Matriciamento. Saúde Mental. Atenção Primária. Contrarreforma.

**Abstract:** The federal government sanctioned a counter-reform in the PNAB that the reduction of human resources, decrease of the universal coverage and flexibility of the Policy, raising the space for the consolidation of the model of biomedical attention that directly reflect in the operationalization of matrix actions. The objective of this study is to understand the implications of this counterreformation in the operationalization of matrix actions in Mental Health. It is an exploratory and qualitative research that started from the Marxist dialectical historical method to analyze the new content against the demands in Mental Health of the territory. The analysis showed that matriciation can be gradually abandoned in the face of trends imposed by the new PBAN.

**Keywords:** PNAB. Matriciamento. Mental Health. Primary Care. Counter-Reformation.

### 1. INTRODUÇÃO

Em 21 de setembro de 2017, após severas contrarreformas em diferentes setores sociais, o governo federal sancionou a Portaria nº2.436, ou “nova PNAB”, que reformula diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica no âmbito do Sistema Único de Saúde. Coexistente a esse processo, as inquietações decorrentes de observações no campo de estágio em Serviço Social num Centro de Atenção Psicossocial atentaram-se para necessidade ininterrupta de articulação entre Saúde Mental e a Atenção Primária, mais precisamente atribuída à operacionalização de ações matriciais. Mesmo porque essa

<sup>1</sup> Estudante de Graduação, Universidade Federal de Pernambuco. E-mail: <evelly.araujo97@gmail.com>.

<sup>2</sup> Professor com formação em Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco.

articulação, prevista legalmente pela Rede de Atenção Psicossocial/RAPS é de grande relevância para o cuidado compartilhado. Além disso, o contato regular entre as equipes materializada nas ações matriciais proporciona um leque de possibilidades à intervenção, por viabilizar conhecimento aprofundado e conjunto do território e dos processos que nele são construídos e vivenciados no cotidiano dos/as usuários/as.

É notório que as mudanças promovidas pela nova Portaria acompanha a trajetória do projeto neoliberal na pretensão de desmontar o setor público para alçar o espaço do capital internacional, dessa forma é reconhecida a necessidade de analisar os pontos elencados pela “Nova PNAB” e presumir seus impactos no campo da Saúde Mental, levando em consideração ainda os processos que vêm sendo operacionalizados nas articulações entre a Atenção Primária e a Saúde Mental antes mesmo das novas diretrizes.

Apesar de já ser perceptível a inquietação dos/as profissionais/as em saúde com relação ao novo texto da política, principalmente das equipes inseridas nas USF's, a compreensão das mudanças acarretadas pela nova PNAB é um tópico que ainda não foi amplamente debatido, e nessas circunstâncias pode-se presumir que tal debate transversalizado ao campo da Saúde Mental é ainda mais exíguo. Principalmente por ser uma problemática recente, o aprofundamento teórico sobre o tema é uma questão a ser sistematizada, e o estudo acadêmico assume importância, com o dever de contribuir tanto com os/as profissionais que vivenciarão essa realidade em seus processos de trabalho, quanto com os/as usuários/as que verão mais uma possibilidade de cuidado à sua Saúde Mental ser inviabilizada.

O estudo foi norteado pelo método materialista histórico que ampara filosoficamente as teorias marxistas por apresentar recursos e ferramentas mais consistentes para leitura da realidade ao desvelar a essência do fenômeno estudado, conforme o entendimento de que partir do paradigma crítico-dialético exclui concepções imediatistas, funcionais, unilaterais e heurísticas da realidade, típica de outros sistemas filosóficos.

Para tal análise, foram previamente consultados dois sites de pesquisa, o Scielo e a Biblioteca Virtual em Saúde, com os seguintes descritores: Atenção Básica e RAPS, Território e Saúde Mental; Matriciamento e Ações Intersetoriais, que permitiram o acesso a periódicos e artigos que discorrem sobre o tema. Analisamos, ainda, o conteúdo da Portaria nº2.436/2017 em contraponto à Portaria nº2.488/11, referente à aprovação da Política Nacional de Atenção Básica.

Vale ressaltar a importância desse estudo para o Serviço Social, enquanto categoria que compõe os dois campos de atuação, tanto a Atenção Primária - nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família/NASF - como a Saúde Mental e se depara corriqueiramente com usuários carecidos de cuidado quanto às complexidades cometidas no âmbito da Saúde Mental. Os

parâmetros para a atuação do Serviço Social na Política de Saúde, formulados em 2010, preveem o conhecimento das condições de vida e trabalho dos usuários e os determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença, bem como a interdisciplinaridade e intersetorialidade como recursos a serem instrumentalizados pela categoria.

## **2. DOS PASSOS CAMINHADOS: A SAÚDE MENTAL NO ÂMBITO DO SUS**

A compreensão de indissociabilidade entre atenção em Saúde Mental e Atenção Primária em Saúde pressupõe uma concepção ampliada de saúde, da organização em redes de cuidado e da gestão em saúde, para estruturar o campo da Saúde Mental no âmbito do SUS. Durante todo o século XIX até meados do século XX, a realidade da Saúde era tratada por práticas filantrópicas e assistencialistas, em intervenções nas quais a Saúde Pública, subordinada aos interesses do mercado, concentrava-se em atender pontualmente os interesses e mudanças do capitalismo no modelo industrial brasileiro.

As insatisfações frente ao modelo de atenção à saúde impulsionaram a construção do Movimento da Reforma Sanitária, formado por profissionais da saúde, usuários, associações populares, partidos políticos de oposição e pela academia a partir da “aliança da Saúde Coletiva com a democracia e os direitos humanos (SCHRAIBER, 2008, p.15). Como resultado dos tensionamentos na esfera pública, a Constituição de 1988 resguardou no âmbito da Seguridade Social – juntamente com a Assistência Social e a Previdência Social, o direito social fundamental à Saúde. Estabelecida no art. 196º como “direito de todos e dever do Estado”, a Saúde contou com a estruturação do SUS a partir de diretrizes e recursos que garantem o acesso inegável e gratuito à população brasileira.

Dois anos mais tarde, em 1990, a Lei 8.080 versou sobre os parâmetros de consolidação do sistema. Ao indicá-lo sob o olhar estratégico da Saúde Coletiva, essa lei aprimorou os horizontes da concepção de saúde e indicou também o trato de ações que se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social, apoiadas por treze princípios básicos.

No que tange a realização desses princípios, cabe reafirmar a necessidade de ações integralizadas dentro e fora do sistema, relativas a articulação entre os diferentes níveis de complexidade para assim, intervir nas diversas problemáticas que interferem na saúde individual e coletiva da população, além da descentralização como importante passo legal para acompanhamento de territórios referenciados, enquanto campo fundamental da Atenção Primária.

Por outro lado, o tratamento de pessoas em sofrimento psíquico por muito tempo foi desvinculado das discussões em Saúde. Na verdade, o modelo de tratamento ofertado, em

nada acolhia os sujeitos, ao contrário, acompanhava as tendências e necessidades econômicas sob justificativas moralizantes. A institucionalização dos “degenerados” no Brasil teve início no século XIX e direcionou os primeiros passos da assistência psiquiátrica brasileira, que num primeiro momento abarcou concepções empíricas para justificar a exclusão, mas depois contou com o pretexto da psiquiatria científica para o tratamento moral e educativo.

Resende (2006, p. 55) afirma que, em meados deste século, o cenário era insustentável: “superlotação, deficiência de pessoal, maus tratos, condições de hotelaria tão ruins ou piores do que os piores presídios”. Os hospícios públicos mais pareciam uma fábrica de cadáveres, sua função de limpeza social era abertamente cumprida e a psiquiatria brasileira não acompanhava novas experiências internacionais. Ao apresentar os padrões de tratamento que os hospícios ofereciam aos pacientes, ao desconsiderar suas histórias, vivências e culturas: “a pessoa torna-se aquilo que a instituição quer que ela se torne: violento, melancólico, antissocial e limitado” (MAIA, 2007, p.37).

A resposta social ao modelo asilar de tratamento psiquiátrico e ao panorama conjuntural descrito foi expressa no Movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira/MRPB, acompanhado pelas mobilizações e pela agenda de debates do processo de (re)democratização. Apesar de vinculada à Reforma Sanitária, a Reforma Psiquiátrica surge um pouco depois, nos anos de 1978, por forte influência das discussões internacionais acerca dos rumos das internações psiquiátricas.

Em 1989 foi inaugurado o primeiro CAPS, localizado na cidade de São Paulo. A experiência, seguida da introdução de outros serviços extra-hospitalares impulsionou a luta pela desinstitucionalização de pessoas com transtorno mental ou decorrente do uso de substâncias psicoativas, na busca da consolidação do novo modelo de atenção, coerente com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica.

## **2.1. Modelo de Atenção: o Território como espaço de construções e intervenção**

Compreender o atual modelo de atenção à Saúde Mental nos moldes do SUS demanda a articulação de chaves-analíticas que apresentam a interface entre operacionalização dos serviços e o posicionamento político frente a atuação profissional, o modelo de gestão e as práticas assistenciais. O campo de interlocução entre a nova PNAB e as ações matriciais se concretiza na relação Atenção Primária – Saúde Mental, Estratégia de Saúde da Família/ESF ou Unidade Básica de Saúde/UBS - CAPS, sendo dispositivos ligados ao nível municipal de operacionalização e administração na estrutura hierárquica da Política

de Saúde. Apresentam-se, portanto, como serviços medulares para as respectivas políticas e para atenção em rede, já que estão concentrados em área territorial adscrita.

Segundo Gondim et al. (2008, P. 1), o espaço permeia o “conjunto de territórios e lugares onde fatos acontecem simultaneamente, e suas repercussões são sentidas em sua totalidade de maneiras diferentes”, por consequência, o território, de maneira comprimida e mais homogênea também requer um olhar dialético. Possui identidade histórica, projetos singulares e grupos sociais em destaque e compreende parte de um processo de dinâmica social, que envolve tensionamentos dos sujeitos numa arena política (MENDES, 1993). Essa dinâmica relacional de territórios produz e é produto de questões antagônicas no campo da totalidade social ao envolver a cidade e seus processos de pobreza e riqueza, circulação, mobilidade, espaços industriais, espaços comerciais e o fluxo de pessoas, refletidos de diferentes formas sobre a vida individual e coletiva. A vida cotidiana, por sua vez, é definida por tempo e espaços determinados e é produto da relação conflituosa entre a subjetividade individual, a vida coletiva, as vivências no território e os processos micro e macroestruturais.

Dona Ivone Lara há algum tempo compôs *“eu vim de lá, eu vim de lá pequenininho/ mas eu vim de lá pequenininho/ alguém me avisou/ pra pisar nesse chão devagarinho”* e esses versos retratam de forma admirável o respeito pelo local, isso porque a relação da sambista [ou de forma geral dos atores sociais] com seu território contempla suas histórias, sua trajetória, seus laços, seus antepassados e seus hábitos. Isso permite entender como o vínculo do acompanhamento no território está disposto para população habitante, a partir de sua dinâmica de relações interpessoais, seus dispositivos de cultura e lazer, suas potencialidades e seus agravantes. Conhecer e analisar, portanto, esse recorte espacial contribui para a identificação dos problemas recorrentes na coletividade e nas especificidades individuais da população, com vista a apurar e conhecer os determinações e condicionantes que acompanham o processo de saúde-doença, para então cristalizar decisões estratégicas no tocante a intervenções qualificadas nas problemáticas.

Para potencializar o vínculo territorial, o cuidado integral e a clínica ampliada, o trabalho em rede foi disposto no campo da Saúde Mental pela Portaria nº 3.088/2011, como já foi sinalizado anteriormente, que instituiu a RAPS. A perspectiva foi a de ampliar e articular pontos de atenção à Saúde Mental a partir da lógica multidisciplinar e interdisciplinar, partindo do pressuposto de que os serviços substitutivos não conseguem avançar, em relação à produção do cuidado integral, sem a participação de outros setores que acompanham a vida das pessoas em sofrimento psíquico. Dessa forma, a RAPS é substancialmente desenvolvida pelo princípio da intersetorialidade, compreendendo que isoladamente os serviços não conseguem intervir nas diversas determinações psicossociais do sofrimento psíquico, ao

contrário, isto posto, seu funcionamento visa somar recursos que garantam a integralidade do cuidado e a promoção da continuidade da assistência (SOUZA, 2013).

O apoio matricial ou matriciamento tem papel fundamental na articulação dessas duas áreas da Política de Saúde e se apresenta como estratégia que foge ao modelo biomédico ainda hegemônico no Sistema de Saúde, ao obedecer critérios de horizontalidade. Para Gastão Wagner Campos, fundador e defensor do modelo de gestão matricial:

Parte-se da suposição de que uma reordenação do trabalho em saúde segundo a diretriz do vínculo terapêutico entre equipe e usuários estimularia a produção progressiva de um novo padrão de responsabilidade pela co-produção de saúde (CAMPOS, 1999, p. 395).

Volta-se, mais uma vez ao vínculo do território como fator fundamental para a produção de Saúde, a partir de outro modelo de cuidado, antes voltado para a atenção pontual à crise, ao assegurar suporte contínuo e co-relacional que as equipes podem desenvolver junto ao sujeito, através dos dispositivos de saúde participantes em seu processo de cuidado. Nesse caso, Campos (1999) projeta o vínculo terapêutico como um processo que envolve tanto necessidades como possibilidades, no que concerne as situações diversas de cada caso e a limitações e capacidades de intervenção da equipe. No Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental, Chiaverini et al (2011, p.13) destaca que “o matriciamento 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”, situando o apoio matricial como um processo que impede o enquadramento e monopólio do cuidado à uma única especialidade.

Fundamentado na concepção teórica de Saúde Paideia<sup>3</sup>, esse modelo de gestão em saúde se manifesta como um “suporte técnico-pedagógico” ao propiciar a autonomia do/a usuário/a na organização e acompanhamento de seu Projeto Terapêutico Singular/PTS. Além disso propõe produzir, nos processos de trabalho dos profissionais, o envolvimento necessário para a intervenção interdisciplinar, a partir de uma perspectiva na qual se preconiza a interlocução profissional das equipes diante do problema psicossocial e clínico do usuário. (CAMPOS; DOMITTI, 2007). Trata-se, portanto, de articular três dimensões impreteríveis para a efetivação do cuidado: a pedagógica, a terapêutica e a institucional.

Contudo, é perceptível como a implementação de ações matriciais perpassa obstáculos que marcam a rede de atenção, não só por descaminhos e irregularidades na implementação—que reforçam a lógica do encaminhamento como exposto na pesquisa - mas também pela própria ausência da implementação.

---

<sup>3</sup>O modelo desenvolvido por Campos (2003) aponta um novo modelo institucional, baseado na co-gestão, na democratização das relações institucionais e no compartilhamento do conhecimento, inibindo as hierarquias institucionais e profissionais e as relações de poder.

### **3. A NOVA PNAB: POR QUE MUDOU E O QUE MUDOU?**

#### **3.1 Os passos do capitalismo e a atualização da agenda neoliberal brasileira**

O ambiente que demarca a aprovação da nova PNAB é consubstanciado por diversas nuances da estreita relação entre capitalismo e Estado, e suas disputas no antagonismo com a classe trabalhadora. Nesse cenário, os ataques às políticas sociais, em especial ao Sistema Único de Saúde, apelam para várias estratégias de privatizar e mercantilizar direitos, renovadas a cada mudança conjuntural sob a mesma finalidade de munir o mercado de financiamento para a acumulação de capital.

Como programado e previsto, a agenda neoliberal do governo de Michel Temer pleiteou uma série de contrarreformas em todos os setores sociais, sob a lógica da privatização e mercantilização dos direitos sociais. A intencionalidade dos desmontes sociais é correlata aos recursos destinados ao mercado financeiro, já que “na busca de ampliação das taxas de lucro, impõe a destruição de direitos do trabalho, da previdência, da saúde” (BOCHETTI, 2017, p.61). E a barbárie não para por aí. Netto (2012, p. 415) elenca que “enquanto várias centenas de milhões de euros são disponibilizados para banqueiros, assiste-se a cortes escandalosos [...] nos gastos sociais, com ônus exclusivamente para a classe trabalhadora”. Assim, percebe-se a redefinição do papel do Estado na condução de políticas de proteção social em articulações mais agressivas. Vale sempre ressaltar, no entanto, que o programa de governo deliberado pela burguesia não foi novidade do golpe, mas um processo contínuo e por vezes, não percebido pela sociedade, abraçado mesmo pelos governos progressistas que chefiaram o país.

Segundo Granemann (2016), essa intervenção perpassa a necessidade do grande capital em reorganizar a distribuição do fundo público para enfrentamento da crise e para abertura de novos espaços de inversão de seus capitais. A autora salienta:

A “crise fiscal” do Estado é, sem rodeios, uma nova partilha do fundo público na qual a classe trabalhadora deve continuar a gerar toda a riqueza e reduzir sua já medíocre participação no usufruto da riqueza social por ela produzida e que lhe toca utilizar sob a forma de direitos realizados por limitadas políticas sociais (idem, p.174)

Percebe-se, portanto, que a destreza da burguesia é tamanha que, como todo processo fundante ao capital, apreende a riqueza social produzida pela própria classe trabalhadora e retira-lhe o mínimo conquistado nos processos históricos de luta e resistência: as políticas sociais. No mais, além de retirar-lhes direitos, a destreza encontra-se ainda no conservadorismo com as quais são criminalizadas as próprias expressões da questão social.

### **3.2. Os mecanismos da nova PNAB**

A análise dos textos mencionados estão fundamentadas dialeticamente na conjuntura das movimentações pró-capitalistas que o Estado tem coordenado no campo das políticas sociais. Superficialmente, o texto da “nova PNAB” parece cauteloso e bem-intencionado, mas desde o início alguns pontos sugerem o desalinhamento à proposta da Reforma Sanitária. Em um comparativo entre a Portaria de 2011 e a de 2017, que institui a PNAB, pode-se perceber dois eixos de mudanças que se apresentam como desmontes: i) de flexibilização da Estratégia de Saúde da Família e ii) Da precarização do/a trabalhador/a em Saúde.

Um ponto de relevância estrutural na política perpassa a arbitrariedade com a qual é tratada a prioridade da ESF. Esse modelo desde os anos 1990 vem se apresentando como o mais qualificado para a Atenção Primária, pela forma apropriada com a qual é tratado o vínculo territorial, e pela proposta de superação do modelo biomédico tradicional. Tal arbitrariedade busca estabilidade no desfalque orçamentário que os municípios vêm sofrendo, além dos impasses acarretados pela EC 95, na qual o teto de gastos destinados à Política de Saúde passa a ter base nas despesas do ano anterior sob correção da inflação. A nova PNAB sugere alternativas em prol de flexibilizar a prioridade das ESF. Mais uma vez, o pretexto da contenção de gastos incita a rearticulação desse modelo, por ser um campo menos custoso, com um menor contingente de profissionais e maior flexibilidade empregatícia, mesmo porque o governo federal, no eixo sobre financiamento, demarca a possibilidade de financiar da Atenção Básica Tradicional, antes suprimida da Portaria de 2011. Além disso, é perceptível como ambos os modelos passarão por mudanças dificultosas referentes à redução rigorosa da cobertura, afastando-se do princípio da universalidade, a partir da significativa redução dos recursos humanos.

Sobre o segundo ponto, as mudanças relacionadas aos processos de trabalho dos profissionais compreendem problemáticas que burocratizam e sobrecarregam o fazer profissional, principalmente no que diz respeito aos/às Agentes Comunitários/as de Saúde.

É dessa forma que, no texto da “nova PNAB”, repete-se a lógica que materializa as contrarreformas na saúde, sob a qual:

Os princípios do SUS não são negados explicitamente, tendo em vista as possibilidades de resistência. Os princípios e fundamentos legais do SUS são refuncionalizados, adquirem conteúdos distintos da racionalidade hegemônica no projeto de reforma sanitária, incorporando elementos da nova racionalidade hegemônica (SOARES, 2010, p.56)

Ao desarticular operacionalmente o projeto de reforma sanitária, as armadilhas da nova PNAB reforçam a tecnicidade moldada em prol da biomedicina, focalizada e curativa, e espraiam o campo do projeto privatista, principalmente pelo deslocamento da perspectiva universal do acesso à saúde.

A finalidade dessas medidas conduzem cada vez mais a população não assistenciadas e cobertas para o âmbito dos planos populares de saúde, o que corrobora para que a saúde, enquanto direito, seja acessada pelos mais pobres dos mais pobres. Ao passo que se articula a extinção da cobertura universal, representada também pela diminuição no número de profissionais, se desmobiliza a política, desvinculando-a do seu modelo mais eficaz de atenção qualificada ao território.

Nessa lógica, permanece e aprofunda-se nesse processo o plano governamental neoliberal de menos recursos para os investimentos sociais e convênios com o âmbito privado a partir de, no mínimo, duas modalidades intrinsecamente ligadas de redirecionar recursos ao campo privado: a diminuição dos gastos para relocar os valores ao mercado financeiro e sucateamento da política para favorecer a mercantilização da saúde e III) incorporação do setor privado na própria política de saúde.

#### **4. OS PRÓXIMOS PASSOS: O QUE ESPERAR DA ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL NO TERRITÓRIO**

No momento atual, o apoio matricial é - mais do que nunca - necessário para o modelo de gestão e cuidado em Saúde Mental. Ao entender que as dimensões econômicas e sociais interferem e transversalizam o processo de produção de saúde mental, é perceptível como o cenário contemporâneo é psicossocialmente propenso à produção do adoecimento psíquico e agravamento de sintomas e crises relacionadas aos transtornos mentais. Não por acaso, a agudização das expressões da questão social que podem intervir nesse adoecimento, resultantes das diversas expropriações que perpassam a classe trabalhadora, são produzidas pelo mesmo escopo que delibera o desmonte operacional das políticas de Atenção Básica e Saúde Mental, e que flexibiliza os processos de trabalho nos seus respectivos Serviços. Nessas circunstâncias, a pauperização e todos os fatores objetivos e subjetivos que dinamizam o PTS do/a usuário/as - ou seja, o acompanhamento psicossocial - incluindo a intervenção profissional das equipes, estão imbricados estruturalmente no delinear do modo de produção capitalista.

O contexto atual demanda que o vínculo entre usuários/as e profissionais da USF e entre as equipes de ambos os serviços (USF e CAPS) estejam fortalecidos, por isso o apoio matricial poderia ser entendido como forte recurso para o desdobramento no fluxo de demandas, rearticulando as demandas reprimidas e sugestionando algum grau de cuidado em Saúde Mental no próprio território. Em contrapartida, a realidade proposta pela “nova PNAB” reorganiza a Política de tal forma que o incentivo ao apoio matricial esbarra em uma nova articulação dos processos de trabalho na Atenção Primária, compreendidos em novos obstáculos. Com base nas discussões anteriores e para além dos transtornos que envolvem

os processos de trabalho nos CAPS, é presumível que as equipes de Saúde Mental se deparem com rebatimentos diretos e indiretos da “nova PNAB”, que perpassam três problemáticas na Atenção Primária: *I) a precarização do/a trabalhador/a em saúde; II) as limitações da Atenção Primária no alcance e conhecimento da população usuária adscrita e III) a reorganização institucional do modelo de atenção biomédico.* Na verdade, as três problemáticas expostas não podem ser analisadas unilateralmente, mas como um conjunto intermitente de causa e efeito.

É perceptível como as mudanças no funcionamento da Atenção Primária afetam os processos de trabalho em saúde e desdobram-se sob a precarização do trabalho. No primeiro ponto, o decurso da flexibilização, a partir de estratégias de contenção de recursos humanos, fragmentação da cobertura universal e conseqüente acúmulo de tarefas, sobrecarrega os profissionais de demandas de toda espécie ao burocratizar e racionalizar a práxis profissional, e incorpora novos elementos nos processos de trabalho, desarticulando o cuidado contínuo. O reordenamento proposto é acompanhado pelo predomínio da figura médica como saber decisivo e imperativo, habilitado e ensinado a dispensar análises de outros campos de saberes, reafirmando a racionalidade que historicamente firmou a Política de Saúde brasileira. Além disso, os resultados dessa lógica reforçam o individualismo entre profissionais e refletem equipes com pouca autonomia e coesão em face a multiprofissionalidade e interdisciplinaridade, cedendo margem ao atrofiamento de ações intersectoriais e complementares, mesmo porque o apoio matricial demanda por reserva de tempo. No geral, a sobrecarga nas equipes pode resultar numa atuação profissional aligeirada e, assim, alvo de reflexão crítica insuficiente no que se refere à compreensão da realidade e ao conceito ampliado de Saúde, distanciando-lhe da criatividade em pensar novas estratégias humanizadas de produzir saúde no territorial.

A segunda problemática perpassa questões que já foram apontadas sobre a PNAB de 2017 e envolve as limitações práticas que a Portaria impõe aos pressupostos e fundamentos da territorialidade e universalidade. Primeiro em referência a retirada maciça de ACS's das equipes, o que implica numa fratura perigosa à operacionalização da AP e do SUS, principalmente porque fragiliza o cuidado no território se retomamos a ideia de que esses/as profissionais conduzem a política como uma espinha dorsal. Segundo porque a redução das equipes simultaneamente à flexibilização da cobertura universal, desvia a responsabilidade pública de garantir o acesso primário à Saúde para toda população. Essa tríade de mudanças, expressa de forma ainda mais incisiva a fragilidade na articulação operacional do território, contrariando a concepção crítica defendida pela Reforma Sanitária e a compreensão do cuidado desinstitucionalizado que demarca a criação da RAPS. Os resultados desse desmonte representam, por um lado, a dificuldade no acesso imediato e contínuo da

população usuária à política, respaldando intervenções no âmbito curativo e medicamentoso, por outro, o desconhecimento dos/as profissionais da AP sobre os territórios, o não alcance à parte considerável da população usuária e o não conhecimento das particularidades dos processos de saúde-doença, e saúde mental que lhes acompanham.

Para as ações matriciais, isso se torna um espaço vago e dificultoso na intervenção articulada e no acompanhamento das pessoas com sofrimento psíquico, pois aponta a falta de informações sobre os/as usuários/as e as determinações que tangem suas vivências, dificultando, por exemplo, as discussões de caso. Atenta-se ainda para as possibilidades desses/as usuários não serem cobertos pela Unidade, o que dificulta eventualmente o apoio matricial.

Todos esses elementos nos levam à terceira problemática. Uma tendência que pode ser (se já não é) consolidada ou reforçada a longo prazo. Refere-se na manipulação do fazer profissional, técnico e político, a partir de mudanças que entendidas como “dispositivos ideológicos-organizacionais” (ALVES,2007), moldados para reafirmar o Modelo de Atenção defendido pelos que projetaram a “nova PNAB”.

Em A Ideologia Alemã (2007), Marx relaciona numa esfera macroestrutural como a ideologia dominante é, conseqüentemente, a ideologia hegemônica devido ao modo como está condicionada ao sistema de produção. Essa percepção compreende que os processos de vida real das pessoas refletem na consciência individual, no entendimento de que “não é a consciência que determina a vida, mas a vida que determina a consciência” (idem, p.94), e se objetivamente os processos de vida estão condicionados ao modo de produção, a consciência está sujeita a refletir a lógica e a ideologia dominante. Ressalta-se, entretanto que não se trata de um processo enrijecido, mas que pode ser rompido pela própria consciência, a partir de suas bases históricas de resistência.

No campo da Saúde, a “ideologia” hegemônica pode ser associada ao entendimento focalizado da concepção de Saúde, contudo, por mais que essa “ideologia” atribua a práxis profissional à lógica medicamentosa, curativa e hospitalar, a construção do Modelo de Atenção pós-Constituição, apesar de todas as incongruências na implementação da Política, tenciona operacional, metodológica e politicamente essa práxis nos Serviços de Saúde para uma tendência contrária à lógica dominante, e isso representa a resistência das lutas em Saúde. Por outro lado, os pressupostos que compreendem como a Atenção Primária pode ser reorganizada no molde capitalista do modelo biomédico e curativo, corroboram com as reflexões de Alves (2007, p.190), pois “na medida em que a política neoliberal significou a corrosão da esfera pública e a vigência dos valores mercantis e do individualismo de mercado, ela contribuiu para a precarização da reprodução social”. Nesse sentido, o toyotismo como modelo atual de gestão e produção influencia, nos diversos aspectos já abordados, a lógica

que estrutura as relações de trabalho nos Serviços de Saúde, porque reorganiza as relações sociais numa escala ampla.

Os elementos que reordenam não só a “nova PNAB” mas a contrarreforma na Saúde, a partir desse retorno ao modelo de atenção essencialmente burguês, tendem organizativa e ideologicamente a gerir os processos de trabalho de trabalhadores em saúde e, conseqüentemente, os pressupostos que norteiam técnica e politicamente esses/as profissionais, entendendo que a técnica não está dissociada da reflexão política. De forma clara, o cenário montado por essa PNAB é passível de esvaziamento político entre os/as profissionais, ao passo que manipula subjetivamente o/a trabalhador a prestar serviço especializado individualmente e reforça a lógica de encaminhamentos que diluem os pressupostos da intersectorialidade e interdisciplinaridade. De fato, esse processo nunca esteve desvinculado da práxis profissional pois está alicerçado pelas bases históricas duradouras que recordamos no início do estudo e são fruto da lógica dominante, mas o rompimento gradual dessa lógica vinha sendo construído de forma inovadora através da organização política da classe trabalhadora, especialmente as mobilizações dos/as trabalhadores em saúde - que nas atuais condições continuam a perder força política. Percebe-se, portanto, que esses dispositivos ideológico-organizativos da “nova PNAB”, surtem efeitos mais profundos na subjetividade do/a trabalhador/a em saúde ao ponto de agudizar a consolidação do modelo biomédico, dispersando a “generosidade crítica” defendida pela metodologia Paideia. No geral, o enfraquecimento dos processos de trabalho para os profissionais perpassam do campo instrumental-operacional ao político.

Bem como o decurso histórico da divisão do trabalho no modo de produção capitalista, o campo da Saúde acompanhou fortemente a lógica das especializações do trabalho, sobretudo em medicina. Essa racionalidade permeia os serviços de saúde, e se interpõe às tentativas de consolidar o modelo democrático, multiprofissional e interdisciplinar de cuidado, o que dificulta a integração no processo de atenção. Nesse escopo, o reordenamento da nova PNAB cristaliza essa lógica estrutural e estruturante no sistema de saúde ao impor aos/as próprios/as trabalhadores condições de trabalho desestimulantes e contrárias aos pressupostos da Saúde Coletiva.

Vale ressaltar que o desestímulo e a lógica que impera o modelo biomédico desestabiliza ainda mais o cuidado em Saúde Mental, visto que a delicadeza e o cuidado nas ações em Saúde Mental demandam preparo terapêutico especializado. Na verdade, já existe certa apreensão no/a trabalhador/a da AP quanto a esse despreparo para viabilizar intervenções na área (MACHADO & CAMATTA, 2013) ao passo que

Percebe-se que existe ainda uma carência de capacitação para os aspectos subjetivos do cuidar em saúde mental, como o manejo de crises, o relacionamento interpessoal e o instrumental terapêutico, que são

apontados como requisitos fundamentais para atuar em Saúde Mental na Atenção Primária (idem, p. 229)

Nesse contexto, as relações de poder que se consolidam no modelo biomédico juntamente às particularidades da Saúde Mental, impelem mais uma vez o matriciamento ao plano secundário, quiçá a plano nenhum, pois não segue a lógica racionalizada de atenção à Saúde, e não precisam ser viabilizados nos processos de trabalho dos/as profissionais. As tentativas de articular ações matriciais, apesar de necessárias, subvertem e tensionam a estrutura institucional já que essas ações sublevam o processo de reprodução ampliada da lógica organizacional. Isso representa desgaste psicofísico para as Equipes de Referência ou para profissionais individualmente.

Sobre esse cenário, os fundamentos do Apoio Paideia apontam que

[...] ao não reconhecer que toda gestão é produto de uma interação entre pessoas, verifica-se, com freqUência, uma tendência a se reproduzirem formas burocratizadas de trabalho, com empobrecimento subjetivo e social dos trabalhadores e dos usuários (GASTÃO, 2003, p.2)

É possível afirmar que a realidade do modo de produção capitalista, responsável pelo ordenamento do modelo biomédico no campo da Saúde, produz uma lógica institucional de gestão que é a lógica do capital. Nesse sentido, o “trabalho em equipe” ressignifica a proposta da multi e interdisciplinaridade, levando os processos de trabalho a um campo nebuloso no qual “todo mundo faz de tudo” de forma individual e, por vezes, competitiva.

Apoiado nas indicações da metodologia Paideia, o matriciamento requer entender a visão do outro - do/a profissional e do/a usuário/a, seus interesses e suas projeções diante de um contexto material e subjetivo. Em contrapartida, as circunstâncias em que se projetam a “nova PNAB”, marcada pela flexibilização e aprofundamento da precarização do trabalho e da desarticulação do cuidado territorial convergem para que o matriciamento seja diluído dos processos de trabalho entre a Saúde Mental e a Atenção Primária pois a existência dessa metodologia nos processos de trabalho e no manejo estratégico do PTS de pessoas em sofrimento psíquico passa a depender unilateralmente dos esforços e energias das equipes, sem contrapartida institucional

Por isso, é importante suscitar reflexões sobre os rumos do matriciamento: o futuro trará a dissolução dessa estratégia de intervenção? Há a possibilidade de ser fomentado na lógica da “nova PNAB”? Como responderá a imposição de indicadores de produtividade sob a racionalidade do “trabalho em equipe”? A realidade da precarização do Modelo de Atenção, pode promover o esvaziamento operacional e político, em geral, presentes na ação matricial? Afinal, apesar de ser factual o enfraquecimento e possível dissolução dessa estratégia, os rebatimentos que a nova Portaria propõe à realização do matriciamento são tangenciados por variáveis que tornam opacos os futuros passos.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

É presumível que o matriciamento entre a Saúde Mental e a Atenção Primária, sofrerá forte retaliação no que tange às possibilidades materiais, operacionais e políticas. Não obstante, a recente contrarreforma, que afeta tanto a Atenção Primária como a Saúde Mental, reforça o modelo de atenção antidemocrático, focalizado e tecnicizado, desconstruindo os ainda não consolidados propósitos da Reforma Sanitária e Psiquiátrica que alicerçam o arranjo da RAPS. O contexto se apresenta contrário às possibilidades de articular matriciamento, ainda mais quando pensadas conforme a metodologia de Saúde Paideia, pela qual se originou o apoio matricial.

Sob essa lógica, a divisão de responsabilidades combinada à racionalidade da nova PNAB agudiza e radicaliza a lógica dos encaminhamentos e da desresponsabilização profissional. Essa prática contrapõe-se à esfera do cuidado integral, longitudinal e transversalizados no olhar para a complexidade dos processos de Saúde Mental, seja numa atenção à crise ou num momento pontual de escuta e acolhimento; de forma concreta, isso interfere significativamente no acompanhamento do/a usuário/a ao conduzi-lo/a à logística falha de “rodar” de um serviço a outro, sem garantir devida atenção ou respostas ao seu PTS. Além do mais, a racionalidade atribuída a essa lógica enrijece os processos de trabalho, distanciando-lhe do fazer terapêutico atribuído ao âmbito da Saúde Mental. Em concordância, as relações de poder no âmbito da Saúde também encobrem essa lógica.

Machado e Camatta (2013, p.229) observaram que “existe uma cultura predominante que toma o saber profissional nuclear como propriedade privada, fortalecendo a prática de desresponsabilização do cuidado ao usuário”. No âmbito da Saúde Mental, esse processo é manifesto nos saberes *psi*. A contrarreforma articulou apontamentos que ratificam essa lógica, tornando o saber médico preponderante e intercessor para a forma como se estabelece o cuidado, sem dar atenção a dimensões da vida social presente no adoecimento psíquico, por vezes ausentes nas análises patologizantes. É no espaço moldado por essa lógica que o Serviço Social tem seus processos de trabalho tensionados pelo saber predominante, e os esforços para o reconhecimento de que as determinações sociais produzem saúde/doença, e a dinâmica do modo de produção capitalista interfere ativamente nesse processo serão ainda mais desgastante para o enfrentamento político da práxis profissional. A tendência, portanto, é que o Serviço Social seja ainda mais subjugado nesses espaços, mas ainda assim, a atuação da/o assistente social é estrategicamente um potencializador para contrapor o avanço dos padrões profissionais que patologizam os/as usuários/as. Da mesma forma, a desresponsabilização e a restrição das possibilidades de preencher o PTS do/a usuário que determinam e condicionam a desarticulação do matriciamento é assimilada pelo via mais

“prática”, mercadológica e segregadora de conduzir o “cuidado”, a medicalização desgovernada do sofrimento psíquico

A dissolução do matriciamento não está desvinculada de fenômenos que já limitam essa estratégia metodológica, mas as bases que articulam a nova PNAB penetram nessas lacunas de forma ávida, enfraquecendo e, eventualmente, atrofiando, as possibilidades de viabilizar o matriciamento. Por outro lado, a saída para a resistência em todas essas problemáticas, com destaque para a promoção do matriciamento, se encontra no fortalecimento e capacitação da RAPS. É necessário fomentar encontros, fóruns e Frentes de Luta para que o diálogo e troca de experiências profissionais, alicerçados na defesa da Reforma Psiquiátrica e Sanitária estimulem e fortaleçam espaços de enfrentamento à lógica imposta aos/às trabalhadores em Saúde. O que está em jogo é a assistência à saúde da população que convive com problemáticas complexas de toda ordem. Entender os determinantes que acometem o sofrimento psíquico significa reunir instrumentais, recursos e mediações que permitam olhar para a totalidade social e associá-la à produção de Saúde. No que tange especificamente à Saúde Mental, a dissolução do matriciamento representa passos retardados para o projeto da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial. Num período de insurgência desatinada do conservadorismo, a defesa de direitos, que passa por uma assistência integral, a usuários/as em sofrimento psíquico é tarefa que se impõe.

## REFERÊNCIAS

ALVES, G. **As Dimensões da Reestruturação Produtiva**: Ensaios de Sociologia do Trabalho. 2. ed. Londrina: Editora Praxis, 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental**. Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva: Brasília, 2011c.

CAMPOS, G.W.S.; DOMITTI, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n.2, p.399-407, fev. 2007.

CAMPOS, GWS. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciênc. saúde coletiva [online]**, v.4, n.2, p.393-403, 1999.

GONDIM, G.M.M.; MONKEN, M.; ROJAS, L.I.; BARCELLOS, C.; PEITER, P.; NAVARRO, M. & GRAIE, R. O território da Saúde: A organização do sistema de saúde e a territorialização. In: Miranda, Ary Carvalho de; Barcellos, Christovam; Moreira, Josino Costa; Monken, Mauricio. **Território, ambiente e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p.237-255.

GRANEMANN, S. **O desmonte das políticas de seguridade social e os impactos sobre a classe trabalhadora**: as estratégias e a resistência (palestra). Seminário de Seguridade Social, 01 dez 2016, Londrina. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/viewFile/28165/20357> Acesso em: 01 jul 2018.

MACHADO, D.K.S.; CAMATTA, M.W. Apoio matricial como ferramenta de articulação entre a Saúde Mental e a Atenção Primária à Saúde. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 2, jun. 2013.

MAIA, A.I.S. **A Política de Saúde Mental em Recife**: caminhos da desinstitucionalização. 2007. 110f. Dissertação (mestrado em Serviço Social)- Universidade Federal de Pernambuco, CCSA, Recife, 2007.

MARX, K.ENGELS, F. **A Ideologia Alemã**. São Paulo: Boitempo, 2007.

MENDES E. V. A construção social da Vigilância à Saúde do Distrito Sanitário. **Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde**, n. 10, Brasília,1993.

OSMO, A.; SCHRAIBER, L. B. O campo da Saúde Coletiva no Brasil: definições e debates em sua constituição. **Saude soc**, São Paulo [online], v.24, p.205-218, 2015.

RESENDE, H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, SA, COSTA, N.R.(org.). **Cidadania e loucura**: políticas de saúde mental no Brasil. Petrópolis: Vozes; Rio de Janeiro: ABRASCO, 2001

SOARES. R.C. **A contrarreforma na política de saúde e o SUS hoje**: impactos e demandas ao Serviço Social. 2010, 209f. Tese(Doutorado) - Universidade Federal de Pernambuco, CCSA. Serviço Social, 2011.

SOUZA, A.M.A. **Demanda de Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família em Recife-PE**: aspectos epidemiológicos. 2013. 118f. Dissertação (mestrado em Enfermagem)-Universidade Federal de Pernambuco, CCS, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Recife, 2013.