



UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SANTOS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU  
DOUTORADO EM SAÚDE COLETIVA

EDUARDO CALMON DE MOURA

O MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL COMO FORMA DE DISPERSÃO DE  
SABER

SANTOS  
2026

EDUARDO CALMON DE MOURA

O MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL COMO FORMA DE DISPERSÃO DE  
SABER

Tese apresentada ao Programa de Doutorado em Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos como requisito para obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Saúde, Ambiente e Mudanças Sociais.

Linha de pesquisa: Epidemiologia Ambiental

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Lourdes Conceição Martins

SANTOS

2026

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que seja citada a fonte.

[Dados Internacionais de Catalogação]  
Departamento de Bibliotecas da Universidade Católica de Santos  
Viviane Santos da Silva - CRB 8/6746

---

M929m Moura, Eduardo Calmon de  
O matriciamento em saúde mental como forma de dispersão de saber/  
Eduardo Calmon de Moura; orientadora Lourdes Conceição Martins -  
2026.  
158 f.  
  
Tese (doutorado)- Universidade Católica de Santos,  
Programa de Pós-Graduação stricto sensu em Saúde Coletiva, 2026.  
Inclui bibliografia  
  
1. Estratégia da Saúde da Família. 2. Atenção Básica à Saúde.  
3. Centros de Atenção Psicossocial. 4. Matriciamento. 5. Saúde Coletiva  
I. Martins, Lourdes Conceição. II. Título.

CDU: Ed. 1997 -- 614(043.2)

---

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SANTOS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

O MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL COMO FORMA DE DISPERSÃO DE  
SABER

BANCA EXAMINADORA:

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Lourdes Conceição Martins  
Orientadora Membro Nato – UNISANTOS

---

Prof. Dr. Ramiro Andrés Fernandez Usain  
Membro titular – UNISANTOS

---

Profa. Dra. Cely de Oliveira  
Membro titular – Universidade Santa Cecília

---

Profa. Dra. Elda de Oliveira  
Membro titular – UNISANTOS

---

Profa. Dra. Michele Darque Pinheiro  
Membro titular – Secretaria Municipal de Saúde de Santos

## AGRADECIMENTOS

Aos meus filhos, Gustavo e Guilherme, razão maior da minha vida e mola propulsora de meu crescimento pessoal e profissional, conferindo sentido e compromisso com o futuro.

À minha esposa, Bia, companheira e amor da minha vida, pelo apoio ao longo de todo este percurso, pela compreensão diante das inevitáveis ausências e pela generosidade com que sustentou, junto comigo, esta empreitada acadêmica.

Aos meus pais, Dr. José Roberto e Dra. Cleide, e ao meu irmão, Prof. Dr. Geraldo, eternos incentivadores, por me ensinarem, desde cedo, o valor do aprendizado como fundamento do crescimento humano, intelectual e acadêmico.

À minha querida orientadora, Profa. Dra. Lourdes, que sempre esteve presente em meu “Stricto” caminho acadêmico, compartilhando seus amplos saberes desde o mestrado e mantendo, de forma constante, uma escuta atenta e sensível. Pelo cuidado afetuoso e pela condução ética e comprometida durante todo o processo de orientação desta tese, mais que uma professora, uma verdadeira mestra.

À banca examinadora, composta pelo Prof. Dr. Ramiro, Profa. Dra. Cely, Profa. Dra. Elda e Profa. Dra. Michele, pelas leituras criteriosas, pelas sugestões e contribuições qualificadas que enriqueceram este trabalho e, de modo especial, pela relação de respeito e amizade construída ao longo deste percurso acadêmico.

Aos colegas e ex-colegas discentes do Programa de Pós-Graduação, que, ao longo dessa caminhada formativa, tornaram-se amigos e parceiros de reflexão, troca e amadurecimento intelectual.

Aos docentes deste Programa, que, para além do papel de professores, tiveram participação fundamental em minha formação acadêmica, possibilitando a construção de vínculos pautados no respeito, no diálogo e na amizade.

Aos amigos que estiveram presentes ao longo desta caminhada, oferecendo apoio, ensinamentos, escuta e incentivo nos momentos mais desafiadores, tornando o percurso acadêmico mais leve e humano.

À Universidade Católica de Santos (UNISANTOS) e ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, pelo suporte institucional, pelas condições acadêmicas oferecidas e pelo ambiente formativo que possibilitou o desenvolvimento deste trabalho.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo apoio financeiro concedido por meio da bolsa de estudos, fundamental para a viabilização e o desenvolvimento desta pesquisa.

Aos profissionais da Atenção Básica dos municípios de Cubatão, Santos e São Vicente, cuja prática cotidiana, compromisso com o cuidado e abertura ao diálogo tornaram possível a realização desta pesquisa.

*“Contudo, para aquele que estuda em busca de compreensão, os livros e os estudos são apenas degraus da escada pela qual ele sobe até o cume do conhecimento.”*

(Arthur Schopenhauer)

## RESUMO

**Introdução:** O matriciamento em saúde mental, enquanto dispositivo técnico-político do Sistema Único de Saúde, insere-se na perspectiva da dispersão horizontalizada de saberes, articulando Atenção Primária à Saúde e Centros de Atenção Psicossocial em uma lógica de corresponsabilização. À luz da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica Brasileira, o apoio matricial propõe superar o modelo médico-centrado e fragmentado, favorecendo a clínica ampliada, territorialização do cuidado e fortalecimento da resolutividade local. Entretanto, a institucionalização normativa do matriciamento não garante sua vivência concreta nos territórios, tornando necessária a análise crítica de sua ocorrência, organização e compreensão pelos profissionais da APS. **Objetivos:** Avaliar a ocorrência do processo de matriciamento em saúde mental na APS na Baixada Santista, as formas de organização e a compreensão dos profissionais envolvidos sobre o tema. **Método:** Trata-se de um estudo transversal, com abordagem analítica mista, desenvolvido com profissionais da Atenção Básica dos municípios de Cubatão, Santos e São Vicente. A amostra estimada foi de 240 participantes, a partir de cálculo probabilístico com nível de significância de 5% e poder de 80%. Utilizou-se questionário autorresposta elaborado pelo pesquisador, composto por questões estruturadas para construção das variáveis 'quanto sabe sobre matriciamento' e 'se o matriciamento é eficaz', além de questões semiestruturadas submetidas à análise temática. Realizaram-se testes de associação entre variáveis e análise qualitativa das narrativas sobre participação no cuidado, impedimentos e percepções acerca da saúde mental. **Resultados:** Observou-se heterogeneidade na ocorrência e organização do matriciamento entre as unidades, com distinções relacionadas ao modelo organizacional. Identificou-se associação entre maior conhecimento sobre matriciamento e maior percepção de sua eficácia, sugerindo dinâmica de retroalimentação entre saber e prática. As narrativas qualitativas evidenciaram que a participação no cuidado em saúde mental não decorre automaticamente da existência formal do matriciamento, mas da internalização do modelo ampliado de cuidado. Emergiram discursos marcados por insegurança técnica, persistência de referenciais biomédicos e presença de estigmas, além de menções a limitações estruturais e fragilidades na articulação em rede. **Conclusão:** O matriciamento mostrou-se mais que estratégia organizacional, configurando-se como dispositivo ético-político capaz de tensionar modelos tradicionais de cuidado. Sua consolidação exige investimento contínuo em formação, regularidade organizacional e integração às políticas de Educação Permanente em Saúde. A interrelação entre conhecimento e eficácia percebida indica que o fortalecimento do saber potencializa a prática, ao mesmo tempo em que experiências eficazes ampliam o aprendizado coletivo. Apesar das limitações metodológicas, os achados contribuem para a Saúde Pública ao reafirmar o matriciamento como expressão concreta dos princípios do SUS e como instrumento de qualificação do cuidado em saúde mental na APS.

**Palavras-chaves:** Estratégia da Saúde da Família; Atenção Básica à Saúde; Centros de Atenção Psicossocial; Matriciamento; Saúde Coletiva

## ABSTRACT

**Introduction:** Matrix support in mental health, as a technical-political device of the Brazilian Unified Health System, is grounded in the perspective of the horizontal dispersion of knowledge, articulating Primary Health Care and Psychosocial Care Centers within a logic of shared responsibility. In light of the Brazilian Health Reform and Psychiatric Reform, matrix support seeks to overcome the physician-centered and fragmented model, fostering comprehensive care, territorialization of practices, and strengthening local resolvability. However, the normative institutionalization of matrix support does not ensure its concrete implementation within territories, making critical analysis of its occurrence, organization, and professionals' understanding within Primary Health Care necessary. **Objectives:** To evaluate the occurrence of the matrix support process in mental health within Primary Health Care in the Baixada Santista region, its organizational forms, and the understanding of the professionals involved regarding the theme. **Method:** This is a cross-sectional study with a mixed analytical approach, conducted with Primary Care professionals from the municipalities of Cubatão, Santos, and São Vicente. The estimated sample comprised 240 participants, based on probabilistic calculation with a 5% significance level and 80% statistical power. A self-administered questionnaire developed by the researcher was used, consisting of structured questions to construct the variables 'level of knowledge about matrix support' and 'perceived effectiveness of matrix support,' as well as semi-structured questions subjected to thematic analysis. Association tests between variables were performed, alongside qualitative analysis of narratives concerning participation in care, barriers, and perceptions related to mental health. **Results:** Heterogeneity was observed in the occurrence and organization of matrix support across units, with distinctions related to the organizational model. An association was identified between greater knowledge about matrix support and higher perceived effectiveness, suggesting a dynamic feedback relationship between knowledge and practice. Qualitative narratives indicated that participation in mental health care does not automatically derive from the formal existence of matrix support, but rather from the internalization of the comprehensive care model. Discourses marked by technical insecurity, persistence of biomedical references, and the presence of stigma emerged, in addition to reports of structural limitations and weaknesses in network articulation. **Conclusion:** Matrix support proved to be more than an organizational strategy, configuring itself as an ethical-political device capable of challenging traditional models of care. Its consolidation requires continuous investment in professional training, organizational regularity, and integration with Permanent Health Education policies. The interrelationship between knowledge and perceived effectiveness indicates that strengthening knowledge enhances practice, while effective experiences expand collective learning. Despite methodological limitations, the findings contribute to Public Health by reaffirming matrix support as a concrete expression of SUS principles and as an instrument for qualifying mental health care within Primary Health Care.

**Keywords:** National Health Strategies; Primary Health Care; Mental Health Services; Matrix Support; Public Health.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Comparação entre os princípios doutrinários do SUS e o modelo CAP/IAP -----	20
Quadro 2 – Diretrizes organizativas do SUS comparadas ao modelo CAP/IAP -----	21
Quadro 3 – Principais pontos da Declaração de Caracas (1990)-----	33
Quadro 4 – Objetivos centrais dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) -----	37
Quadro 5 – Comparação entre Atenção Primária à Saúde e Atenção Básica-----	40
Quadro 6 – Choque de concepções: UBS Tradicional ou ESF-----	41
Quadro 7 – Unidades selecionadas divididas entre os municípios e descrição do modelo organizacional. 2023. -----	58
Quadro 8 – Fases propostas para análise temática e breve descrição. -----	70
Quadro 9 – Temas propostos e suas bases de construção sobre as respostas de quem deve participar do tratamento. -----	90
Quadro 10 – Temas propostos e suas bases de construção para as respostas sobre a participação do profissional-----	93
Quadro 11 – Temas propostos e suas bases de construção para as respostas sobre impedimentos a participar do cuidado-----	96

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Distribuição por função dos profissionais participantes da pesquisa em 2024-2025 nos municípios de Cubatão, Santos e São Vicente. -----	75
Figura 2 – Distribuição das unidades participantes por modalidade organizacional em 2024-2025. -----	76
Figura 3 – Distribuição percentual das opiniões dos profissionais sobre o matriciamento atrapalhar ou não o andamento das atividades da unidade, 2024-2025. -----	78

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características epidemiológicas dos profissionais de atenção primária dos municípios de Cubatão, Santos e São Vicente 2024-2025 .....	72
Tabela 2 – Caracterização dos aspectos de moradia, quanto à condição de ocupação, localidade e a relação com o município da unidade em que trabalhava em 2024-2025 .....	73
Tabela 3 – Caracterização da renda familiar, formação e tempo de atuação dos profissionais da Atenção Primária dos municípios de Cubatão, Santos e São Vicente 2024-2025 .....	74
Tabela 4 – Distribuição dos participantes por município e por modelo organizacional das unidades, 2024-2025 .....	75
Tabela 5 – Descritivo do padrão de respostas das questões utilizadas como base para construção da variável “O quanto saber sobre matriciamento”, 2024-2025.....	77
Tabela 6 – Descritivo da variável “Quanto sabe sobre matriciamento”, a partir do número de acertos das questões, 2025. ....	78
Tabela 7 – Padrão de respostas sobre a ocorrência de matriciamento, a codificação da periodicidade das reuniões e as respostas conforme coerência de um matriciamento real, 2025. ....	79
Tabela 8 – Caracterização das respostas utilizadas como base para a eficácia do matriciamento, incluso apenas os participantes submetidos às questões, 2025.....	81
Tabela 9 – Descritivo da variável “Se o matriciamento é eficaz”, a partir do número de acertos das questões, 2025. ....	82
Tabela 10 – Associação entre o quanto sabe sobre matriciamento e escolaridade, 2025. ....	84
Tabela 11 – Estudo de associações entre o saber sobre matriciamento e a faixa etária, 2025. ....	84
Tabela 12 – Associação entre o quanto sabe sobre matriciamento e a percepção dos servidores de que o matriciamento tem impacto negativo na unidade, 2025. ....	85
Tabela 13 – Relação de dependência entre conhecimento sobre matriciamento com as variáveis relacionadas à motivação em participar e sobre o auxílio nas demandas de saúde mental, 2025. ....	86
Tabela 14 – Dependência estatística entre a variável “Se o matriciamento é eficaz” e a percepção sobre a participação de profissionais do CAPS e da APS, bem como sobre as reuniões se restringirem à passagem de casos, 2025.....	87
Tabela 15 – Associação entre as variáveis dependentes que descrevem o conhecimento e a eficácia do matriciamento, 2025.....	88

### LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

8ª CNS	VIII Conferência Nacional de Saúde
AB	Atenção Básica
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CAP	Caixa de Aposentadoria e Pensões
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
EC	Educação Continuada
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
IA	Inteligência artificial
IAP	Instituto de Aposentadoria e Pensões
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
MRSB	Movimento da Reforma Sanitária Brasileira
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OSS	Organização Social de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RMBS	Região Metropolitana da Baixada Santista
RPB	Reforma Psiquiátrica Brasileira
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO .....	14
1.1	Histórico do Sistema Único de Saúde (SUS) .....	15
1.1.1	Da elite segregativa à criação de um Sistema Único.....	16
1.1.2	Protagonismo social e redemocratização – Uma ação constituinte .....	19
1.2	Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) .....	23
1.2.1	Origens e contexto político da Reforma Sanitária.....	24
1.2.2	A 8ª CNS, marco histórico de um processo vivo.....	26
1.2.3	Desdobramentos e perdas na consolidação do MRSB.....	27
1.3	Reforma Psiquiátrica Brasileira .....	29
1.3.1	Uma reforma psiquiátrica mundial .....	30
1.3.2	Os ecos da reforma no Brasil .....	32
1.3.3	Santos: vanguarda brasileira e a concepção de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).....	35
1.4	Implantação e crescimento: de um projeto à estratégia.....	38
1.4.1	Construção do conceito “Atenção Primária em Saúde” .....	39
1.4.2	Território Disputado: ESF x UBS e os sentidos do cuidado no SUS .....	41
1.4.3	A Educação Permanente em Saúde: mais que continuada, efetiva .....	44
1.4.4	Proposta a Saúde Mental na APS .....	46
1.5	O Matriciamento.....	48
1.5.1	Um novo saber epistemológico e multidirecional: O matriciamento .....	49
1.5.2	O matriciador: ator fundamental para o sucesso .....	51
1.5.3	Estigma e Resistências: Tensões estruturais e desafios ao Apoio Matricial .....	53
2.	OBJETIVOS .....	55
2.1	Objetivo Geral .....	55
2.2	Objetivos Específicos.....	55
3.	MÉTODO .....	56
3.1	A amostra.....	57
3.2	Instrumento: Confecção do Questionário.....	60
3.3	Lei Geral de Proteção aos Dados – Lei 13.709/2018 .....	63
3.4	Aprovação ética .....	64
3.5	Compromissos éticos.....	65
3.6	Uso de inteligências artificiais (IA) .....	66
3.7	Análise dos dados.....	67
3.7.1	Análise por método quantitativo .....	68
3.7.2	Análise por método qualitativo .....	70

4.	RESULTADOS .....	72
4.1	Descritivos da amostra .....	72
4.2	Análise de associações .....	83
4.2.1	“Quanto sabe sobre matriciamento” .....	84
4.2.2	“Se o matriciamento é eficaz” .....	87
4.3	Análise por método qualitativo .....	89
4.3.1	Qual(is) profissional(is) deve(m) participar do tratamento do sujeito com transtorno mental?.....	90
4.3.2	Qual(is) seria(m), se tiver, sua participação neste tratamento? .....	92
4.3.3	Qual(is) seria(m) o(s) impedimento(s), se houver, de sua participação no cuidado do portador de um transtorno mental? .....	96
5.	DISCUSSÃO .....	99
6.	CONCLUSÃO .....	106
7.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA .....	109
8.	ANEXOS .....	120
	ANEXO 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	120
	ANEXO 2 – Modelo da lista apresentada na visita às unidades .....	123
	ANEXO 3 – Questionário autorresposta .....	124
	ANEXO 4 – Autorização Cubatão .....	136
	ANEXO 5 – Autorização São Vicente .....	137
	ANEXO 6 – Termo de Consentimento da Unidade (Santos).....	138
	ANEXO 7 – Parecer consubstanciado – CEP UNISANTOS .....	150
	ANEXO 8 – Parecer consubstanciado – CEP Prefeitura Municipal de Santos .....	153
	ANEXO 9 – Termo de compromisso de atendimento.....	157

## 1. INTRODUÇÃO

O termo “dispersão de saber”, usado no título desta tese, traz o significado elaborado por Foucault (2008) em seu livro “A arqueologia do saber”, em que os saberes diferentes devem circular de forma horizontalizada, propondo uma construção coletiva, forma esta de abordagem e entendimento que transpassa e embasa os princípios do matriciamento.

No plano organizativo, esta introdução foi estruturada em seções e subseções que se articulam em um percurso de compreensão, considerando os conceitos e os processos históricos, fomentando uma lógica analítica que não se confunde, nem se submete, a uma ordenação cronológica estrita.

## 1.1 Histórico do Sistema Único de Saúde (SUS)

*“O SUS é uma utopia concreta: sonhado por muitos e construído por todos.” — Gilson Carvalho, pediatra e sanitarista*

### 1.1.1 Da elite segregativa à criação de um Sistema Único

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) não pode ser compreendida apenas como resultado de reformas administrativas ou mudanças legislativas. Trata-se de um processo coletivo, político e histórico, enraizado na luta pela redemocratização do Brasil e na crítica a um modelo estatal autoritário, elitista e excludente. A conquista do SUS foi, antes de tudo, uma conquista do povo brasileiro organizado, em articulação com intelectuais, trabalhadores da saúde e movimentos populares (Paim, 2009).

Anteriormente ao SUS, a saúde era vinculada às Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAP), que deram origem posteriormente aos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP). Essas caixas e institutos eram sistemas vinculados ao trabalho, o que tornava esse sistema excludente a toda uma parte da população, e mais, era um modelo que centrava sua atenção nos hospitais e no modelo médico-curativo, sem qualquer cuidado com promoção à saúde ou mesmo prevenção das doenças (Paim, 2009; Paiva; Teixeira, 2014).

Durante todo o período do regime militar (1964–1985), o sistema de saúde brasileiro mantinha-se profundamente desigual. Ainda que se tenha tentado uma unificação e racionalização na gestão da saúde com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em 1966, e 11 anos depois, do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), a lógica de acesso não se alterou, seguindo o paradigma contributivo, hospitalar e curativo. As ações de vigilância em saúde, educação sanitária, saúde coletiva e atenção básica territorializada permaneciam secundarizadas ou inexistentes (Escorel, 2012).

O ápice desse processo foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde (8ª CNS), realizada em março de 1986. Presidida por Sérgio Arouca, com relatoria de José Agenor Álvares da Silva, a conferência reuniu mais de 4.000 participantes, com representação paritária de usuários, trabalhadores e gestores (Brasil; CNS, 1986), e foi organizada sob o tema oficial:

“Saúde: direito de todos e dever do Estado”.

Este tema sintetizava os princípios que norteariam o futuro SUS: universalidade, equidade, integralidade, descentralização, participação popular e a

concepção de saúde como produto das condições de vida. Nas próximas seções, abordaremos mais detalhadamente esse evento.

Na segunda metade da década de 1970, em meio ao endurecimento do regime, surgiram experiências locais inovadoras em alguns municípios brasileiros, porém essas iniciativas eram restritas e não uniformes ao nível nacional. Essas gestões experimentavam formas descentralizadas de cuidado, incentivavam a participação popular e buscavam superar o paradigma médico-centrado. Foram experiências pioneiras de organização comunitária em saúde que contribuíram para a formulação posterior do SUS (Paim, 2008).

Com a Constituição de 1988, as propostas do movimento sanitário foram institucionalizadas. A saúde deixou de ser benefício previdenciário e passou a ser reconhecida como direito social e universal. A criação do SUS foi a consagração jurídica de um projeto político gestado nas lutas populares, nos territórios, nas universidades e nas gestões locais comprometidas com a justiça social (Campos, 2018; Paim, J., 2009).

Dessa forma, a participação social não pode ser vista apenas como diretriz organizativa, mas sim como princípio doutrinário do SUS, uma vez que foi base de sua construção histórica. O SUS nasceu da crítica à exclusão e da defesa da cidadania, em um momento de inflexão democrática e afirmação dos direitos sociais no Brasil (Escorel, 2012).

Entre essas vivências, o município de Santos (SP) se destacou como referência prática e histórica de ruptura com os modelos tradicionais, em especial, mas não só, no campo de saúde mental. A partir de 1989, sob a gestão da prefeita Telma de Souza, e tendo como secretário de saúde o Dr. David Capistrano Filho, médico sanitarista e militante da Reforma Sanitária, o município promoveu uma ampla reorganização da saúde local, orientada por princípios como territorialização, descentralização, intersetorialidade e participação social (Francisco Júnior, 2018).

À época, houve forte investimento na autonomia técnica dos profissionais, na formação continuada das equipes e na articulação com outras políticas públicas, como educação, meio ambiente e urbanismo. O projeto não se restringia à reorganização dos serviços, mas propunha uma nova concepção de saúde pública, entendida como direito social, processo participativo e prática intersetorial (Yasui, 2010).

Essas práticas locais se alinhavam ao emergente Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), composto por profissionais de saúde, sanitaristas, docentes universitários, gestores públicos e militantes dos movimentos sociais.

Na próxima subseção, examinaremos como esse processo político foi incorporado à Constituição de 1988, com a formalização do SUS e seus fundamentos estruturantes.

### 1.1.2 Protagonismo social e redemocratização – Uma ação constituinte

A promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 representou um marco histórico não apenas pela retomada da ordem democrática, mas também pela consagração dos direitos sociais como pilares do Estado brasileiro. Conhecida como “Constituição Cidadã”, a Carta de 1988 consolidou um novo paradigma de proteção social, em que a saúde foi elevada à condição de direito de todos e dever do Estado, superando definitivamente sua condição de benefício previdenciário e seletivo (Brasil, 1988).

O texto constitucional incorporou as proposições elaboradas nos anos anteriores pelos movimentos sociais, pelas entidades da saúde coletiva e, especialmente, pela 8ª CNS. A Constituição rompeu com o modelo fragmentado, excludente, curativo e hospitalocêntrico que vigorava até então, e estabeleceu os fundamentos legais e doutrinários do SUS.

O artigo 196 sintetiza a nova concepção:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1988, art. 196).

Esse dispositivo representa uma ruptura epistemológica e política com o modelo anterior. A saúde passa a ser entendida em sua dimensão ampliada, não restrita à ausência de doenças, mas como produto das condições de vida, trabalho, renda, moradia, saneamento, educação, lazer e alimentação, portanto, o saudável está relacionado à capacidade de viver com dignidade, devendo ser asseguradas as condições adequadas de cuidado, de participação social, bem como o fortalecimento das relações interpessoais. Conceito esse defendido pela Organização Mundial da Saúde e incorporado pelo MRSB (Paim; Almeida-Filho, 1998).

Abaixo, apresenta-se um quadro comparativo entre os princípios doutrinários do SUS, conforme instituídos pela Constituição de 1988 e consolidado pela Lei 8.080/1990, e as características correspondentes no modelo previdenciário anterior (CAP/IAP):

Quadro 1 – Comparação entre os princípios doutrinários do SUS e o modelo CAP/IAP

Princípio doutrinário	SUS (após 1988)	Modelo CAP/IAP (antes de 1988)
Universalidade	Direito de todos os cidadãos, independentemente de contribuição ou vínculo formal	Acesso restrito aos trabalhadores formais contribuintes
Equidade	Políticas voltadas à redução das desigualdades sociais e regionais	Desigualdades naturalizadas; cobertura privilegiava categorias organizadas
Integralidade	Cuidado contínuo, multidisciplinar e voltado à promoção, prevenção e reabilitação	Atendimento episódico, focado em doenças e centralizado na figura do médico
Controle social	Participação popular em conselhos e conferências; gestão democrática	Ausência de participação da população; decisões centralizadas e tecnocráticas

Fonte: Elaboração própria com base em (Brasil, 1990; Escorel, 2012; Paiva; Teixeira, 2014).

Além do artigo 196, outros dispositivos constitucionais compõem a base do SUS:

- O artigo 197 afirma que as ações e serviços de saúde são de relevância pública, cabendo ao poder público sua regulamentação, fiscalização e controle (Brasil, 1988, art. 197).
- O artigo 198 estabelece as diretrizes organizativas do SUS: descentralização, atendimento integral e participação da comunidade (Brasil, 1988, art. 198).
- O artigo 199 regula a complementaridade do setor privado, subordinando-o aos princípios do sistema público e vedando a destinação de recursos públicos para instituições privadas com fins lucrativos, exceto em casos de inexistência de oferta pública suficiente (Brasil, 1988, art. 199).

A Constituição também instituiu a regionalização e a hierarquização da rede de serviços, estruturadas a partir da atenção básica, das ações de média e alta complexidade e dos mecanismos de regulação do cuidado. Nesse arranjo, a descentralização administrativa e a gestão tripartite (União, estados e municípios) se tornam elementos centrais da nova política pública de saúde.

A seguir, apresenta-se a comparação entre as diretrizes organizativas do SUS e as características do modelo previdenciário anterior (Quadro 2), evidenciando a mudança estrutural promovida a partir da Constituição de 1988 e pela Lei 8.080/90.

Quadro 2 – Diretrizes organizativas do SUS comparadas ao modelo CAP/IAP

Diretrizes organizativa	SUS (após 1988)	Modelo CAP/IAP (antes de 1988)
Descentralização	Gestão compartilhada entre esferas federativas; municípios ganham protagonismo na execução local	Gestão centralizada em institutos federais, sem autonomia local
Regionalização	Rede organizada por territórios sanitários, integrada e interdependente	Ações isoladas nos grandes centros, sem articulação inter-regional
Hierarquização	Acesso via níveis progressivos de complexidade com fluxos de encaminhamento definidos	Serviços fragmentados, sem referência de atenção ou integração entre níveis
Participação social	Conselhos de saúde e conferências com poder deliberativo e composição paritária	População excluída do processo decisório; domínio técnico-corporativo
Integralidade do atendimento	Cuidado contínuo, com ações preventivas, curativas, reabilitadoras e coletivas nos diferentes níveis	Assistência episódica, focada em serviços curativos e ações individuais
Resolutividade	Rede organizada para resolver os agravos mais relevantes para a população, com ênfase na atenção primária e na integração entre níveis	Ausência de foco na resolução local; priorização de ações hospitalares e reativas

Fonte: Elaboração própria com base em (Brasil, 1990; Escorel, 2012; Paiva; Teixeira, 2014).

É importante destacar que o SUS não foi simplesmente instituído pela Constituição como um sistema funcional: ele foi concebido como política pública universal, orientada por princípios e valores democráticos. Os fundamentos do SUS traduzem a articulação entre o projeto sanitário e o projeto democrático brasileiro, em um momento histórico de reconstrução dos direitos civis, sociais e políticos.

Dessa forma, a saúde passa a integrar o conjunto dos direitos sociais assegurados no artigo 6º da Constituição, ao lado da educação, trabalho, moradia, alimentação, lazer, segurança, previdência social, proteção à maternidade e à infância e assistência aos desamparados (Brasil, 1988).

Contudo, a institucionalização do SUS enfrentou resistências e contradições desde o início. Estudos como os de Costa e Soares (2020) e Sauerbronn (2017) demonstram que o setor privado da saúde, as corporações médicas, grupos políticos conservadores e interesses empresariais mantêm atuação intensa no sentido de

enfraquecer o caráter público e universal do sistema. Essas disputas não cessaram com a criação do SUS, apenas migraram para o campo da política institucional e da gestão pública (Machado, 2024).

A partir da segunda metade da década de 2010, especialmente após a aprovação da Emenda Constitucional nº 95/2016, que congelou os gastos públicos por 20 anos, observa-se o avanço de um conjunto de estratégias neoliberais que fragilizam o sistema público e fortalecem o setor privado (Santos; Vieira, 2018), incluindo:

- Subfinanciamento crônico e austeridade fiscal, com retração de investimentos em saúde pública;
- Expansão da complementaridade privada, via contratos com organizações sociais e fundações;
- Judicialização da saúde favorecendo a lógica de mercado e a indústria farmacêutica;
- Isenções fiscais e subsídios ao setor privado sem contrapartida efetiva;
- Tentativas de mercantilização da atenção básica, inclusive com propostas de substituição parcial da Estratégia Saúde da Família;
- Gestão orientada por lógica empresarial, importando modelos privados e reduzindo a transparência;
- Desvalorização simbólica do SUS, por meio de discursos políticos e ataques institucionais.

Essa perda de financiamento não se trata de discussão sobre posições políticas, sendo sim um fato comprovado com dados quantificáveis, conforme demonstrou Maia, Castanheira e Campos (2024).

Apesar dessas ameaças, o SUS permanece como a mais importante política pública universal do país, reconhecido por sua capilaridade, capacidade de resposta em crises sanitárias e papel central na redução das desigualdades em saúde.

Sua defesa exige vigilância crítica, fortalecimento do controle social e reafirmação de seus princípios fundadores diante das disputas contemporâneas.

Adiante abordaremos o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, movimento social fundamental para a criação do SUS.

## **1.2 Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB)**

*“A Reforma Sanitária foi um movimento político, técnico e ético para mudar a lógica da saúde no Brasil.” — Gastão Wagner, sanitaria e defensor do SUS.*

### 1.2.1 Origens e contexto político da Reforma Sanitária

O MRSB constitui-se como o marco contemporâneo mais significativo do processo de transformação nas políticas públicas brasileiras. Não se trata de uma mudança exclusivamente administrativa ou técnica, mas de uma proposta político-social de ruptura com o modelo herdado do regime autoritário e do sistema previdenciário fragmentado, curativo e excludente, já apresentado anteriormente. Suas origens remontam às contradições do sistema de saúde durante os anos de ditadura (1964–1985) e ao fortalecimento de uma crítica pública articulada a projetos amplos de democratização do Estado (De Carli; Allebrandt; Mueller, 2024).

Durante o regime militar, com um Estado autoritário e impermeável à participação social, e nas questões da saúde com seu modelo excludente, hospitalocêntrico e voltado a doença, com uma lógica de produtividade econômica vinculada ao lucro de instituições privadas, emerge em universidades públicas, aos quais vale citar a Universidade de São Paulo, a Universidade do Estado do Rio de Janeiro e a Universidade Federal da Bahia, e em setores do funcionalismo técnico-estatal, um movimento de crítica radical ao sistema (Godoi; Alves, 2023).

Essa crítica originou o campo da Saúde Coletiva, que tinha o objetivo de contrapor à medicina individualizante e ao reducionismo biológico. Com atuação de sanitaristas, cientistas políticos, professores universitários, sociólogos dentre outros pensadores de vanguarda, uma concepção ampliada de saúde foi concebida, centrada nos determinantes sociais, nos direitos humanos e na cidadania (Nunes, 1994).

Esses atores não estavam isolados, segundo a ideia de coletividade, se articularam com instituições que já figuravam como fundamentais no campo da saúde coletiva, como o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), fundado em 1976, e a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), fundada em 1979. Essas instituições desempenharam papel crucial na elaboração de propostas, na formação de quadros técnicos e na mediação com o campo político institucional, criando assim um espaço crítico e propositivo em torno da saúde como bem público (Escorel *et al.*, 2007; Nunes, 1994).

A proposta desta reforma não se limitava à reorganização do setor saúde, mas sim articulava-se com uma visão mais ampla de transformação social, propondo um novo pacto político de um Estado democrático de bem-estar social, capaz de garantir

direitos universais e enfrentar as desigualdades estruturais da sociedade brasileira (Fleury, 2009).

A Reforma Sanitária teve e tem desafios importantes, que colocaram e colocam em risco parte das conquistas do movimento. A resistência por poderes hegemônicos da saúde curativa e sua mercantilização do cuidado, e atualmente a tendência de esvaziamento progressivo dos fundamentos político-institucionais, em especial nos últimos 10 anos, pelas políticas de austeridade fiscal promovem corrosão das instâncias de controle social e da autoridade técnica do SUS (Moraes *et al.*, 2023).

Essa base histórica preparou o terreno para os avanços institucionais que viriam com a 8ª CNS e, em seguida, com a promulgação da Constituição de 1988. A próxima subseção analisará como esses princípios foram consolidados no marco legal e institucional do SUS.

### 1.2.2 A 8ª CNS, marco histórico de um processo vivo

No ano de 1986 ocorreu a 8ª CNS, confluindo pensamentos e propostas do MRSB, sendo este considerado o ponto de inflexão (Paim, 1986). Em rompimento ao formato tradicional, antes controlado por especialistas e burocratas, a conferência teve no protagonismo a sociedade civil organizada, os movimentos populares e os profissionais da saúde de base. Contou com cerca de 80% de delegados oriundos de conferências municipais e estaduais, legitimada por fomentar o debate, propondo a construção de um consenso mínimo em torno da saúde como direito (Brasil; CNS, 1986).

Importante apontar que o “consenso mínimo” não foi homogêneo ou isento de conflitos. Como apontam Machado e Silva (2019), antes de tudo foi a criação de uma coalizão tensa entre diferentes atores com agendas próprias: tecnocratas reformistas, gestores públicos, intelectuais da saúde coletiva, sindicatos, movimentos comunitários, militantes católicos progressistas e parlamentares vinculados à oposição democrática.

É nesse ponto que o MRSB revela seu caráter ambivalente: ao mesmo tempo que rompe com estruturas autoritárias e excludentes, ela também é tensionada pelos mecanismos institucionais que incorporam, e por vezes, neutralizam sua radicalidade original (Fleury, 2009). A Reforma Sanitária “não foi uma revolução, mas uma reforma que se fez por dentro do Estado, em meio à democratização possível”, sendo, por isso, um processo sempre incompleto e em disputa (Machado; Silva, 2019).

A força da 8ª CNS não esteve na ausência de conflitos e divergências, mas sim, na capacidade de criar uma proposta comum, com embasamento e robustez suficiente para uma sustentação política de um projeto nacional de saúde.

A seguir, abordaremos os problemas, resistências e desdobramentos do MRSB.

### 1.2.3 Desdobramentos e perdas na consolidação do MRSB

A consolidação institucional do SUS foi um feito político e social de enorme envergadura, mas nas últimas décadas, sua trajetória tem evidenciado um distanciamento progressivo entre o projeto original e os rumos concretos adotados na política pública de saúde (Moraes *et al.*, 2023).

A universalização do acesso à saúde, proposta como princípio doutrinário, esbarrou em condicionantes estruturais e conjunturais. Apesar da ampliação expressiva da cobertura da Atenção Primária, sobretudo após 2004 com o fortalecimento da Estratégia Saúde da Família (ESF), o sistema convive com uma crônica insuficiência de financiamento, desigualdades regionais e fragmentação na gestão (Massuda *et al.*, 2018).

Outro foco de tensão, como nos aponta Paim (2018), está na gestão estatal do SUS que sofre críticas por apresentar entraves burocráticos, ineficiência administrativa e baixa capacidade de resposta, o que abriu espaço à proliferação de modelos de gestão por Organizações Sociais de Saúde (OSS) e parcerias público-privadas, supostamente mais ágeis e eficientes. Contudo, esses arranjos vêm sendo denunciados como formas de privatização indireta, precarização do trabalho e perda de controle público, contrariando os princípios constitucionais de integralidade e universalidade (Morais *et al.*, 2018).

Para autores como Santos, Ugá e Porto (2008), a idealização do SUS como um sistema público universal num país com marcadas desigualdades e tradição liberal de provisão de serviços gerou um modelo ambíguo, que convive com a dominância da saúde suplementar, com forte subsídio estatal ao setor privado e com a judicialização crescente das políticas públicas.

A judicialização crescente, por sua vez, divide opiniões, enquanto uma visão de essa ser um instrumento legítimo de garantia de direitos fundamentais, outra alertam que decisões judiciais individuais frequentemente desorganizam o planejamento do sistema, transferem recursos para demandas seletivas e favorecem a mercantilização da atenção (Vieira, 2023). Um risco ainda maior das judicializações é que essa reforce desigualdades, em vista de um acesso ao Judiciário desigual e dependente de capital informacional e jurídico.

Um outro aspecto crítico está no enfraquecimento de outro pilar do SUS, a participação social. Como nos demonstra De Souza (2025), ao longo dos anos, a

burocratização dos conselhos associada à redução do poder deliberativo das conferências, conjuntamente à desmobilização dos movimentos sociais, especialmente após 2016, associada à crescente despolitização da sociedade civil e ao retorno de uma lógica tecnocrática na gestão da saúde, vem provocando o enfraquecimento da dimensão democrática do SUS, transferindo a formulação de políticas para arenas fechadas de poder (Bispo; Serapioni, 2021).

Se considerarmos o próprio campo da Saúde Coletiva, divergências internas seguem sobre propostas de ações. Autores como Campos (2018) e Paim (2018) defendem o resgate do projeto original e a reinvenção do SUS por meio de sua radicalização democrática, outros, no entanto, trazem propostas de modelos híbridos, com segmentação por níveis de proteção ou com foco nos mais pobres, inspirados em experiências internacionais de sistemas mistos (Castro *et al.*, 2019; Massuda *et al.*, 2018).

Apesar das contradições e ataques sistemáticos, o SUS segue como um projeto vivo de base ético-política sempre em disputa. Resistências se manifestam nos territórios, nas práticas cotidianas dos trabalhadores da saúde, nas experiências de integração intersetorial, na produção de cuidado com base na clínica ampliada e no vínculo com a comunidade, demonstrando assim que, apesar das perdas, o ideário da MRSB permanece vivo, mesmo que em situação de tensão.

A próxima seção abordará os marcos da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), seus antecedentes internacionais e sua articulação com o projeto da Reforma Sanitária, ressaltando os desafios para a consolidação de uma política pública de saúde mental antimanicomial.

### **1.3 Reforma Psiquiátrica Brasileira**

*“A Reforma Psiquiátrica é uma luta por direitos humanos, não só por saúde mental.” — Paulo Amarante, psiquiatra, um dos principais nomes do movimento no Brasil.*

### 1.3.1 Uma reforma psiquiátrica mundial

A partir da segunda metade do século XX, transformações radicais nos paradigmas de cuidado em saúde mental foram impulsionadas por múltiplos fatores históricos, políticos e epistemológicos. A devastação ética e institucional das pessoas ocorrida em decorrência da Segunda Guerra Mundial, a ascensão dos direitos humanos, os movimentos de contracultura e a crítica ao autoritarismo psiquiátrico convergiram para o questionamento da lógica manicomial, excludente e segregativa, vigente em diversos países (Puras; Gooding, 2019).

As primeiras experiências sobre uma nova forma de cuidado às pessoas com transtornos mentais ocorreram na Itália, sendo considerada o marco fundador da ruptura do modelo psiquiátrico tradicional. Quem deu início a nova visão foi o psiquiatra Franco Basaglia (1924–1980), que com sua trajetória pessoal, profundamente marcada pela vivência do regime fascista de Benito Mussolini, sob o qual chegou a ser preso e forçado ao trabalho em campos de disciplina durante a juventude. Essa experiência traumática transformou sua percepção sobre a institucionalização da violência e a negação da liberdade, levando-a reconhecer no hospital psiquiátrico os mesmos dispositivos de segregação, controle e supressão da subjetividade que identificara nos campos de trabalho e nas prisões do regime autoritário (Basaglia, 2001).

Na construção da visão de uma psiquiatria democrática, Basaglia teve muitas influências, as quais podemos destacar as de Michel Foucault, Frantz Fanon e especialmente Erving Goffman (Serapioni, 2019). O conceito de Goffman (2020) em *Manicômios, prisões e conventos* da “instituição total”, que descreve como sendo locais de residência e de trabalho onde um grande número de indivíduos, colocados na mesma situação, vivem juntos um período considerável de suas vidas, sob uma administração burocrática, cujas atividades diárias são rigidamente reguladas, tornou-se uma referência central na argumentação a similaridade de prisões e manicômios, fortalecendo ainda que neste tipo de instituição ocorre uma sistemática supressão da individualidade, submetendo o sujeito a destituir-se de seus traços pessoais, de sua história e de sua identidade social anterior.

Para Basaglia, o manicômio se configurava como sendo o lugar onde a perda da liberdade não era consequência do transtorno mental, mas sim um dispositivo, que usava uma legitimação da ciência psiquiátrica, para a exclusão (Serapioni, 2019).

A partir de 1961, ao assumir a direção do Hospital Psiquiátrico de Gorizia, Franco Basaglia iniciou um processo de transformação radical na prática dos cuidados. Ele propôs a realização de assembleias com pacientes e profissionais, aboliu práticas de contenção física e isolamento, e iniciou o desmonte na hierarquia asilar. Com o apoio de gestores locais progressistas, especialmente em Trieste, Basaglia liderou uma reforma profunda culminando na Lei 180 de 1978, conhecida como Lei Basaglia. Essa legislação proibiu novas internações em hospitais psiquiátricos e determinou a substituição desses por serviços comunitários de saúde mental, tornando a Itália o primeiro país a incorporar a saúde mental como parte integral do sistema sanitário público (Foot, 2014).

Outras experiências internacionais também dialogaram com o movimento reformista. Na França, a chamada psiquiatria institucional foi desenvolvida por Jean Oury e Félix Guattari a partir da experiência da clínica de La Borde. Fundada em 1953, organizava suas rotinas de forma não hierarquizada, com assembleias e divisão cooperativa das tarefas. As funções da equipe técnica não eram fixas ou distribuídas pela trajetória formativa, mas sim se organizando de forma transdisciplinar, abrindo assim espaço para trocas interprofissionais e reconstruções constantes do papel técnico e humano singular. Nesta proposta, o paciente deixava de ser objeto de um saber disciplinar, passando a participar do processo terapêutico como agente, rompendo com a lógica da psiquiatria hospitalar clássica (Guattari, 2004).

A potência da reforma psiquiátrica italiana exerceu profunda influência sobre o movimento brasileiro, que, embora inspirado na sua proposta de ruptura, precisou elaborar estratégias próprias frente às especificidades do contexto nacional. Ao lado dela, a experiência francesa, sobretudo a psiquiatria institucional de La Borde com sua aposta na cogestão, na transversalidade, na transdisciplinaridade e na clínica como dispositivo coletivo, também forneceu importantes referenciais teóricos e práticos para a construção de um modelo de atenção psicossocial no Brasil (Amarante; Nunes, 2018).

A seguir, trataremos o percurso da Reforma Psiquiátrica no Brasil, desde sua gênese até os desafios contemporâneos.

### 1.3.2 Os ecos da reforma no Brasil

A história da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) está intrinsecamente ligada ao contexto político de transição democrática, à mobilização social contra a ditadura e à crítica radical ao modelo médico-hospitalocêntrico.

Durante o regime militar, os manicômios se expandiram com financiamento estatal, estimulando a criação de leitos psiquiátricos e consolidando assim uma rede hospitalar privada e filantrópica conveniada ao Estado. Nessa estrutura, por princípios de uma mercantilização da saúde, se incentivava a superlotação e a cronificação dos usuários, já que internações prolongadas e em maior número aumentavam os repasses (Pitta, 2011). Neste contexto, no qual a reclusão do sujeito não significava assistência, e sim, um mecanismo de sustentação financeira institucional, práticas de internações arbitrárias, superlotação, fome e maus-tratos em geral, sinalizavam o caráter não terapêutico da política de saúde mental em vigor.

Foi nesse ambiente adverso que emergiu, nos anos 1970, o chamado Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), articulado por profissionais críticos e engajados politicamente, que atuavam nos serviços públicos e questionavam o modelo tradicional de assistência psiquiátrica. O movimento reivindicava a substituição dos hospitais psiquiátricos por serviços comunitários, a revalorização da singularidade dos sujeitos e o direito à cidadania das pessoas com sofrimento mental (Amarante; Nunes, 2018).

A partir da década de 1980, com a articulação entre o MTSM, o CEBES, a ABRASCO e outros atores do MRSB, a saúde mental foi acrescentada à agenda nacional de democratização do Sistema Único de Saúde, fazendo com que RPB se afirmasse não apenas como uma crítica ao manicômio, mas como uma proposta de reorganização ética e política da atenção à loucura, promovendo uma proposta alinhada aos princípios que norteariam a criação do SUS (Amarante; Nunes, 2018; Escorel, 2012).

Outro importante marco para a consolidação das propostas de mudanças na saúde mental foi o Encontro de Caracas. Evento organizado pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) em 1990, no qual participaram representantes de governos, profissionais de saúde mental e movimentos sociais de diversos países latino-americanos. Das discussões e debates nasceu uma proposta de reforma aos sistemas de saúde mental de todo o continente, o documento final recomendava a

imediate substituição dos hospitais psiquiátricos por serviços comunitários, a promoção dos direitos humanos das pessoas com sofrimento psíquico e a integração da saúde mental aos sistemas públicos universais, a esse manifesto chamou-se de Declaração de Caracas (Alves; Silva; Costa, 2012). No Quadro 3, uma síntese dos principais pontos da Declaração é apresentada.

Quadro 3 – Principais pontos da Declaração de Caracas (1990)

Eixo	Conteúdo da Declaração
Direitos Humanos	Garantia dos direitos civis e humanos das pessoas com transtornos mentais.
Fim do Manicômio como Modelo	Superação do hospital psiquiátrico como eixo central da assistência.
Serviços Comunitários	Criação e fortalecimento de serviços abertos, comunitários e territorializados.
Desinstitucionalização	Reversão da lógica do internamento crônico e incentivo à reabilitação psicossocial.
Integração aos Sistemas de Saúde	Inclusão da saúde mental nos sistemas nacionais de saúde, com enfoque universal.
Participação Social	Envolvimento dos usuários, familiares e sociedade civil na formulação de políticas.
Formação e Pesquisa	Estímulo à capacitação profissional e ao desenvolvimento de novos modelos de atenção.
Supervisão Internacional	Monitoramento e cooperação entre países sob coordenação da OPAS/OMS.

Fonte: Elaboração própria com base em (Organização Pan-Americana da Saúde, 1990)

Na consolidação da reforma, o protagonismo dos usuários dos serviços e seus familiares é considerado outro aspecto central, em vista de que esses “não profissionais” antes tidos como objeto do trabalho, agora se tornam atores políticos na formulação das políticas públicas. A organização destes atores gerou diversas associações de usuários e familiares, além de promover a realização de fóruns regionais, com a finalidade de garantir a escuta e a representatividade desses sujeitos nas instâncias de decisão (Diaz, 2008).

Esses movimentos mobilizaram narrativas potentes em defesa da dignidade e da convivência social, contestando o estigma e denunciando os efeitos da exclusão manicomial sobre os corpos e as famílias, promovendo assim o exercício de uma cidadania plena.

A RPB teve como marco legal a aprovação da Lei nº 10.216, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo

assistencial em saúde mental no Brasil (Brasil, 2001). Apesar das concessões políticas para sua aprovação do projeto de lei, ela representou uma inflexão histórica no ordenamento jurídico brasileiro ao reconhecer legalmente os direitos civis e sociais das pessoas com transtornos mentais.

A partir da promulgação em 6 de abril de 2001 ficou estabelecida a preferência do cuidado pela atenção psicossocial territorializada, reafirmando o princípio da desinstitucionalização progressiva e da inserção comunitária (Brasil, 2001; Pitta, 2011). Critérios legais bem definidos para as internações involuntárias e compulsórias, exigindo notificação ao Ministério Público marcaram a proteção de abusos antes comuns.

Dentre as experiências brasileiras a cidade de Santos se destacou pelo vanguardismo e ousadia de suas práticas, sendo considerada a implantação mais emblemática do processo de RPB.

A seguir, será analisado o caso santista, que antecipou muitos dos princípios da reforma nacional e tornou-se referência para o país.

### 1.3.3 Santos: vanguarda brasileira e a concepção de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)

A experiência de reforma psiquiátrica no município de Santos, no litoral paulista, constitui um dos marcos fundantes do movimento brasileiro de desinstitucionalização. No final da década de 80 e início dos anos 1990, houve uma intervenção na Casa de Saúde Anchieta, à época o maior hospital psiquiátrico da região, que mantinha cerca de 500 pacientes internados, com lotação acima da capacidade, com permanência prolongada, exercendo claramente uma lógica mercantilista (Kinoshita, 2011).

Naquele período, uma crise institucional e sanitária ocorria, havendo diversas denúncias de manter as pessoas em internações em condições degradantes e relatos da violação de direitos humanos dos pacientes. Conjuntamente a esse contexto, uma nova proposta administrativa assumia a gestão municipal, e com a nomeação do médico sanitário David Capistrano Filho como Secretário Municipal de Saúde propostas reformistas tomaram força (D'ávila; Farias, 2025; Kinoshita, 2011).

Capistrano, que já figurava como articulador do MRSB e um defensor da radicalidade democrática basagliana, propôs o deslocamento do eixo da assistência hospitalar para o cuidado no território. Uma intervenção municipal articulou um projeto ético, político e técnico de superação do modelo manicomial, culminando no fechamento escalonado do manicômio, antecipando o que viria a ser lições difundidas nacionalmente (D'ávila; Farias, 2025).

A proposta de cuidado em liberdade, intersectorialidade, participação social, além da criação de serviços substitutivos e reorganização do cuidado em base comunitária com equipes multiprofissionais sob princípios da transdisciplinaridade, marcou uma política inovadora (Amarante; Nunes, 2018). Mas essa força vanguardista transcendeu o cuidado da doença mental, focando em cuidar da pessoa através da promoção do desenvolvimento de vínculos com e entre os usuários, fomentando a reconstrução de projetos de vida com reintegração familiar e ocupação dos espaços sociais.

Os postulados da reforma santista não se tratavam apenas de elaborações teóricas, mas sim de uma nova organização da saúde mental com criação de residências terapêuticas, oficinas de trabalho protegido, hortas comunitárias e espaços culturais, efetivando uma prática de desinstitucionalização efetiva, pautada

na reinserção social dos usuários e na reconfiguração das relações entre profissionais, serviços e território (Nicácio; Campos, 2004). A principal inovação, entretanto, foi a conceituação e criação dos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), dispositivos de “portas abertas” implantados nos bairros como serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico (Nicácio; Campos, 2005). Com funcionamento de 24 horas, ofertando acolhimento noturno para usuários em crise ou sem retaguarda social. Os NAPS propunham um cuidado em equipes multiprofissionais, com direcionamento por projetos terapêuticos singulares e ações intersetoriais (Silva *et al.*, 2020).

Com a verificação do impacto dessa experiência em reduzir tanto o número de internações quanto os indicadores de reincidência psiquiátrica de surtos Santos passou a ser reconhecida nacionalmente como modelo de atenção psicossocial, servindo como referência para o Ministério da Saúde e para as conferências nacionais de saúde mental (Koda; Fernandes, 2007).

O legado da reforma psiquiátrica santista influenciou diretamente a formulação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e inspirou as diretrizes operacionais dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), posteriormente institucionalizados pelas portarias federais que consolidaram o modelo de cuidado em liberdade no Sistema Único de Saúde (SUS) (Andreoli *et al.*, 2004).

Institucionalizados a partir da década de 1990, os CAPS se tornaram o núcleo articulador da RAPS, representando o compromisso ético-político da RPB com a cidadania, a subjetividade e a clínica ampliada Branco e Bosi (2014) assim afirmam:

“os CAPS constituem espaços de escuta e convivência que promovem novas formas de viver a experiência do sofrimento psíquico, ressignificando o cuidado e fortalecendo a autonomia dos sujeitos.”

A proposta da atuação do Serviço Comunitário de Saúde Mental abrange desde o atendimento clínico até a reabilitação psicossocial e ações intersetoriais com a assistência social, a educação e a cultura, consolidando a perspectiva de integralidade do cuidado (Pereira; Maia, 2018). No quadro 4 estão listados os objetivos centrais para o CAPS.

Quadro 4 – Objetivos centrais dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)

Objetivos
Reduzir as internações psiquiátricas prolongadas e recorrentes
Oferecer cuidado intensivo a pessoas em sofrimento psíquico grave, com base em planos terapêuticos singulares
Atuar em rede com os demais pontos do SUS e com políticas sociais
Promover reinserção social e ampliação da autonomia dos usuários
Combater o estigma e os efeitos sociais da exclusão psiquiátrica
Garantir o direito ao cuidado como um direito de cidadania, e não como favor ou controle

Fonte: Elaboração própria com base em (Brasil, 2001)

A complexidade de funções do CAPS é ainda maior quando o consideramos responsável por assumir um papel central do eixo ordenador da saúde mental no território, articulando o cuidado junto à APS, e assim consolidando uma cultura de corresponsabilidade. A esta relação entre equipamentos de saúde também é atribuída uma função formadora e de apoio técnico através do apoio matricial (Godoi, L., 2020).

Na seção a seguir, a atenção básica, posteriormente entendida como atenção primária à saúde, será apresentada na lógica de sua história e construção.

#### **1.4 Implantação e crescimento: de um projeto à estratégia**

*“A ESF não cuida apenas de doenças, mas de pessoas, famílias e territórios.” Sérgio Arouca, referência ética da Saúde Coletiva.*

#### 1.4.1 Construção do conceito “Atenção Primária em Saúde”

Internacionalmente, o marco fundante da APS é a Declaração de Alma-Ata, de 1978, que estabeleceu o cuidado primário como estratégia fundamental para alcançar o ideal de “saúde para todos”. O documento afirma que a APS deve ser “cientificamente fundamentada, socialmente aceitável, acessível a todos os indivíduos da comunidade e parte integrante de um sistema de saúde em todos os estágios de desenvolvimento socioeconômico”. Alma-Ata não propôs apenas um pacote de serviços, mas apontou para uma concepção de saúde como direito social, destacando o papel dos determinantes sociais, da participação comunitária e do engajamento intersetorial como pilares do cuidado em saúde (Giovanella *et al.*, 2019).

No Brasil, o conceito de APS foi institucionalizado por meio da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), com sua primeira versão em 2006 e revisões posteriores em 2011 e 2017. A PNAB define a Atenção Básica (AB) como o conjunto de ações no âmbito individual e coletivo, que envolve a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Nessa nova definição, busca-se dar concretude operacional à APS no contexto do SUS, considerando sua organização territorial, sua atuação em equipes multiprofissionais e sua vinculação à ESF (Gomes; Gutiérrez; Soranz, 2020).

No entanto, é importante reconhecer que Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde não são sinônimos perfeitos. AAB é a expressão normativa e operacional da APS no Brasil, mas com limitações e especificidades que a diferenciam do conceito original de origem internacional (Martins Ribeiro *et al.*, 2022). A seguir, apresenta-se um quadro comparativo para destacar essas distinções (quadro 5):

Quadro 5 – Comparação entre Atenção Primária à Saúde e Atenção Básica

Dimensão	Atenção Primária à Saúde (APS)	Atenção Básica (AB)
Origem	Internacional (OMS); consagrada em Alma-Ata (1978) e reafirmada em Astana (2018).	Nacional; consolidada pela PNAB a partir de 2006.
Abrangência	Mais ampla, voltada à reorganização de sistemas de saúde universais, com base em equidade, participação e integralidade.	Mais restrita, operacionaliza a APS dentro do SUS em moldes programáticos e administrativos.
Foco	Ação intersetorial, comunitária, coordenação do cuidado e vínculo longitudinal.	Atendimento de baixa complexidade, com escopo variável conforme o modelo adotado (UBS tradicional ou ESF).
Instrumento político	Orienta a concepção de sistemas públicos de saúde centrados nas pessoas.	Ferramenta técnica de gestão municipal, nem sempre vinculada aos princípios mais amplos da APS.
Participação social	Ampla, com ênfase na autonomia dos sujeitos e protagonismo popular.	Prevista, mas geralmente limitada a conselhos gestores com frágil poder deliberativo.
Equipes e modelo assistencial	Interdisciplinares, com apoio matricial e articulação em redes de cuidado.	Pode incluir modelos fragmentados e biomédicos, mesmo sob o rótulo de “atenção básica”.

Fonte: Elaboração própria baseada em (Cunha *et al.*, 2020; Giovanella, Lígia *et al.*, 2019)

Essa distinção não é apenas conceitual, mas tem implicações práticas. A APS vivencia disputas permanentes sobre o papel da atenção local, ora reconhecida como coordenadora do cuidado e responsável pelo território, ora desvalorizada como mero filtro de acesso a outros níveis (Giovanella; Franco; Almeida, 2020).

Assim, para uma compreensão sobre APS, faz-se necessário o resgate de sua natureza política, relacional e transformadora, e não apenas administrativa. A produção de cuidado no território exige escuta qualificada, responsabilização sanitária e reconhecimento dos sujeitos em sua singularidade e contexto social (Brutscher; Cruz, 2020). A APS plena não é sinônimo de cuidado raso, mas sim de um cuidado complexo feito com vínculo, diálogo e corresponsabilidade (Anversa *et al.*, 2020).

Na próxima subseção um mergulho nas contradições e disputas políticas, que moldam a configuração atual da atenção básica no país.

#### 1.4.2 Território Disputado: ESF x UBS e os sentidos do cuidado no SUS

As contradições político-ideológicas brasileiras promoveram, na APS, uma convivência de dois modelos organizativos diferentes, mas que compartilham o espaço da atenção básica (Escorel *et al.*, 2007; Giovanella; Franco; Almeida, 2020). As diferenças são amplas e marcantes, conforme apresentado no Quadro 6.

Quadro 6 – Choque de concepções: UBS Tradicional ou ESF

Dimensão	UBS Tradicional	Estratégia Saúde da Família (ESF)
Territorialização	Inexistente ou nominal; sem adscrição de clientela	Adscrição definida; responsabilidade sanitária sobre microáreas e famílias
Vínculo	Frágil ou episódico; centrado em demanda espontânea	Vínculo longitudinal, sustentado por visitas domiciliares e ações comunitárias
Equipe	Profissionais isolados; modelo médico-centrado	Equipe multiprofissional com atuação integrada, incluindo ACS
ACS	Ausentes	Presença obrigatória, com atuação cotidiana e vínculo com o território
Foco assistencial	Curativo, centrado na queixa-conduta	Preventivo, promocional e reabilitador; baseado em projetos terapêuticos
Integração com a rede	Pontual e fragmentada	Coordenadora do cuidado; articulação com níveis secundário e terciário
Organização do trabalho	Programas verticalizados, baixa integração entre áreas	Planejamento local, reuniões de equipe, construção compartilhada do cuidado
Relação com o usuário	Usuário como paciente-cliente; acesso condicionado à fila ou agendamento	Usuário como sujeito de direitos; participação ativa em conselhos e ações
Responsabilização	Limitada ao atendimento de quem procura o serviço	Responsabilidade ativa sobre a população adscrita no território
Resolutividade	Baixa, com maior taxa de encaminhamentos	Alta, com resolução de grande parte dos problemas no próprio nível da APS

Fonte: Elaboração própria baseada em (Giovanella, Ligia; Franco; Almeida, 2020)

Nesse sentido, vale delimitar a UBS como uma unidade física e administrativa não homogênea, podendo ser encontradas estruturas diferentes. Exemplos de

arranjos organizacionais que cumprem os princípios de acessibilidade, acolhimento, integralidade e continuidade do cuidado, mas contrapondo a isso, podem ser encontrados casos de UBS tradicionais que operam como um ambulatório médico fragmentado, desvinculado do território e da lógica da APS (Brunelli *et al.*, 2016).

Comparativamente, a ESF transcende a UBS não apenas pela forma de atendimento, mas principalmente por constituir um ideal político-organizacional, assumindo, por isso, um compromisso mais amplo com a agenda e os princípios da APS (Giovannella *et al.*, 2019; Melo De Oliveira *et al.*, 2023).

Nas unidades de ESF, o cuidado é obrigatoriamente ampliado e orientado por projetos terapêuticos construídos sob uma lógica interdisciplinar (Campos; Domitti, 2007). Outro ponto de distinção entre os modelos está na forma como cada um lida com as demandas. A UBS tende a reproduzir o modelo biomédico tradicional, centrado na doença e no atendimento das queixas que chegam à unidade.

Em contrapartida, a ESF é pautada no princípio da responsabilização, em que as equipes assumem o cuidado integral da população adscrita, adotando uma perspectiva voltada à promoção da saúde, e não apenas ao tratamento de enfermidades.

Ainda que evidências da superioridade da ESF em termos de indicadores de saúde, satisfação do usuário e redução de desigualdades venham se acumulando, a coexistência com o modelo tradicional permanece (Anversa *et al.*, 2012).

Questões político-institucionais locais, limitações de financiamento, resistências corporativas fomentam essa ambivalência organizativa, e principalmente depois das flexibilizações introduzidas pela PNAB de 2017, que formalmente reconhecem tanto a ESF quanto a UBS tradicional como equivalentes em termos de financiamento, representando uma ruptura com o princípio de indução federal à reorganização do modelo de atenção primária (Harzheim *et al.*, 2020).

As dimensões éticas, relacionais e pedagógicas do trabalho em saúde não são acessórios ao cuidado, mas parte essencial da construção cotidiana de respostas mais humanizadas, críticas e implicadas com a realidade social do território. A atenção à saúde é, antes de tudo, uma prática relacional, realizada por pessoas e sustentada na coletividade. Quando o cuidado é feito na coletividade e em equipe, o resultado sempre será superior. Nesse sentido, o cotidiano do trabalho em equipe configura-se como espaço privilegiado de Educação Permanente em Saúde (EPS), entendida como processo crítico-reflexivo que parte da experiência concreta, estimula a

problematização das práticas e reconhece os trabalhadores como sujeitos ativos da transformação do cuidado (Ceccim; Feuerwerker, 2004). Assim, vínculos, escuta e abertura à aprendizagem contínua tornam-se fundamentos éticos e políticos da gestão do cuidado e da formação em serviço.

Superar as fragilidades estruturais e simbólicas da APS implica também romper com a lógica hierárquica dos saberes que ainda sustenta a centralidade do modelo biomédico. A efetivação de uma atenção integral requer deslocar o foco da autoridade unidirecional e da especialização para práticas interdisciplinares, horizontais e democráticas, nas quais os diferentes saberes: clínicos, populares, comunitários e profissionais, sejam reconhecidos como tendo lugar legítimo na produção do cuidado (Campos; Domitti, 2007). Essa desconstrução não se limita à ESF, mas deve atravessar toda a Atenção Básica, inclusive as UBS tradicionais, onde o trabalho ainda é, muitas vezes, regido pela lógica da consulta médica e da prescrição como ato central. Reconhecer o território como espaço vivo de múltiplos saberes e promover o diálogo entre eles constitui, portanto, um gesto ético, político e técnico em direção a um cuidado mais justo, emancipador e corresponsável.

O conceito de EPS será brevemente apresentado na subseção a seguir.

### 1.4.3 A Educação Permanente em Saúde: mais que continuada, efetiva

A EPS e Educação Continuada (EC) não são sinônimos, e sim duas visões bastante distintas de lidar com o saber. Enquanto a EC parte da transmissão vertical de conteúdos previamente definidos, muitas vezes sem levar em consideração a realidade concreta do território, a EPS aposta na construção coletiva do conhecimento, valorizando os diversos saberes, articulando conhecimentos técnicos, vivências dos trabalhadores e desafios institucionais no cotidiano do SUS, promovendo a interdisciplinaridade e a reflexão sobre os sentidos do trabalho. Trata-se, como afirmam Ceccim e Feuerwerker (2004), de uma pedagogia da implicação, em que os profissionais são sujeitos ativos do processo formativo e não meros receptores de conteúdo.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), instituída em 2004, consagrou esse princípio ao afirmar que a formação deve ocorrer no próprio local de trabalho, com base nas necessidades dos serviços e dos sujeitos que os integram (Brasil, 2004). No campo da saúde mental, essa perspectiva se mostra ainda mais relevante, pois os desafios que atravessam os territórios do sofrimento psíquico, pobreza, vulnerabilidade social, violência, medicalização excessiva, demandam práticas que não se restringem ao conhecimento técnico, mas exigem capacidade crítica, criatividade institucional e produção compartilhada de respostas singulares.

A EPS, mais que aprimorar a qualidade da atenção à saúde, também exerce uma função estratégica na luta contra o estigma relacionado à saúde mental. Ao promover espaços de reflexão crítica sobre os preconceitos naturalizados nas práticas, a EPS contribui para a desconstrução de estereótipos, para o reconhecimento dos direitos dos usuários e para a ampliação da compreensão sobre o sofrimento psíquico em suas múltiplas dimensões. A circulação de saberes interdisciplinares e intersetoriais, nesse sentido, torna-se um instrumento de enfrentamento do estigma, permitindo que os profissionais não apenas adquiram competências técnicas, mas também ressignifiquem sua escuta, sua postura ética e suas estratégias de cuidado (Lima; Gonçalves, 2020; Santos *et al.*, 2021).

Entretanto, para que EPS tenham real potência formativa, é fundamental ocorrerem encontros com regularidade e que haja liberação dos profissionais de suas atividades assistenciais de rotina. Quando a educação permanente é tratada como uma tarefa adicional em jornadas já sobrecarregadas, corre-se o risco de

esvaziamento do seu sentido pedagógico. A literatura recente tem apontado que a sobrecarga e o cansaço crônico impactam negativamente nos processos de aprendizagem, comprometendo a capacidade de atenção, retenção de conteúdo e engajamento crítico dos trabalhadores (Ferreira; Anderson, 2020; Santos *et al.*, 2024).

A lógica de “acumular tarefas” para justificar ações formativas resulta em um paradoxo institucional: pretende-se fortalecer a clínica e a corresponsabilização, mas sem garantir as condições mínimas para que o aprendizado ocorra com qualidade. A educação permanente exige tempo protegido, planejamento compartilhado e legitimidade política no interior das instituições. Sem isso, ela corre o risco de ser mais uma exigência burocrática num cotidiano já tensionado.

Na próxima subseção, abordaremos a proposta de saúde mental na APS.

#### 1.4.4 Proposta a Saúde Mental na APS

A incorporação da saúde mental à APS no Brasil representa um dos maiores avanços do SUS no campo da integralidade do cuidado. A proposta se ancora na lógica do cuidado ampliado, transcendendo a noção de saúde como mera ausência de doença e articulando determinantes sociais, afetivos, culturais e comunitários da vida cotidiana à dimensão clínica.

A saúde mental na APS configura uma mudança de paradigma: transforma a unidade generalista, antes vista apenas como espaço de passagem/triagem para encaminhamentos, em locus legítimo de cuidado em saúde mental (Chiaverini *et al.*, 2011).

Essa proposta não busca a substituição da rede especializada, mas complementá-la, por meio de intervenções precoces, acolhedoras e próximas da realidade das pessoas. Pela capilaridade e inserção comunitária, a APS ocupa posição privilegiada para a escuta qualificada, o acompanhamento longitudinal e a construção compartilhada de estratégias de cuidado (Santos *et al.*, 2023). Ao reconhecer a saúde mental como parte do cuidado ampliado, contribui-se para superar a dicotomia histórica entre corpo e mente, reduzindo estigmas e preconceitos (Gomes; Gutiérrez; Soranz, 2020).

Há, porém, dificuldades para que a atenção básica acolha demandas de saúde mental, especialmente quando profissionais sem formação específica lidam com sofrimentos que não se enquadram em diagnósticos psiquiátricos formais, e sim são expressões das dimensões existenciais (Santos *et al.*, 2023). As situações cotidianas de conflitos familiares, a violência, uso abusivo de substâncias, desemprego, luto, e outras crises de origens vivenciais exigem um olhar ampliado sobre o sofrimento (Gama *et al.*, 2021).

Grande parte dos profissionais que atuam na AB experimenta dificuldade em atuar nesse campo, possivelmente por terem sua formação majoritariamente pautada na lógica biomédica, centrada na doença e na clínica individual (Silva; Dubeux, 2025).

O despreparo associado à sensação de impotência e insegurança acaba por fomentar resistências e encaminhamentos desnecessários, o que fragiliza a resolutividade e contraria a integralidade e o cuidado em rede (Marinho *et al.*, 2022).

A implantação da sustentação do cuidado em saúde mental pela APS necessariamente transpassa pelo reconhecer da potência das equipes multiprofissionais, na articulação entre outras políticas públicas e a valorização dos diversos saberes locais (Brasil, 2009). Esse cuidado deve incluir os próprios membros das equipes, que frequentemente são expostos à sobrecarga emocional, desgaste moral e frustrações institucionais; por isso, espaços de escuta, apoio mútuo e cuidado coletivo são condição ética e estratégica para a sustentabilidade das práticas (Silva; Dubeux, 2025).

Nesse cenário, o matriciamento em saúde mental é ferramenta central: oferece apoio técnico-pedagógico contínuo, fomenta educação permanente, corresponsabilização e projetos terapêuticos singulares construídos em conjunto; essa estratégia será explorada na próxima seção.

## 1.5 O Matriciamento

*“Não se trata de ensinar, mas de compartilhar saberes e construir novos modos de cuidar.” - (Inspirada em Paulo Freire, adaptada ao campo do apoio matricial em saúde)*

### 1.5.1 Um novo saber epistemológico e multidirecional: O matriciamento

Historicamente, a proposta de apoio matricial surge no final dos anos 1990, no bojo das discussões sobre cogestão e clínica ampliada (Brasil, 2009), sob influência do trabalho de Gastão Wagner de Sousa Campos e seus colaboradores em Campinas (Brasil, 2009). A ideia inicial era superar a lógica vertical de supervisão e propor uma relação horizontal entre equipes de saúde da família e núcleos especializados, como os CAPS (Campos; Domitti, 2007). Com isso, o saber técnico especializado deixaria de ser propriedade exclusiva dos dispositivos secundários e passaria a compor um campo compartilhado de construção do cuidado, a partir da escuta mútua e do reconhecimento das singularidades dos territórios (Chiaverini *et al.*, 2011).

A articulação entre clínica e gestão do cuidado no território está inserida no escopo da APS. Reconhecido o cuidado ampliado como inovação no SUS, o apoio matricial firma sua condição de vanguarda pelo modo que realiza essa articulação, atuando em promover uma construção coletiva e fazer a dispersão de saberes entre as equipes, produzindo assim um campo comum de cuidado (Brasil. Ministério da Saúde, 2017).

Na prática, os CAPS realizam encontros periódicos com as equipes da APS para discutir casos complexos, elaborar Projeto Terapêutico Singular (PTS), pactuar fluxos e construir estratégias integradas. A discussão de caso, no contexto do matriciamento, serve como disparador para a construção de saberes compartilhados, no qual a experiência da APS, o conhecimento especializado da saúde mental e a leitura do território se combinam para produzir respostas singulares (Brasil. Ministério da Saúde, 2017; Campos; Domitti, 2007; Chiaverini *et al.*, 2011). Nessa perspectiva, nos encontros, os saberes são reconhecidos como equivalentes, ou seja, uma visão de “um saber dentre os outros”, atribuindo igual valor às contribuições clínicas, pedagógicas e contextuais na tomada de decisão (Campos; Domitti, 2007; Ceccim, 2005).

O movimento dialógico evita relações hierárquicas entre especialidade e generalismo, legitima o saber local e fortalece a autonomia das equipes diante de situações complexas. Ao assumir a retaguarda, o CAPS catalisa reflexões, constrói vínculos institucionais e sustenta práticas contextualizadas, orientadas por uma ética

da corresponsabilização que rompe com a cultura do encaminhamento como alívio de responsabilidade (Campos; Domitti, 2007).

Na frase deste autor “O paciente não é mais meu (CAPS) ou seu (APS); é sim um usuário com sofrimento sob NOSSA responsabilidade.”, evidencia-se o rompimento da prática fragmentada do cuidado.

Em uma práxis complexa, o matriciamento requer múltiplas estratégias; entre elas, a Educação Permanente em Saúde (EPS), que dá sustentação teórica aos encontros entre serviços ao transformá-los em formação no trabalho. Em vez de cursos pontuais, a EPS privilegia a problematização do cotidiano, a interdisciplinaridade e o saber da experiência. A PNEPS afirma a formação “no próprio serviço” e orientada pelas “necessidades do território” (Brasil. Ministério da Saúde, 2004; Ceccim, 2005).

Com essas propostas, o matriciamento reduz o isolamento das equipes, consolida educação em serviço, interconsulta, discussão de casos e PTSs, e cria campo comum de saberes que qualifica o cuidado psicossocial no território. Evidências recentes mostram que organizar o processo como “espaços de aprendizagem” vinculados ao trabalho amplia a resolutividade e a corresponsabilização (Chiaverini *et al.*, 2011; Sousa; Medeiros, 2024)

Outra importante dimensão abarcada pelo apoio matricial refere-se ao cuidado do cuidador. A atuação em saúde mental expõe profissionais da APS a sobrecarga emocional, desgaste moral e frustrações institucionais. Nessa perspectiva, o matriciamento oferece acolhimento das angústias, escuta qualificada e suporte coletivo, condição ética e estratégica para sustentar práticas clínicas e vínculos de cuidado (Gama *et al.*, 2021).

Para que a atividade matricial alcance suas metas na totalidade, uma variável se eleva, com fundamental importância: o próprio profissional matriciador. As características pessoais de sua formação interferirão decisivamente para um desfecho favorável ou não.

A caracterização das habilidades essenciais do profissional matriciador será discutida de forma mais aprofundada na próxima subseção.

### 1.5.2 O matriciador: ator fundamental para o sucesso

A potência transformadora do apoio matricial depende, em grande medida, da qualidade do vínculo estabelecido entre os profissionais matriciadores e as equipes da APS. No campo da saúde mental, essa relação assume contornos ainda mais complexos, pois lida com dimensões do sofrimento que frequentemente suscitam resistência, insegurança técnica e conflitos ético-políticos. O preparo do profissional matriciador, portanto, não se limita à qualificação técnica, mas requer uma formação ampliada, capaz de articular competências clínicas, pedagógicas, comunicacionais e instituintes.

O matriciador atua nas fronteiras institucionais, transitando entre saberes distintos e campos de prática heterogêneos. Sua função é mais do que oferecer suporte técnico: trata-se de um agente de tradução entre mundos do cuidado. Ele deve ser capaz de sustentar espaços coletivos de escuta, identificar demandas implícitas, favorecer a gestão compartilhada e estimular o pensamento crítico nas equipes. Como destacam Rigotti e Sacardo (2020),

“O apoiador matricial atua como articulador do cuidado e produtor de sentidos coletivos no trabalho em saúde. Sua função extrapola a dimensão técnica e se insere no campo ético e político da gestão compartilhada, convocando os sujeitos à reflexão sobre suas próprias práticas.”

Mais do que acumular conhecimento técnico, o matriciador precisa possuir experiência clínica viva e concreta. Estudos apontam que ações pedagógicas desconectadas da prática cotidiana apresentam baixa adesão e pouco impacto sobre o trabalho das equipes. A efetividade do apoio matricial, ao contrário, emerge quando a escuta e o diálogo se enraízam no território, conectando teoria e experiência. Pesquisas recentes demonstram que o matriciamento eficaz é aquele que articula prática, reflexão e afeto institucional, transformando a clínica em um espaço de aprendizado coletivo (Mangini; Kocourek; Morsch, 2019).

No plano político-institucional, o matriciador deve compreender o funcionamento da RAPS e os fluxos de cuidado entre níveis assistenciais, articulando políticas e recursos intersetoriais às condições locais. Essa capacidade de leitura da rede e de mediação de saberes é central para evitar tanto o tecnicismo quanto o

idealismo, construindo alternativas reais para o cuidado compartilhado (Lima; Gonçalves, 2020).

A dimensão relacional é outro eixo fundamental. O apoiador que se aproxima das equipes com uma escuta sensível e postura horizontal tende a ser mais valorizado do que aquele que apenas emite pareceres técnicos. O vínculo e a confiança são os verdadeiros catalisadores do processo matricial. Nesse sentido, a formação comunicacional do profissional é indissociável de sua função pedagógica — ele precisa ser capaz de traduzir saberes sem hierarquizá-los, de modo a promover um campo comum de construção do conhecimento. Como ressaltam Carvalho de Alencar Silva *et al.* (2019):

“As ações matriciais potencializam o trabalho das equipes da Atenção Básica diante das demandas de saúde mental no território. Tais ações são essenciais na efetivação do cuidado, permitindo a corresponsabilidade entre profissionais e usuários e favorecendo a construção de práticas emancipatórias.”

O conhecimento do território é igualmente indispensável. Propostas de cuidado só ganham concretude quando dialogam com os recursos e limitações locais. A atuação matricial exige reconhecer tanto as potências comunitárias quanto as vulnerabilidades estruturais, expressas na desigualdade, precarização, violência e ausência de políticas públicas intersetoriais. Nesse sentido, conhecer o território é também reconhecer seus limites, sem romantizá-lo, mas afirmando a capacidade das comunidades e equipes de reinventar práticas a partir da realidade concreta (Godoi, 2020).

Por fim, é preciso reafirmar que a formação do matriciador não é uma tarefa individual. Trata-se de um processo coletivo e institucional que envolve políticas de valorização, apoio da gestão e fortalecimento do papel pedagógico do CAPS e do NASF na rede. Sem esse respaldo político, mesmo os profissionais mais experientes tendem a se isolar, o que enfraquece a continuidade e a corresponsabilização pelo cuidado (Lima; Gonçalves, 2020).

A próxima subseção, dificuldades ligadas ao estigma e resistências, será mais detalhadamente observada.

### 1.5.3 Estigma e Resistências: Tensões estruturais e desafios ao Apoio Matricial

O estigma e as resistências configuram tensões históricas nos serviços de saúde, atravessando práticas, discursos e relações profissionais. Essas forças, de natureza simbólica e estrutural, sustentam modos de exclusão que dificultam a integralidade do cuidado e a corresponsabilização no trabalho em saúde mental. O apoio matricial, ao propor uma articulação entre diferentes saberes e práticas, emerge como estratégia ético-política de enfrentamento dessas barreiras, estimulando a criação de espaços coletivos de reflexão e a circulação de novos modos de cuidado. Ainda assim, o enraizamento do estigma e das resistências exige enfrentamento constante, pois ambos expressam contradições entre o paradigma biomédico e o modelo psicossocial (Amarante; Nunes, 2018; Athié; Fortes; Delgado, 2013; Gouveia *et al.*, 2021; Yasui, 2010).

O estigma de periculosidade e da irracionalidade associados à loucura permanecem presentes na cultura institucional e no imaginário dos profissionais. Esse preconceito é evidenciado em práticas de exclusão, como a transferência apressada do cuidado para serviços especializados, ou na forma de recusa tácita em lidar com o sofrimento mental na APS (Costa, M. I. S.; Lotta, 2021).

O matriciamento se elege a deslocar essa lógica, sustentando, pelo uso de uma perspectiva pedagógica e colaborativa, ao abordar temas polêmicos. Com isso, busca promover uma compreensão ampliada do sofrimento psíquico e da diversidade humana, desmistificando visões pejorativas sobre o portador de transtorno mental. Essa transformação depende, porém, da consolidação de trocas interdisciplinares e da valorização do diálogo entre os profissionais das equipes, o que ainda encontra entraves de natureza individual e institucional. (Godoi, 2020; Gouveia *et al.*, 2021; Silva *et al.*, 2021).

As resistências também se expressam nas dimensões subjetivas e estruturais. O medo diante da complexidade dos casos, associado às dificuldades institucionais de sustentar práticas colaborativas e à falta de amparo, reforça os mecanismos evitativos (Campos; Domitti, 2007). A sobrecarga de trabalho, a fragmentação das redes e a falta de apoio gerencial contribuem para a percepção do matriciamento como uma tarefa adicional, e não como uma estratégia integradora. Ao mesmo tempo, a resistência também se manifesta na permanência de práticas verticalizadas, nas quais o saber especializado continua a ocupar posição hierárquica.

O enfrentamento dessas resistências exige uma abordagem crítica e coletiva, pautada em espaços de cogestão e formação permanente (Godoi, 2020; Pereira; Maia, 2018).

A desconstrução de preconceitos e estigmas é um processo ético e relacional, que exige rever concepções de normalidade e reconhecer o sofrimento psíquico como expressão legítima da experiência humana. Como afirma Santos (2020):

“A consolidação das ações de saúde mental na atenção primária requer o rompimento com o estigma e o preconceito ainda arraigados entre profissionais e usuários, demandando práticas que valorizem o diálogo, a escuta e o reconhecimento da singularidade de cada sujeito.”

Outra intervenção transformadora aparece na prática da intersetorialidade, constituindo um dos eixos fundamentais na sustentação do cuidado integral, e na superação das barreiras simbólicas que separam a saúde mental da atenção básica (Mangini; Kocourek; Morsch, 2019).

O desafio, portanto, não está apenas em instituir o matriciamento como política, mas sim, vivê-lo como prática cotidiana que reconhece o outro em sua diferença e singularidade (Amarante; Nunes, 2018; Silva; Dubeux, 2025; Yasui, 2010).

O Matriciamento antes de uma práxis, é um conceito estruturante de uma possibilidade de espaço compartilhado preparado para suportar as necessidades coletivas, não só dos usuários, mas de todos.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Avaliar a ocorrência do processo de matriciamento em saúde mental na APS na Baixada Santista, as formas de organização e a compreensão dos profissionais envolvidos sobre o tema.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Caracterizar os servidores públicos da APS quanto às características profissionais e dados socioepidemiológicos;
- Caracterizar os serviços da APS quanto à modalidade de organização (UBS x ESF) e sobre a ocorrência ou não de matriciamento;
- Comparar o conhecimento sobre o matriciamento entre os profissionais das equipes onde ocorre e onde não ocorre matriciamento, bem como a influência das características socioepidemiológicas dos profissionais nas visões sobre saúde mental;
- Analisar as percepções dos profissionais da APS a respeito dos usuários dos serviços que sofram de transtornos mentais;
- Analisar a influência do matriciamento sobre a disposição dos profissionais da APS em participar do cuidado de pessoas com transtornos mentais, e seus impedimentos em fazê-lo.

### **3. MÉTODO**

Trata-se de uma pesquisa transversal com abordagem analítica mista, a partir de questionário de autorresposta elaborado pelo próprio autor, seguido de questões semiestruturadas sobre a visão dos profissionais na temática de saúde mental e matriciamento, aplicada aos profissionais da AB dos municípios de Cubatão, Santos e São Vicente.

### 3.1 A amostra

O cálculo amostral foi realizado baseado na distribuição de probabilidade de Bernoulli, onde cada profissional tem 50% de chance de saber/ter ou não saber/ter o matriciamento implantado na sua unidade, considerando-se um delta de 5%, ou seja, a chance de saber/ter matriciamento ou não pode variar entre 45% e 55%; um nível de significância de 5%, um poder de 80%, e chegou-se a um tamanho amostral de 240 participantes (Altman, 1980).

Todas as unidades de saúde dos municípios foram divididas em Unidade Básica (atendimento tradicional) e Estratégias da Saúde da Família (ESF) gerando dois grupos em cada município, tendo como base dados dos sites das próprias prefeituras. Estas unidades foram numeradas em planilha do Excel® e depois selecionadas aleatoriamente, na proporção de 40% de cada grupo (UBS ou ESF) de cada município, com uso do Programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) 24.0 for Windows. Obrigatoriamente, ao menos uma unidade de cada modelo de atendimento por município foi incluída. A unidade ESF Jardim Castelo de Santos foi excluída previamente à randomização pelo envolvimento do pesquisador no matriciamento desta unidade e pela participação de alguns profissionais na confecção do questionário.

Foi considerado que no mínimo cada unidade contaria com 10 profissionais.

As unidades selecionadas em um total de 31, apresentadas no quadro 7, foram divididas pela organização de atendimento e por município.

Quadro 7 – Unidades selecionadas divididas entre os municípios e descrição do modelo organizacional. 2023.

<b>CUBATÃO</b>	
CSC VILA NOVA	UBS
ESF PILÕES	ESF
ESF VALE VERDE	ESF
ESF VILA PESCADORES	ESF
ESF VILA NATAL	ESF
ESF VILA ESPERANÇA/CAIC	ESF
ESF MÁRIO COVAS	ESF
CSC JD.CASQUEIRO	ESF
<b>SANTOS</b>	
POLICLÍNICA APARECIDA	UBS
POLICLÍNICA CAMPO GRANDE	UBS
POLICLÍNICA MARAPÉ	UBS
POLICLÍNICA PONTA DA PRAIA	UBS
UNIDADE DE CUIDADO DO PORTO	UBS
POLICLÍNICA VALONGO	ESF
POLICLÍNICA VILA PROGRESSO	ESF
POLICLÍNICA DA ALEMOA E CHICO DE PAULA	ESF
POLICLÍNICA BOM RETIRO	ESF
POLICLÍNICA MONTE SERRAT	ESF
POLICLÍNICA E PRONTO ATENDIMENTO NOVA CINTRA	ESF
POLICLÍNICA PIRATININGA	ESF
<b>SÃO VICENTE</b>	
UBS CENTRAL	UBS
UBS/ESF JIP	ESF
UBS/ESF NÁUTICA III	ESF
UBS/ESF PARQUE BITARU	ESF
UBS/ESF PRAÇA VITÓRIA	ESF
UBS/ESF SAMBAIATUBA	ESF
UBS/EACS TANCREDO NEVES	ESF
UBS/ESF VILA PONTE NOVA E ESF QUARENTENÁRIO	ESF
ESF JARDIM RIO NEGRO	ESF
ESF JARDIM RIO BRANCO II E III	ESF
ESF HUMAITÁ I, II E III	ESF

Fonte: Sites das prefeituras consultados em junho de 2023

Foram incluídos na pesquisa os profissionais maiores de 18 anos, servidores com vínculos diretos das prefeituras, sendo excluídos os que tinham vínculos terceirizados. Foram incluídos os profissionais que atuavam na área clínica, com contato direto com os munícipes, excluídos os profissionais das áreas administrativas.

A participação era condicionada à aceitação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO 1).

O primeiro contato dos servidores com a pesquisa se deu pela visita presencial do pesquisador, em que apresentou coletivamente, em cada unidade selecionada, o objetivo desta pesquisa. Foram elucidadas as dúvidas sobre o procedimento de resposta, sem, no entanto, abordar explicações sobre matriciamento, e então, foi solicitado aos profissionais que preenchessem uma lista contendo nome, email e telefone, a qual facultava a forma de receber por meio digital o questionário (e-mail ou WhatsApp) (ANEXO 2). Após aproximadamente um mês do envio, uma segunda tentativa de contato foi feita aos que não preencheram o questionário.

Foram enviados por via digital 447 questionários, dos quais foram respondidos 241. Um profissional não aceitou TCLE, sendo, portanto, considerados para pesquisa 240 questionários.

### 3.2 Instrumento: Confeção do Questionário

O instrumento de coleta de dados tratou-se de um formulário no *Google Forms*® elaborado pelo próprio pesquisador (<https://forms.gle/7MgAo5kqn3LVcMCU7> - desativado em 30/04/2025) (ANEXO 3). Durante a elaboração do questionário, um teste de compreensão e abertura para contribuições foi feito com alguns profissionais, escolhidos por conveniência, sendo um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e dois ACS da unidade ESF Jardim Castelo, sendo acolhido as sugestões destes.

Ao acessar o link, era condicionado para a continuação do questionário o preenchimento do campo e-mail, podendo ser o declarado na lista colhida na unidade ou não. Seguindo o cadastro, o TCLE era apresentado e solicitado que, ao final, o profissional assinalasse se aceitava ou não participar, ao que o aceite condicionava a continuidade do formulário. No caso da recusa em participar da pesquisa, uma via do TCLE foi enviada por e-mail. Aos que aceitaram a participação, ao final de suas respostas, uma via do TCLE e de seu questionário respondido foi enviada no e-mail cadastrado, em conformidade com as orientações da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 466/2012 e 510/2016 (Brasil. Conselho Nacional de Saúde, 2012, 2016).

O questionário foi dividido em quatro sessões apresentadas a seguir:

- Dados socioepidemiológicos e Profissionais

Visando a caracterização do indivíduo quanto à sua nacionalidade, gênero, raça/cor (autodeclarada), data de nascimento, local de residência, faixa de renda familiar, características de moradia. Além disso, questões sobre a formação acadêmica foram coletadas.

Sobre a caracterização do trabalho, foi solicitado que nominasse a unidade em que estava atuando, e também a estrutura organizacional (UBS ou ESF).

Questões sobre qual era sua função na unidade e o tempo que atuava nela eram solicitadas.

- Conhecimento e opiniões

Para coletar os conhecimentos sobre o Matriciamento, foram aplicadas cinco questões, com respostas Likert, abordando pontos fundamentais desta atividade, solicitando que respondesse seguindo as possibilidades;

1. Não concordo: quando considerar que a afirmação é completamente errada;
2. Não concordo parcialmente: quando considerar a maior parte da afirmação errada;
3. Nem concordo nem discordo: quando considerar a afirmação parte errada e parte correta;
4. Concordo parcialmente: quando considerar a maior parte da afirmação correta;
5. Concordo plenamente: quando considerar a afirmação completamente correta;
6. Não sei opinar: quando não souber sobre o tema.

- Questões sobre o funcionamento da unidade

A primeira pergunta desta seção tratava sobre se existia ou não matriciamento na unidade. Seguindo, para os que afirmaram que ter matriciamento, foi solicitada a descrição da periodicidade e o horário das reuniões, além de delimitar se suas atividades eram suspensas para a participação na reunião.

No caso de ter respondido existir matriciamento, outras cinco questões extras do tipo Likert (possibilidades de respostas já apresentadas anteriormente) abordavam a caracterização da participação do profissional no matriciamento.

- Visão ao portador de transtorno mental e seu tratamento

Nesta seção, foram propostas três perguntas semiestruturadas, convidando o profissional, livremente, a descrever suas opiniões sobre o cuidado ao indivíduo com transtorno mental, e ainda que narrasse qual seria sua participação e seus impedimentos neste cuidado.

### **3.3 Lei Geral de Proteção aos Dados – Lei 13.709/2018**

Os dados foram coletados diretamente em nuvem criptografada, reunindo os dados apenas durante a fase de coleta. Em 01/05/2025, todos os dados foram retirados do ambiente virtual e estão armazenados em mídia física (HD externo) como forma de minimizar os riscos de corrompimento ou acesso não autorizado aos dados.

### **3.4 Aprovação ética**

Para a realização da pesquisa os municípios apresentaram exigências diferentes. Em Cubatão e São Vicente uma cópia do projeto de pesquisa foi encaminhada ao Núcleo de Educação Permanente em Saúde – NEPS correspondente a cada município, sendo autorizados pelos respectivos Secretários de Saúde (ANEXO 4 e 5). Já em Santos, a exigência foi obter o Termo de Consentimento da Unidade, nas 12 unidades selecionadas, com as respectivas assinaturas dos chefes de seção (ANEXO 6).

Com todas as autorizações anexadas, a pesquisa foi submetida a Plataforma Brasil, sendo aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição proponente – UNISANTOS sob Certificado de Apresentação para Apreciação Ética. (CAAE) 79573624.6.0000.5536 (ANEXO 7) e também obtendo aprovação pelo CEP da instituição coparticipante – Prefeitura Municipal de Santos sob CAAE 79573624.6.3001.0263 (ANEXO 8).

### **3.5 Compromissos éticos**

Em cumprimento aos deveres éticos de pesquisa, ainda que a mesma oferecesse risco mínimo, foi oferecido, como constante no TCLE, o atendimento aos sujeitos de pesquisa na área de psiquiatria e psicologia sem quaisquer ônus em uma clínica particular conforme termo de compromisso (ANEXO 9) (Brasil. Conselho Nacional de Saúde, 2012, 2016).

Foi também assumido o compromisso de enviar, ao término do doutoramento, a Tese na íntegra aos chefes de seção das unidades participantes para compartilhamento com os servidores, de forma a terem acesso aos resultados da pesquisa, respeitando assim as determinações das resoluções 466/2012 e 510/2016 do CNS (Brasil. Conselho Nacional de Saúde, 2012, 2016).

### **3.6 Uso de inteligências artificiais (IA)**

Na elaboração da tese foram utilizadas algumas IAs como ferramentas de facilitação de tarefas. O ChatGPT foi utilizado para sugestões de sinônimos, correções de ortografia e sintaxe, e por vezes foi utilizado para verificação de concordância e fluidez de leitura de parágrafos sendo em alguns casos aceitas as sugestões dadas.

Foram utilizadas também IAs de pesquisa bibliográficas, como SCISPACE e Consensus, para buscas de artigos e fontes, sempre sendo conferidas as informações pelo pesquisador.

### **3.7 Análise dos dados**

Para a pesquisa, obtivemos 53,7% de adesão dentre os profissionais contactados, sendo considerados todos os 240 questionários válidos, ainda que preenchidos parcialmente.

### 3.7.1 Análise por método quantitativo

Para a análise descritiva dos dados, os de natureza qualitativa foram apresentados em frequência (N) e porcentagem (%) e para os dados quantitativos em média, sendo que o desvio padrão (DP) foi utilizado como medida de dispersão (Callegari-Jacques, 2023).

Para avaliar as associações entre as variáveis qualitativas, o teste de qui-quadrado de Pearson foi utilizado.

As questões da seção Conhecimentos e opiniões, que perguntam a respeito dos conhecimentos sobre o matriciamento, com as modificações descritas a seguir, foram consideradas como as variáveis dependentes, sendo as demais consideradas como independentes.

Para a análise das associações, as respostas Likert foram redistribuídas em três grupos, sendo eles: concordantes para aqueles que responderam concordo plenamente ou parcialmente, para os que responderam nem concordo nem discordo foram considerados neutros e foram agrupados como discordantes aqueles que responderam que não concordo ou não concordo parcialmente. Nas questões em que a resposta foi “não sei opinar” ou as deixadas em branco, as mesmas foram desconsideradas para análise. Duas outras variáveis dependentes foram concebidas a partir das questões Likert redistribuídas nos três grupos.

Nas questões de uma a quatro, em que todos os participantes foram convidados a responder, e seguindo os princípios teóricos adotados pelo Ministério da Saúde em seu Manual sobre Matriciamento em Saúde Mental, as respostas puderam ser consideradas como sendo corretas, ou não (Chiaverini *et al.*, 2011). A nova variável proposta “Quanto sabe de matriciamento” considerou o número de acertos nas questões, sendo os participantes divididos em grupos segundo seus saberes sobre o matriciamento, sendo eles:

- Nenhum acerto – não sabe nada;
- Um acerto – sabe quase nada;
- Dois acertos – sabe pouco;
- Três acertos – sabe;
- Quatro acertos – sabe bem.

Outra variável construída, “Se o matriciamento é eficaz”, considerou as questões de seis a 10, sendo que as mesmas foram apresentadas apenas aos que responderam ter matriciamento na sua unidade. De forma semelhante ao exposto na criação da variável anterior, as respostas puderam ser consideradas como certas, as que atingiam os objetivos propostos para o matriciamento, segundo Chiaverini *et al.* (2011). Foram então agrupadas considerando a eficácia do matriciamento em:

- Nenhum acerto – não eficaz;
- Um acerto – quase nada eficaz;
- Dois acertos – pouco eficaz;
- Três acertos – médio eficaz;
- Quatro acertos – eficaz;
- Cinco acertos – muito eficaz.

Para análise de associação entre os dados, uma nova variável independente foi concebida a partir da questão sobre ter ou não matriciamento na unidade. Considerando que o matriciamento tem como proposição fundamental ser uma atividade técnico-pedagógica, requerendo assim uma periodicidade definida (Chiaverini *et al.*, 2011), e pela complexidade desta atividade, foi considerada uma periodicidade de pelo menos uma vez ao mês, para que um real apoio matricial ocorresse. Seguindo esses conceitos, no grupo que respondeu possuir reuniões de matriciamento, uma análise da resposta sobre a periodicidade das reuniões foi feita, e então dividida em dois grupos, sendo eles “Sim e Coerente” para as que afirmaram ao menos reuniões mensais, no outro grupo, denominado como “Sim e Incoerente”, foram incluídos aqueles sujeitos que descreveram não saber informar a periodicidade, bem como aos que afirmaram ocorrer menos que uma reunião por mês e, também, os que responderam que as reuniões ocorriam apenas quando havia demanda (sem regularidade) Para as respostas negativas sobre ocorrer matriciamento foram consideradas como “Não”

Foram considerados para análises quantitativas intervalos de confiança em 95% e os valores significativos aqueles com  $p < 0,05$ .

### 3.7.2 Análise por método qualitativo

Sobre as questões semiestruturadas da seção Visão ao portador de transtorno mental e seu tratamento, os dados foram analisados através da análise temática reflexiva proposta por Braun e Clarke (2006). A metodologia da análise temática reflexiva é dividida em seis fases, apresentadas no Quadro 8.

Quadro 8 – Fases propostas para análise temática e breve descrição.

<b>Fase</b>	<b>Descrição</b>
1. Familiarização com os dados	Ler e reler os dados, transcrever (se necessário) e anotar ideias iniciais.
2. Geração de códigos iniciais	Identificar e codificar características interessantes dos dados de forma sistemática.
3. Busca por temas	Agrupar os códigos em temas potenciais e reunir os dados relevantes para cada tema.
4. Revisão dos temas	Verificar se os temas funcionam em relação aos trechos codificados e ao conjunto de dados.
5. Definição e nomeação dos temas	Refinar os temas, definir claramente o que cada tema representa e nomeá-los.
6. Produção do relatório	Selecionar exemplos representativos, realizar análise final e redigir o relatório.

Fonte: (Braun; Clarke, 2006)

Para a aplicação das fases, as três perguntas foram separadas sendo feita a análise de cada uma delas em separado, sendo, portanto, cumpridas as seis fases em uma questão antes que se iniciasse a outra. As questões foram colocadas em uma planilha Excel® para uma maior organização das respostas.

Não houve homogeneidade entre as respostas, transitando desde pouco conteúdo com apenas poucas palavras, a outras com maior conteúdo para análise.

A familiarização dos dados foi realizada com uma primeira leitura livre de todas as respostas de uma pergunta. Após essa leitura livre, uma segunda leitura mais atenta foi realizada com a identificação empírica de alguns padrões.

Para a geração de códigos, em uma nova leitura, agora com anotações, em uma nova coluna ao lado das respostas, delimitando as principais características que surgiam. Padrões de características foram os delimitadores como propostas de temas.

Com temas preliminares, em nova análise das respostas, por convergência realizou-se um agrupamento temático, e a partir da nova composição temática, foi feita a proposta de nomeação.

Nova leitura das respostas, conjuntamente com a categoria, colocada em uma nova coluna, realizando assim uma checagem da adequação. Conjuntamente narrativas mais significantes foram escolhidas.

Posteriormente à realização das fases descritas, a apresentação dos dados foi elaborada, sendo apresentadas, para exemplificação dos temas, algumas respostas na íntegra sem quaisquer modificações da escrita original.

## 4. RESULTADOS

### 4.1 Descritivos da amostra

A amostra de 240 profissionais da APS teve uma predominância de mulheres compondo 81,7% da amostra, 93,8% foram de nacionalidade brasileira e se autodeclararam como brancos 51,3%, como pode ser verificado na Tabela 1. Quanto à idade seccionada em faixas o predomínio foi de adultos de meia-idade entre 30 e 60 anos, compondo 73,3% da amostra. Se considerarmos as idades quantitativamente, a média foi de 43,1 anos com DP de  $\pm 11,0$  anos.

Tabela 1 – Características epidemiológicas dos profissionais de atenção primária dos municípios de Cubatão, Santos e São Vicente 2024-2025

<b>Nacionalidade:</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Brasileira	225	93,8
Boliviana	1	0,4
Não relatado	14	5,8
<b>Sexo:</b>		
Masculino	44	18,3
Feminino	196	81,7
<b>Faixa etária</b>		
Até 30 anos	45	18,8
30 a 60 anos	176	73,3
60 anos ou mais	19	7,9
<b>Raça/cor</b>		
Branco	123	51,3
Negro	30	12,5
Pardo	80	33,3
Amarelo	4	1,7
Indígena	3	1,3

Na amostra, 73,0% dos participantes residiam na área conurbada de Santos e São Vicente, sendo proprietários de sua residência 66,7% da amostra (Tabela 2). Quando consideramos a distribuição da coincidência entre município de moradia e de trabalho, dados apresentados na Tabela 2, 70,8% dos profissionais residem no mesmo município de seu trabalho.

Tabela 2 – Caracterização dos aspectos de moradia, quanto à condição de ocupação, localidade e a relação com o município da unidade em que trabalhava em 2024-2025

<b>Cidade de Moradia</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Santos	100	41,7
São Vicente	75	31,3
Cubatão	31	12,9
Guarujá	4	1,7
Praia Grande	16	6,7
Itanhaém	1	0,4
Bertioga	1	0,4
Não relatado	12	5,0
<b>Condição de ocupação</b>		
Própria	160	66,7
Alugada	62	25,8
Emprestada	14	5,8
Outros	3	1,3
Não relatado	1	0,4
<b>Reside e trabalha no município</b>		
Sim	170	70,8
Não	50	20,8
Não respondeu	20	8,3

Dentre os servidores que participaram da pesquisa, metade (50,4%) declarou ter uma renda familiar entre dois e quatro salários mínimos, ainda que 61,2% tenham curso superior. Um quarto da amostra (25,4%) estava em período probatório nas prefeituras (até três anos como servidor), conforme os dados apresentados na Tabela 3.

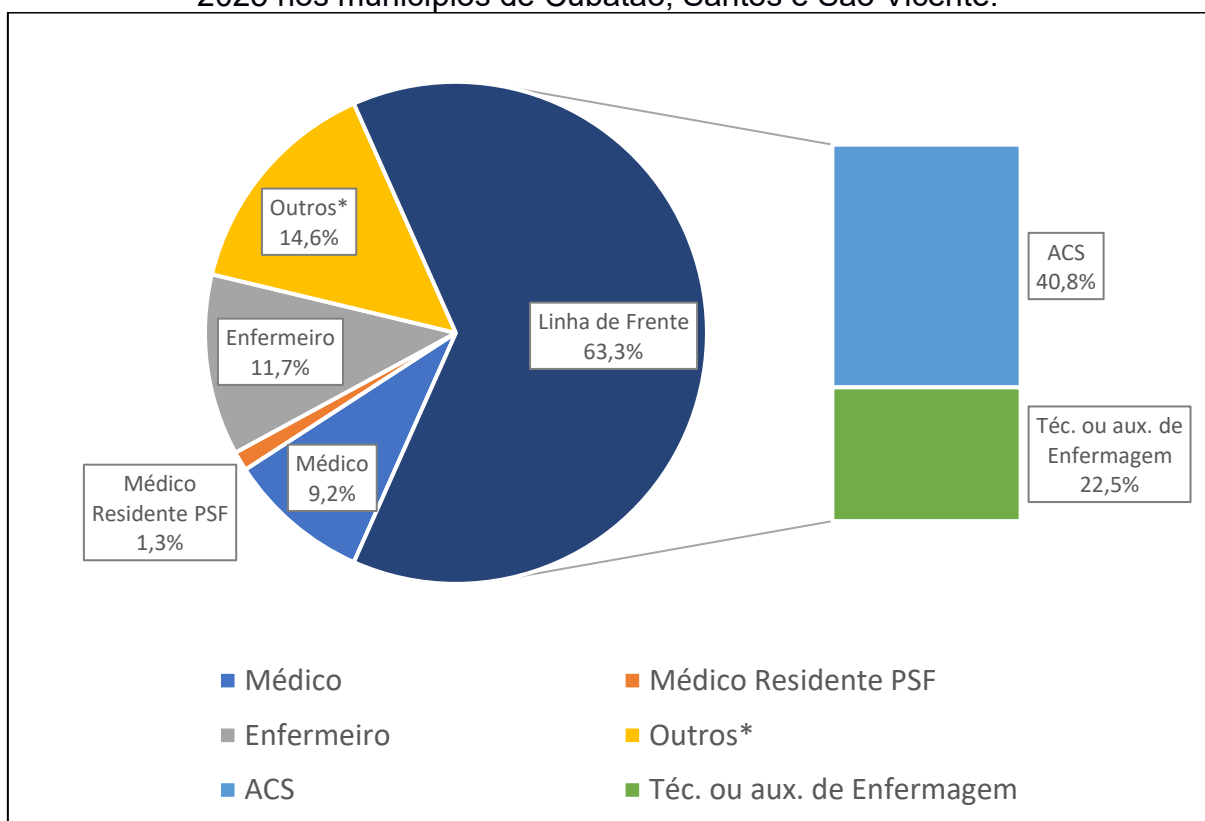
Tabela 3 – Caracterização da renda familiar, formação e tempo de atuação dos profissionais da Atenção Primária dos municípios de Cubatão, Santos e São Vicente 2024-2025

<b>Salários mínimos*</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Menos de 2	16	6,7
entre 2 e 4	121	50,4
entre 5 e 10	67	27,9
entre 11 e 20	29	12,1
Mais de 20	7	2,9
<b>Escolaridade</b>		
Fundamental Completo	5	2,1
Médio Completo	86	35,8
Superior Completo	58	24,2
Pós-Graduação	91	37,9
<b>Faixa temporal de vínculo público</b>		
0 a 3 anos	61	25,4
Mais que 3 a 10 anos	61	25,4
Mais que 10 anos	113	47,1
Não informado	5	2,1

\*Nota: Salário mínimo considerado de 2024 no valor de R\$ 1.412,00

Quanto à distribuição dentre as funções, a predominância foi de ACS (40,8%) seguida pelo grupo composto pelos técnicos e auxiliares de enfermagem correspondendo a 22,5% da amostra. As demais funções são apresentadas na Figura 1.

Figura 1 – Distribuição por função dos profissionais participantes da pesquisa em 2024-2025 nos municípios de Cubatão, Santos e São Vicente.



\*Nota: Dentistas, auxiliares dentários, residentes multiprofissionais.

Sobre a divisão dos sujeitos de pesquisa entre as unidades de cada município, Santos contribuiu com a maior participação, atingindo 52,9% da amostra (Tabela 4).

Tabela 4 – Distribuição dos participantes por município e por modelo organizacional das unidades, 2024-2025

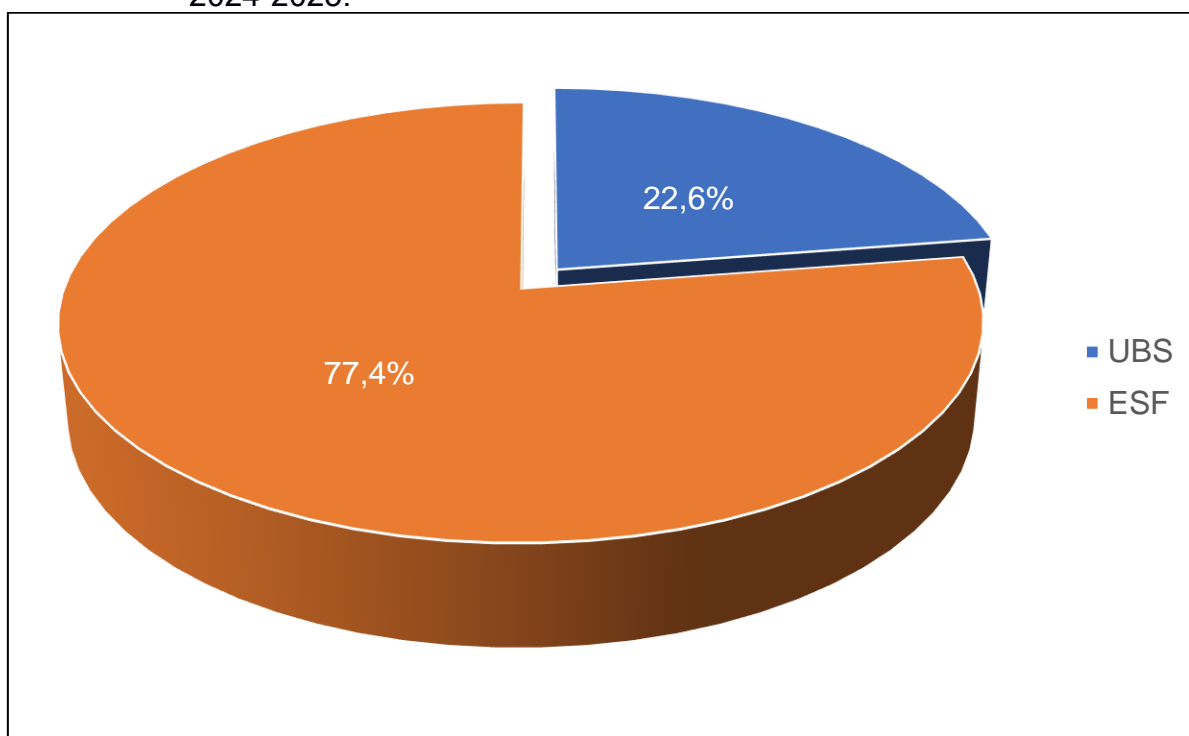
Município	N	%
Cubatão	40	16,7
Santos	127	52,9
São Vicente	70	29,2
Não relatado	3	1,3

Profissionais por unidade	N	%
ESF	196	81,7
UBS	44	18,3

A Tabela 4 ainda demonstra que a amostra contou com 81,7% de profissionais trabalhando em unidades que se organizam como ESF, ainda que a proporção de unidades com esse modelo pertencentes à amostra fosse de 77,4% (Figura 2).

Figura 2 – Distribuição das unidades participantes por modalidade organizacional em 2024-2025.



A tabela 5 apresenta o padrão de respostas nas questões que abordavam os conhecimentos sobre o matriciamento, que foram consideradas para a confecção da variável “Quanto sabe de matriciamento”. Considerando as questões separadamente, o acerto representou maioria para todas elas, sendo para a questão 1 a maior fração de acertos (87,5%) e para a questão 2 a menor parcela (56,7%).

Tabela 5 – Descritivo do padrão de respostas das questões utilizadas como base para construção da variável “O quanto saber sobre matriciamento”, 2024-2025.

**1. O matriciamento é uma atividade em que devem estar presentes profissionais da unidade da Atenção Básica (AB) e do Centro de Atenção em Saúde Mental (CAPS).**

<b>Respostas</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Discordante	12	5,0
Concordante*	210	87,5
Neutro	10	4,2
Não Relatado	8	3,3

**2. A atividade do matriciamento se presta apenas à passagem de casos.**

Discordante*	136	56,7
Concordante	58	24,2
Neutro	29	12,1
Não Relatado	17	7,1

**3. Devem participar do matriciamento apenas: Médicos, Enfermeiros, Auxiliares/Técnicos de enfermagem**

Discordante*	163	67,9
Concordante	57	23,8
Neutro	13	5,4
Não Relatado	7	2,9

**4. Caso não tenha nenhum caso sob minha supervisão/cuidado, não deverei participar do matriciamento.**

Discordante*	163	67,9
Concordante	39	16,3
Não Relatado	10	4,2

\*Nota: Respostas consideradas como corretas

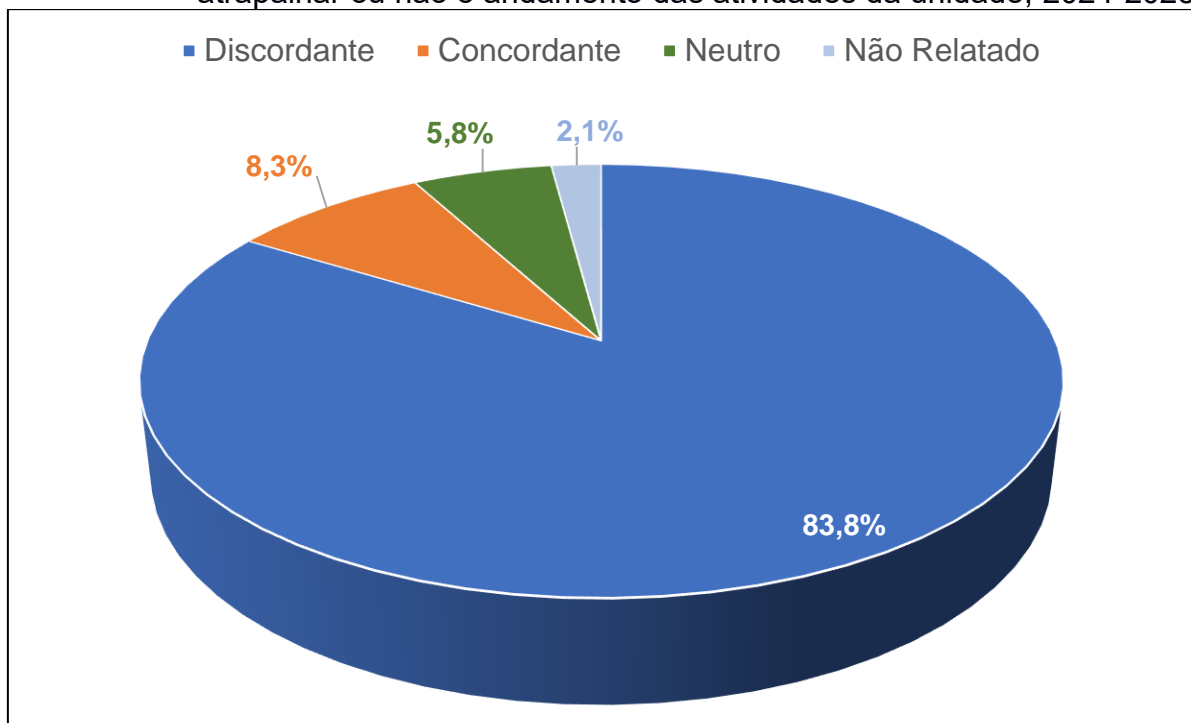
A partir dos conceitos propostos ao matriciamento, a Tabela 6 apresenta a nova variável “Quanto sabe sobre matriciamento”, ao que fica evidente que mais de 63% da amostra demonstrou saber ou saber bem sobre matriciamento.

Tabela 6 – Descritivo da variável “Quanto sabe sobre matriciamento”, a partir do número de acertos das questões, 2025.

<b>Estratificação do conhecimento</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Não sabe nada	5	2,1
Sabe quase nada	21	8,8
Sabe pouco	37	15,4
Sabe	67	27,9
Sabe bem	86	35,8
Não responderam	24	10,0
<b>Total</b>	<b>240</b>	<b>100,0</b>

Para as opiniões sobre um possível impacto do matriciamento nas atividades cotidianas da unidade, aproximadamente 84% afirmaram discordar desta afirmação (Figura 3).

Figura 3 – Distribuição percentual das opiniões dos profissionais sobre o matriciamento atrapalhar ou não o andamento das atividades da unidade, 2024-2025.



Ainda que a maioria não percebesse o matriciamento como prejudicial à rotina da equipe, pouco mais de 14% o colocavam como neutro ou com uma visão de prejuízo sobre a atividade da unidade.

Para a distribuição das respostas sobre ter ou não matriciamento na unidade, 69,2% dos profissionais responderam ocorrer reuniões de matriciamento (Tabela 7). Porém, apenas 30,8% afirmaram periodicidade das reuniões, ao menos, mensal.

Tabela 7 – Padrão de respostas sobre a ocorrência de matriciamento, a codificação da periodicidade das reuniões e as respostas conforme coerência de um matriciamento real, 2025.

<b>Existe matriciamentos em sua unidade</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Sim	166	69,2
Não	74	30,8
<b>Periodicidade relatada</b>		
1x/semana ou mais	14	8,4
menos de 1x/semana até 2x/mês	2	1,2
Menos de 2x/mês até 1x/mês	58	34,9
Menos de 1x/mês ou demanda	11	6,6
Não sei	30	18,1
Não responderam	51	30,7
<b>Coerência das respostas considerando as periodicidades das reuniões</b>		
Sim e Coerente	74	30,8
Sim e Incoerente	92	38,3
Não	74	30,8

As respostas às questões que abordaram a visão sobre matriciamento, e que posteriormente foram consideradas na elaboração da variável “Se o matriciamento é eficaz” são apresentadas na Tabela 8. Vale lembrar que esta parte do questionário foi aplicada apenas aos 166 profissionais que responderam ocorrer matriciamento em suas unidades.

Pode-se observar que a maioria dos servidores respondeu corretamente a todas as questões, quando se considera os objetivos do apoio matricial (Tabela 8).

Destaca-se que as maiores porcentagens de acerto (70,5% e 62,0%) foram observadas, respectivamente, nas questões referentes ao auxílio no manejo e cuidado de pessoas com transtornos mentais, seguidas daquela que abordava a aprendizagem em saúde mental.

Tabela 8 – Caracterização das respostas utilizadas como base para a eficácia do matriciamento, inclusos apenas os participantes submetidos às questões, 2025.

<b>6. Você se sente estimulado(a) a participar das reuniões de matriciamento.</b>		
Respostas	N	%
Discordante	45	27,1
Concordante*	82	49,4
Neutro	22	14,8
Não Relatado	17	10,2
<b>7. O matriciamento me ajuda a atender/lidar com os munícipes com transtorno ou sofrimento mental.</b>		
Discordante	20	12,0
Concordante*	117	70,5
Neutro	13	7,8
Não Relatado	16	9,6
<b>8. Eu aprendo sobre o assunto de saúde mental durante as reuniões do matriciamento.</b>		
Discordante	27	16,3
Concordante*	103	62,0
Neutro	13	7,8
Não Relatado	23	13,9
<b>9. Nas reuniões de matriciamento percebo novas propostas e saídas aos casos que acompanho/atendo.</b>		
Discordante	25	15,1
Concordante*	92	55,4
Neutro	25	15,1
Não Relatado	24	14,5
<b>10. As atividades de matriciamento me ajudam em questões sobre o meu próprio sofrimento.</b>		
Discordante	51	30,7
Concordante*	74	44,6
Neutro	19	11,4
Não Relatado	22	13,3

\*Nota: Respostas consideradas como corretas

Na Tabela 9, são apresentados os resultados da variável “Se o matriciamento é eficaz”, 53,6% consideraram o matriciamento como tendo pelo menos uma média eficácia.

Tabela 9 – Descritivo da variável “Se o matriciamento é eficaz”, a partir do número de acertos das questões, 2025.

<b>Estratificação sobre a eficácia</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Não eficaz	15	9,0
Quase nada eficaz	12	7,2
Pouco eficaz	12	7,2
Médio eficaz	20	12,0
Eficaz	29	17,5
Muito eficaz	40	24,1
Não responderam	38	22,9
Total	166	100,0

## **4.2 Análise de associações**

As análises de associações das variáveis independentes com as dependentes “Quanto sabe sobre matriciamento” e “Se o matriciamento é eficaz” foram divididas em duas subseções, para uma melhor apresentação.

## 4.2.1 “Quanto sabe sobre matriciamento”

Na análise relacional entre o saber sobre matriciamento e a escolaridade dos profissionais, foi encontrada uma tendência estatística de que quanto maior for a formação, maior é o conhecimento sobre matriciamento (Tabela 10).

Tabela 10 – Associação entre o quanto sabe sobre matriciamento e escolaridade, 2025.

	Quanto sabe sobre matriciamento					p-value
	Não sabe nada	Sabe quase nada	Sabe pouco	Sabe	Sabe bem	
<b>Escolaridade</b>	<b>N (%)</b>					
Fundamental Completo	0 (0,0)	2 (9,5)	1 (2,7)	0 (0,0)	2 (2,3)	0,81
Médio Completo	4 (80,0)	10 (47,6)	14 (37,8)	21 (31,3)	21 (24,4)	
Superior Completo	1 (20,0)	3 (14,3)	9 (24,3)	15 (22,4)	26 (30,2)	
Pós-Graduação	0 (0,0)	6 (28,6)	13 (35,1)	31 (46,3)	37 (43,0)	
<b>Total</b>	<b>5 (100,0)</b>	<b>21 (100,0)</b>	<b>37 (100,0)</b>	<b>67 (100,0)</b>	<b>86 (100,0)</b>	

Na comparação do quanto sabe sobre matriciamento, foi encontrada diferença significativa entre os grupos etários, conforme apresentado na Tabela 11.

Tabela 11 – Estudo de associações entre o saber sobre matriciamento e a faixa etária, 2025.

	Quanto sabe sobre matriciamento					p-value
	Não sabe nada	Sabe quase nada	Sabe pouco	Sabe	Sabe bem	
<b>Faixa etária</b>	<b>N (%)</b>					
Até 30 anos	3 (60,0)	3 (14,3)	5 (13,5)	7 (10,4)	21 (24,4)	<0,05
30 a 60 anos	2 (40,0)	15 (71,4)	30 (81,1)	51 (76,1)	61 (70,9)	
60 anos ou mais	0 (0,0)	3 (14,3)	2 (5,4)	9 (13,4)	4 (4,7)	
<b>Total</b>	<b>5 (100,0)</b>	<b>21 (100,0)</b>	<b>37 (100,0)</b>	<b>67 (100,0)</b>	<b>86 (100,0)</b>	

Uma forte relação foi encontrada entre discordar que a atividade do matriciamento interfere negativamente no andamento das rotinas da unidade e um maior conhecimento sobre as propostas da ação matriciadora (Tabela 12).

Tabela 12 – Associação entre o quanto sabe sobre matriciamento e a percepção dos servidores de que o matriciamento tem impacto negativo na unidade, 2025.

Pergunta:	Quanto sabe sobre matriciamento					<i>p</i> -value
	Não sabe nada	Sabe quase nada	Sabe pouco	Sabe	Sabe bem	
<b>O matriciamento atrapalha o andamento das atividades da unidade</b>	<b>N (%)</b>					
Discordante	2 (40,0)	9 (42,9)	29 (78,4)	59 (89,4)	83 (96,5)	
Concordante	2 (40,0)	8 (38,1)	5 (13,5)	4 (6,1)	1 (1,2)	<0,001
Neutro	1 (20,0)	4 (19,0)	3 (8,1)	3 (4,5)	2 (2,3)	
Total	5 (100,0)	21 (100,0)	37 (100,0)	66 (100,0)	86 (100,0)	

Uma tendência ( $p=0,72$ ) foi encontrada entre os servidores com maior conhecimento sobre o matriciamento, e que se sentem estimulados a participar das reuniões do apoio matricial. Já a associação entre maior saber e a percepção do profissional de que a atividade matriciadora serve de auxílio ao prestar suporte ao município com demandas de saúde mental se mostrou significativa, conforme é apresentado na Tabela 13.

Tabela 13 – Relação de dependência entre conhecimento sobre matriciamento com as variáveis relacionadas à motivação em participar e sobre o auxílio nas demandas de saúde mental, 2025.

Perguntas:	Quanto sabe sobre matriciamento					p-value
	Não sabe nada	Sabe quase nada	Sabe pouco	Sabe	Sabe bem	
<b>Você se sente estimulado(a) a participar das reuniões de matriciamento</b>						
	<b>N (%)</b>					
Discordante	0 (0,0)	10 (66,7)	13 (56,5)	29 (61,7)	28 (50,0)	
Concordante	1 (50,0)	2 (13,3)	3 (13,0)	15 (31,9)	20 (35,7)	0,72
Neutro	1 (50,0)	3 (20,0)	7 (30,4)	3 (6,4)	8 (14,3)	
<b>O matriciamento me ajuda a entender/lidar com os munícipes com transtorno ou sofrimento mental</b>						
Concordante	0 (0,0)	11 (68,8)	19 (79,2)	33 (71,7)	49 (87,5)	
Discordante	1 (50,0)	1 (6,3)	4 (16,7)	9 (19,6)	4 (7,1)	<0,05
Neutro	1 (50,0)	4 (25,0)	1 (4,2)	4 (8,7)	3 (5,4)	

## 4.2.2 “Se o matriciamento é eficaz”

Para a variável dependente construída a partir das respostas relativas aos objetivos propostos pela atividade de matriciamento junto aos profissionais da APS, definida como “Se o matriciamento é eficaz”, observou-se que a quantificação dessa eficácia apresentou associação apenas com as questões “O matriciamento é uma atividade em que devem estar presentes profissionais da unidade da Atenção Básica (AB) e do Centro de Atenção em Saúde Mental (CAPS).” e com “A atividade do matriciamento se presta apenas à passagem de casos.”, referentes ao conhecimento do procedimento do apoio matricial (Tabela 14). Verificou-se uma associação estatisticamente significativa entre a percepção de elevada eficácia do matriciamento e a compreensão da necessidade de participação conjunta dos profissionais do CAPS e da unidade nas reuniões. Por outro lado, quando analisada a concepção de que o matriciamento se restringe à mera passagem de casos, identificou-se apenas uma fraca tendência de associação com a eficácia atribuída ao matriciamento.

Tabela 14 – Dependência estatística entre a variável “Se o matriciamento é eficaz” e a percepção sobre a participação de profissionais do CAPS e da APS, bem como sobre as reuniões se restringirem à passagem de casos, 2025.

Perguntas	Quanto à eficácia do matriciamento						p-value
	Nada eficaz	Quase nada eficaz	Pouco eficaz	Médio eficaz	Eficaz	Muito eficaz	
<b>O matriciamento é uma atividade em que devem estar presentes profissionais da unidade da Atenção Básica (AB) e do Centro de Atenção em Saúde Mental (CAPS).</b>							
	<b>N (%)</b>						
Concordante	8 (57,1)	12 (100,0)	11 (91,7)	17 (85,0)	27 (96,4)	39 (97,5)	
Discordante	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (8,3)	3 (15,0)	0 (0,0)	1 (2,5)	<0,01
Neutro	6 (42,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (3,6)	0 (0,0)	
<b>A atividade do matriciamento se presta apenas à passagem de casos.</b>							
Concordante	6 (42,9)	3 (25,0)	2 (16,7)	2 (10,0)	7 (25,0)	17 (42,5)	
Discordante	4 (28,6)	7 (58,3)	9 (75,0)	15 (75,0)	19 (67,9)	20 (50,0)	0,94
Neutro	4 (28,6)	2 (16,7)	1 (8,3)	3 (15,0)	2 (7,1)	3 (7,5)	

Quando analisadas entre si, as variáveis dependentes construídas (Tabela 15), uma associação interdependente com significância estatística se delimitou, apresentando uma relação positiva, quanto maior a eficácia do matriciamento, maior o conhecimento encontrado.

Tabela 15 – Associação entre as variáveis dependentes que descrevem o conhecimento e a eficácia do matriciamento, 2025.

	Quanto sabe sobre matriciamento					<i>p</i> -value
	Não sabe nada	Sabe quase nada	Sabe pouco	Sabe	Sabe bem	
<b>Se o matriciamento é eficaz</b>	<b>N (%)</b>					
Não eficaz	2 (100,0)	3 (21,4)	2 (10,0)	5 (11,6)	2 (4,4)	<0,05
Quase nada eficaz	0 (0,0)	1 (7,1)	3 (15,0)	3 (7,0)	4 (8,9)	
Pouco eficaz	0 (0,0)	2 (14,3)	0 (0,0)	6 (14,0)	4 (8,9)	
Médio eficaz	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (5,0)	8 (18,6)	11 (24,4)	
Eficaz	0 (0,0)	0 (0,0)	7 (35,0)	9 (20,9)	11 (24,4)	
Muito eficaz	0 (0,0)	8 (57,1)	7 (35,0)	12 (27,9)	13 (28,9)	
<b>Total</b>	<b>2 (100,0)</b>	<b>14 (100,0)</b>	<b>20 (100,0)</b>	<b>43 (100,0)</b>	<b>45 (100,0)</b>	

### **4.3 Análise por método qualitativo**

Os resultados das análises qualitativas dos dados são apresentados distribuídos pelas questões semiestruturadas separadamente, sendo nominadas as subseções pelos enunciados das questões.

Todos os resultados seguiram a teoria da análise temática reflexiva de Braun e Clarke (2006), conforme já descrito na subseção 3.7.2 do método.

#### 4.3.1 Qual(is) profissional(is) deve(m) participar do tratamento do sujeito com transtorno mental?

Os temas delimitados para essa questão são apresentados no Quadro 9, com as explicações das propostas temáticas. Nesta análise foram consideradas 210 respostas, sendo desconsideradas para a análise questões não preenchidas ou as que tinham respostas incompreensíveis, como letras sem compor palavras ou mesmo resposta com a palavra “sim”. Duas respostas “não sei” também foram desconsideradas ainda que seja significativo afirmar o não saber sobre algo. Os temas, ainda que ligados, mostraram independência nas ocorrências das respostas.

Quadro 9 – Temas propostos e suas bases de construção sobre as respostas de quem deve participar do tratamento.

<b>Temas:</b>	<b>Base de construção</b>
Inclui ou exclui a si próprio do cuidado.	Para a formulação temática, foram consideradas as formas em que o profissional se posicionava, podendo ser um agente participante ou não, no cuidado da pessoa portadora de transtorno mental.
Participação abrangente ou restrita dos profissionais envolvidos no cuidado.	Para essa temática, a delimitação se deu quando ao menos, mas não só, os componentes da equipe da ESF médico, enfermeiro, técnicos/auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, eram incluídos no cuidado.

Os temas sugerem que, mais que uma composição diversa de profissões nas equipes da APS, a construção pessoal interfira na forma como os participantes enxergam a sua participação no cuidado. Uma outra questão que surgiu foi referente à própria visão de seus saberes frente a outros saberes.

Como exemplo de inclusão a si e a outros profissionais no cuidado à pessoa com transtorno mental, uma profissional técnica/auxiliar de enfermagem, feminina, 36 anos, branca, que atua em uma unidade com modelo de ESF com matriciamento, respondeu:

Acredito que todos os servidores da unidade, inclusive os colaboradores da limpeza, devem participar.

Fica evidente a compreensão do cuidado compartilhado no trecho transcrito. Outro exemplo de cuidado amplo e em que o profissional se coloca junto ao cuidado foi da ACS, feminina, parda de 58 anos, componente de uma unidade de ESF sem matriciamento, que afirmou:

Todos pois a pessoa com transtorno mental tem que ser tratada em sua saúde como um todo.

Ainda que o servidor se inclua no cuidado, nem sempre o pensa de forma coletiva, reconhecendo os valores de todos os saberes como pode ser visto na resposta do médico, homem, pardo de 38 anos, atuante em uma UBS com matriciamento que coloca o cuidado apenas na participação de formados em medicina, “Psiquiatra, Médico saúde da família.”, representando uma visão médico centrada.

Sobre essa visão anacrônica, outros profissionais também anunciaram em suas respostas, se excluindo da participação do cuidado, podendo levantar questões sobre a visão do próprio saber. Nos dois trechos a seguir, exemplificam-se representações desta visão.

Ambas são técnicas ou auxiliares de enfermagem, mulheres, sendo uma branca de 34 anos e outra negra de 42 anos, respectivamente, componentes de ESF com matriciamento e UBS sem matriciamento que afirmaram suas visões:

Psicólogo psiquiatra neurologista equipe médica.

e

Psiquiatra.

#### 4.3.2 Qual(is) seria(m), se tiver, sua participação neste tratamento?

No agrupamento temático da questão sobre qual seria a contribuição para o tratamento, sete delimitações puderam ser extraídas. Houve, porém, a ocorrência de sobreposição de temas, e, portanto, algumas respostas foram classificadas em mais de um tema. Para a delimitação dos eixos temáticos 200 respostas puderam ser extraídas, contrapondo a outras consideradas sem respostas ou das que não conseguiram ser compreendidas. A proposta da análise temática e suas definições seguem no Quadro 10.

Quadro 10 – Temas propostos e suas bases de construção para as respostas sobre a participação do profissional

<b>Temas:</b>	<b>Base de construção</b>
Acolhimento e Escuta Ativa.	Neste tema a delimitação se deu considerando as respostas que remetiam à ação de acolher e dar uma escuta às demandas e sofrimentos, construindo uma vinculação forte com o usuário.
Acompanhamento, Monitoramento e Orientação.	A temática surgiu a partir de respostas que traziam ações de verificar as condições em que os usuários do serviço de saúde se encontravam, intervindo e elucidando dúvidas sobre as condutas propostas, além da checagem na adesão às propostas de cuidado.
Atuação Multiprofissional e Interação (Ações Colaborativas)	Proposições de atuação interdisciplinares ao cuidado daqueles que trouxessem demandas de sofrimentos psíquico, delimitando um projeto compartilhado, formaram a base deste tema.
Identificação e Encaminhamento	Para esse tema a verificação de um padrão de respostas em que a ação do trabalhador da saúde focou em servir como elo com a APS.
Vínculo e Relação com o Paciente	A proximidade do trabalhador da saúde com os indivíduos para a criação e fortalecimento dos vínculos, descrita em algumas respostas, foi o conteúdo base para esse tópico analítico.
Conhecimento do Contexto Social e Familiar	Essa temática emergiu das narrativas de profissionais que trouxeram a importância de suas ações no conhecer aprofundado das pessoas de sua área de abrangência,
Listagem de Profissionais	Embora o ponto de partida da questão fosse a própria ação do servidor no cuidado, uma fração dos sujeitos da pesquisa respondeu nominando profissões, despontando por isso como categoria temática.

A importância da escuta e em promover acolhimento para as pessoas com demandas em saúde mental foi ilustrada na narrativa de ACS, branca e feminina, com 45 anos de idade e atuante em uma unidade de ESF.

Acolhimento e escuta, sem julgamento de valor, um elo de aproximação do munícipe com a unidade de saúde. Primeira porta de entrada do SUS.

No relato de uma profissional jovem de 25 anos, autorreferida como sendo branca, técnica ou auxiliar de enfermagem, demonstrou sua proposta em atuar orientando os cuidados, bem como monitorar e acompanhar o munícipe.

Conscientização deste paciente sob a importância do tratamento, a administração de medicamentos (se necessário), observação da adesão ao tratamento e reportar se observar mudanças no comportamento.

No relato “Discutir com a equipe um plano terapêutico singular para o paciente em questão em que cada um ficaria responsável por cumprir uma meta no caso” da médica de 27 anos atuante na ESF clarifica a temática de ações multiprofissionais colaborativas.

Na resposta de uma mulher parda de 30 anos, ACS da equipe de uma ESF, “Identificar quem precisa do matriciamento e fazê-lo” traz à tona sua iniciativa de servir como profissional de ligação de informações entre o equipamento de saúde e o próprio usuário.

Para representar o eixo temático Vínculo e Relação com o Paciente, a mulher, 39 anos, de origem indígena, que atua na enfermagem prioriza a ligação com o sujeito aos seus cuidados, relatando:

Na minha opinião, posso participar na questão do acolhimento a este paciente pois, como saúde da família devemos priorizar o vínculo deste paciente em primeiro lugar.

O homem pardo de 32 anos formula sua contribuição, abaixo transcrita, a partir de um saber mais profundo sobre as relações sociais e familiares, reconhecendo a importância das particularidades do sujeito nas propostas de cuidado.

Enquanto Agente Comunitário de Saúde conhecemos o contexto familiar que impacta muitas vezes na saúde do indivíduo, minha participação seria trazer essa perspectiva para a reunião de matriciamento.

Em referência a respostas como da profissional de 47 anos, componente da equipe de enfermagem de uma ESF, “Médico, psicólogo, enfermeiro, técnico de enfermagem”, o tema de listagem de profissionais envolvidos no cuidado foi formulado.

Ainda que temas delimitados emergem das narrativas, comumente as interposições se deram. As categorias “Acolhimento e Escuta Ativa” e “Vínculo e Relação com o Paciente” em muitas narrativas se entrelaçaram como proposta da

atuação do profissional. Ainda sobre o eixo do acolhimento, narrativas de identificar demandas e propor encaminhamentos aos casos também foram frequentemente referidas

Na ação de monitoramento e acompanhamento, o profissional tem que ter convivência e proximidade, o que também promove o conhecimento dos contextos da pessoa, explicando a concorrência frequente dos temas.

#### 4.3.3 Qual(is) seria(m) o(s) impedimento(s), se houver, de sua participação no cuidado do portador de um transtorno mental?

Na confecção dos temas sobre os impedimentos à participação no cuidado, 200 respostas foram incluídas, sendo descartadas 40 respostas sem preenchimento. Da análise, seis domínios foram propostos, apresentados na Tabela 11, e assim como as anteriores, algumas narrativas trouxeram em seu teor mais de uma unidade temática.

Quadro 11 – Temas propostos e suas bases de construção para as respostas sobre impedimentos a participar do cuidado

<b>Temas:</b>	<b>Base de construção</b>
Falta de Conhecimento e Capacitação	A percepção de que a falta de conhecimento técnico ou treinamento adequado em saúde mental constituiu um significativo impedimento na participação efetiva no cuidado, o que fez com que essa questão fosse considerada como um dos temas
Subjetividade do Risco e Estigma	Para a construção deste tema, foram considerados os relatos contendo preocupações relacionadas à segurança pessoal e à integridade física, remetendo a uma possibilidade de comportamento agressivo ou violento de alguns pacientes, trazendo à tona o imaginário do louco perigoso.
Recursos e Estrutura Insuficientes	A proposta temática foi formulada a partir dos discursos sobre falta de recursos adequados, como tempo e espaço físico, além do apontamento sobre a sobrecarga de trabalho e falta de pessoal.
Acesso à Saúde Mental e Coordenação dos Serviços	Relatos sobre incoordenação da rede, dificuldades de acesso aos equipamentos de saúde mental e canais ineficientes de comunicação entre os servidores, acrescido de afirmações da falta de matriciamento e de discussão de casos, serviram como núcleo estruturante do tema.
Sem impedimentos	Essa categoria emerge a partir das respostas negativas em haver impedimentos a participar do cuidado do portador de um transtorno mental.
Variados	Foram encontrados dados únicos que não puderam ser agrupados pela temática trazida, sendo então agrupados exatamente pela falta de coincidência.

Os relatos da enfermeira de 52 anos e do ACS homem de 23 anos, ambos atuantes na ESF, indicam que as barreiras à atuação são:

Capacitação da equipe- pois uma assistência nesse teor não se faz sozinho.

e

Falta de capacitação para lidar com alguns casos.

Exemplificando assim o tema da sensação de falta de saber e formação em saúde mental como impedimentos.

Narrativas como da médica branca (49 anos) atuante na ESF de que sua ação é impedida por “Ameaça e risco de vida”, trazem à tona o estigma do perigo da “loucura”. Corroborando nesta temática de risco ao atendimento, temos a visão de uma ACS negra de 39 anos, que respondeu:

Casos em que o paciente se mostra violento ou recusa o tratamento.

Outra narrativa transpassada por preconceitos foi trazida pela ACS, mulher negra, que compõe uma unidade da ESF

Quando o munícipe não se abre com a gente, alguns não contam pro ACS que estão passando por problemas psicológicos, eles apenas dizem que precisam passar com psicólogo, e as vezes só contam pro médico. E o preconceito que alguns deles tem em passar com psicólogo, eles acham que só loucos passam por psicólogo e psiquiatra. Alguns que já passaram pelo CAPS e não voltaram, porque dizem que lá só sabem medicar.

Os problemas gerados pela insuficiência dos recursos e estruturas, estão representados a seguir:

Tempo de consulta 15 minutos muito pouco tempo para um atendimento de saúde mental

e

Seria a falta de tempo na agenda, sobre agendamento de outros pacientes de doenças crônicas

Ambas as transcrições foram colhidas de respostas de médicos, sendo a primeira de uma mulher branca atuante na ESF, e o segundo relato de um homem pardo da UBS.

As dificuldades da ausência de matriciamento foram explicitadas em relatos de profissionais da UBS e da ESF, respectivamente, “Setor sem contato com o matriciamento” ou “Aqui na unidade não ocorre o matriciamento propriamente dito! Os especialistas atendem, porém, não temos reuniões ou discussões de caso o que acaba sendo prejudicial para nós profissionais e para nossos pacientes”. Essas afirmações foram feitas por uma técnica ou auxiliar de enfermagem e por uma médica.

A ausência de impedimentos a participar do cuidado, em algumas narrativas, não significou ausência de dificuldades. As respostas de uma mulher branca dentista de 27 anos lotada numa ESF e da ACS de uma UBS convergem, conforme trechos abaixo:

Não há impedimento, mas talvez falta de estímulo dos demais profissionais uma vez que o atendimento é centralizado no médico - enfermeiro - psicólogo nas

e

Nenhum, porém não há essa especialização primária na ubs. Somente no caps, onde o acolhimento está precário, talvez por conta da grande demanda.

## 5. DISCUSSÃO

Nossa amostra apresentou características epidemiológicas semelhantes à literatura no que tange a uma feminilização dentre os profissionais da saúde, compondo mais de 80% dos profissionais assim como encontrado por Tomasi (2008) em um estudo epidemiológico de alcance nacional (sul e nordeste) contando com 4.749 participantes. Nessa mesma pesquisa uma média etária de  $37 \pm 10,4$  anos para os trabalhadores do Nordeste, e de  $38 \pm 10,3$  anos para os do Sul, sendo ambas médias mais jovens que a encontrada na nossa amostra, porém a diferença ficou dentro do desvio padrão.

Sobre as respostas autorreferidas de raça/cor, mais da metade da amostra respondeu como branca, dado que coincide com os dados da população geral do Censo 2022, em que aferiu uma proporção de 51,8% de autodeclarados como pessoas brancas na Região Metropolitana da Baixada Santista (RMBS) (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2022). Esses dados levantam questões sobre a diferença da composição da região com o resto do Brasil em que a maior parcela se autodeclarou como parda. A ocupação de uma região com alto índice de Desenvolvimento Humano, e portanto, com custo de vida mais alto, pode ser uma destas respostas (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2022).

Em nossa pesquisa o predomínio de renda familiar entre dois e quatro salários mínimos foi encontrado, porém cabe ressaltar que os proventos dos servidores não se mostram homogêneos. Os ACS e Auxiliares e Técnicos de Enfermagem apresentam menores remunerações na descrição de cargos e salários das prefeituras, enquanto os Médicos e Enfermeiros ocupam um polo oposto. A disparidade de proventos e também da composição da amostra havendo uma esmagadora maioria das funções de menor remuneração pode explicar a média de renda encontrada.

Em uma pesquisa realizada em Florianópolis com os profissionais da AB, Moraes *et al.* (2022) encontrou, sobre a formação acadêmica, que profissionais afirmaram possuir curso superior completo e pós-graduação, respectivamente 16,5% e 44,2%, totalizando aproximadamente 60% da amostra com ao menos graduação completa. Valores semelhantes foram encontrados em nossa amostra. O alto nível educacional pode ser explicado pelas demandas nos concursos para a ocupação de cargos públicos na área de saúde.

Na pesquisa multicêntrica de Tomasi *et al.* (2008), que abordou o perfil epidemiológico das equipes da AB, ainda que tenha usado faixas temporais diferentes para a vinculação ao trabalho, trabalhadores com mais de 13 anos na função foram a maioria (> 60%), diferentemente de nossa amostra em que menos de 50% tinham mais de 10 anos de vinculação. Características de alta empregabilidade na região, possibilitando a troca de Prefeituras ou mesmo a possibilidade de ingressar em empregos na rede particular, talvez possam explicar essa diferença.

Na composição de nosso grupo amostral, considerando o cargo na unidade, os ACS contribuíram com quase 41%, seguidos pelos Técnicos ou Auxiliares de Enfermagem, que contribuindo com mais de 22% dos profissionais. Sobre essa divisão uma explicação possível remete ao fato de que a participação dos profissionais que compõem a ESF foi mais de 80% da amostra, e neste modelo organizacional, os ACS compõem a maioria dos trabalhadores, estando esses dados em consonância com a literatura (Pereira *et al.*, 2014).

Ao abordarmos temas sobre o matriciamento quase 90% da amostra respondeu reconhecer a necessidade de estarem presentes na reunião profissionais da AB e também do CAPS, porém, pouco mais de 55% dos participantes reconheceram que a atividade do apoio matricial transpassa a ação de “passar casos”, o que nos traz questionamentos de um real saber sobre a potência do matriciamento. Questionamentos semelhantes foram publicados por Iglesias, Belotti e Avellar (2024) em que o “passar de caso” figura como centro da atividade, além de narrativas de não resolutividade e de uma função de impedir o encaminhamento ao CAPS.

Quanto à visão da participação dos profissionais da AB nos encontros do matriciamento, uma parcela acima de 65% reconheceu que devem participar profissionais outros que não os classicamente ligados à clínica. Em mesma proporção o próprio servidor reconhece que deve participar da reunião mesmo sem um caso “seu” de saúde mental, porém um questionamento surge sobre os mais de 43% que não reconheceram o matriciamento ser mais que passar caso. Aventar uma incoerência entre respostas e a real opinião pode ser levantado, em especial por nossa pesquisa não ter sido realizada por entrevista presencial.

Considerando o matriciamento necessitar de encontros periódicos por seu princípio organizacional (Chiaverini *et al.*, 2011), uma inconsistência pôde ser verificada nas afirmações do existir matriciamento na unidade dada por quase 70% dos profissionais. Ao analisarmos que pouco mais de 30% responderam terem ao

menos um encontro mensal, porém, destes, 14 afirmaram frequência semanal ou maior de encontros, padrão improvável de ser cumprido por profissionais do CAPS, avaliamos que, considerando a periodicidade, mais de 60% dos profissionais se equivocaram em afirmar ter matriciamento em sua unidade. Uma reflexão sobre o real conhecimento a respeito do apoio matricial se impõe frente a esses dados.

Outras incertezas podem ser levantadas a respeito dos dados de quase metade dos sujeitos terem respondido sentir-se estimulados a participar das reuniões, e mais, com valores superiores a 60% de afirmação a se sentirem auxiliados e de aprender nas reuniões de matriciamento, porém, como verificamos a maior parte das reuniões não segue os princípios do apoio matricial.

Sobre a variável conhecimento sobre matriciamento, uma tendência de associação emergiu com o nível de escolaridade. Tal achado encontra respaldo em estudos sobre a formação dos profissionais da AB, em que apontam que maior formação acadêmica favorece a apropriação de estratégias organizacionais do SUS, incluindo estratégias integradas de cuidado, como o matriciamento (Oliveira *et al.*, 2016).

Sobre a relação significativa com a faixa etária e o maior conhecimento observado entre profissionais de 30 a 60 anos, uma possível forma de entendimento traz o momento intermediário da trajetória profissional, em que a combinação da experiência prática acumulada e a busca por atualização e especialização estejam equilibradas entre a maturidade e o interesse de crescimento. No estudo de Iglesias, Belotti e Avelar (2024), resultados sobre profissionais em fases intermediárias da carreira tenderem a incorporar mais rapidamente inovações organizacionais, em comparação com aqueles em início de carreira, que ainda estão em processo de consolidação técnica, e também em relação aos profissionais mais idosos, que podem apoiar-se predominantemente na experiência acumulada.

Uma associação encontrada, que empiricamente pode ser compreendida, foi a percepção dentre os profissionais com maior conhecimento de que as reuniões do matriciamento não apresentaram impacto negativo sobre o andamento da unidade, haja vista que aqueles que percebem os benefícios tendem a valorizar mais a atividade do matriciamento. Outra relação significativa compreensiva, foi encontrada no grupo com maior conhecimento e a percepção do auxílio das reuniões no cuidado às pessoas com sofrimento ou transtornos mentais, ficando claro o alcançar do objetivo técnico-pedagógico do apoio matricial.

Dentre os achados do nosso estudo, uma robusta associação entre a percepção de eficácia do matriciamento e o conhecimento sobre os atores fundamentais ao processo foi encontrada, traduzindo que quanto mais um profissional compreende os elementos constitutivos do apoio matricial, como a lógica interdisciplinar, os instrumentos e objetivos, maior a probabilidade do servidor da AB vivenciar como uma proposta eficaz no cotidiano do cuidado. Esse fenômeno, de forma semelhante, foi encontrado por Fagundes, Campos e Forte (2021) quando analisaram os impactos do matriciamento sobre a qualidade do cuidado em saúde mental na AB.

A fraca tendência entre a eficácia do apoio matricial e a percepção de que as reuniões entre os profissionais do CAPS e AB têm objetivos que ultrapassam a simples passagem de casos, encontrada nesta pesquisa, serve como impulso à reflexão sobre quais as formas que os matriciadores estão tendo na condução das reuniões.

Sobre a importante interrelação entre conhecimento e eficácia percebida encontrada em nossos dados, uma explicação é que as dimensões de saber e eficácia não operem de maneira estanque, mas se estruturam de forma dinâmica, promovendo uma retroalimentação no interior do processo de trabalho. Assim a maior compreensão da função do matriciamento, gera uma maior possibilidade de sua aplicação coerente de seus princípios, produzindo experiências percebidas como eficazes. Nessa perspectiva, eficácia não é apenas resultado, mas também condição formativa: aprende-se porque a prática produz sentido, e a prática se qualifica porque o saber se amplia.

A visitação das narrativas dos participantes desenvolvidas nas questões semiestruturadas proporcionou um ultrapassar da dimensão meramente descritiva dos dados quantitativos, que delimitam frequências e associações, adentrando o campo dos sentidos, percepções e experiências vividas dos sujeitos.

O posicionamento expresso pela categoria “inclui ou exclui a si próprio do cuidado” evidencia que a participação no cuidado de pessoas com demandas em saúde mental não decorre automaticamente do papel ou da função exercida pelo profissional, tampouco do modelo organizacional da equipe, mas de disposições de outra ordem. Tal constatação encontra sustentação no fato de que, ao se explorar as respostas acerca da própria participação dos servidores, esta mostrou-se independente da existência ou não de matriciamento na unidade, deslocando o debate

para o campo da eficácia percebida e do conhecimento sobre o tema, conforme evidenciado nas associações encontradas. Para Campos e Domitti (2007), o apoio matricial organiza-se como arranjo voltado à ampliação da clínica mediante corresponsabilização; entretanto, à luz dos resultados aqui apresentados, essa ampliação parece depender da internalização simbólica do modelo de cuidado ampliado.

No discurso de um cuidado estruturado pela classe profissional, seja da área “psi” ou médica, questões epistemológicas devem ser levantadas a respeito dos posicionamentos dentre saberes, em especial sobre os modelos introjetados do cuidado médico centrado, fenômeno esse ainda muito potente na população e, por conseguinte, nos profissionais. Silva e Trad (2005) já apontavam que o modelo biomédico, centrado na figura do médico e na intervenção prescritiva, permanece como referencial dominante nas práticas e representações sobre cuidado.

Na abordagem sobre a participação dos profissionais no cuidado em saúde mental, discursos sobre a importância das vinculações relacionais permearam de forma importante os discursos, evocando acolhimento, escuta, vínculo e conhecimento do contexto social e familiar como eixos centrais da contribuição. Entretanto, ao verificarmos, nem sempre se explicita nestas contribuições a construção de um PTS ou mesmo uma pactuação interprofissional, o que pode trazer indícios de que a potência relacional nem sempre indica a estruturação de uma clínica ampliada.

Sobre atuar no acompanhamento, monitoramento e orientação, as respostas podem ser compreendidas como componentes de uma lógica longitudinal e de corresponsabilização, porém, certa ambiguidade deve ser considerada, no caso das afirmações se dissociarem do uso dos espaços institucionais das discussões compartilhadas conceitualmente ocupada pelo matriciamento. Na ampliação de uma possível compreensão da associação significativa encontrada entre percepção de eficácia do matriciamento e a participação efetiva nas reuniões, nos permite inferir que o acompanhamento adquire densidade clínica somente quando articulado ao dispositivo coletivo.

Sobre as propostas de ações colaborativas dentre os múltiplos saberes, de mesma forma sugeriram a internalização discursiva de colaboração, no entanto dados de revisão contrapõem a efetividade de ações transdisciplinares, demonstrando que a colaboração efetiva exige clareza de papéis (Reeves *et al.*, 2017).

Na categoria “identificação e encaminhamento”, o papel participativo no cuidado do profissional da APS de ser o elo entre território e rede fica representado, porém certa contradição de uma atuação de responsabilidade compartilhada desaparece, retomando a lógica delegatória. Deste contexto, a lógica de passagem de casos fica fortalecida, situação essa insinuada nos dados quantitativos desta pesquisa.

Os questionamentos se aprofundam considerando as narrativas de impedimentos. O posicionamento das barreiras por falta de conhecimento e capacitação remete exatamente à potência do matriciamento. Campos e Domitti (2007) e Chiaverini *et al.* (2011) nos evidenciam a função do matriciamento de promover aprendizagem no cotidiano do trabalho, promovendo ampliação da clínica instrumentalizada e pautada na troca de saberes.

Considerando os resultados desta investigação, inferências de que um matriciamento não consolidado não minimiza a sensação de despreparo por parte do profissional, ainda que, burocraticamente, se tenha afirmado ocorrer matriciamento na unidade. Quando consideramos de forma conjugada os dados quantitativos e as narrativas de impedimento por falta de conhecimento, uma reflexão se impõe: somente um apoio matricial estruturado, pautado nos princípios da EPS, poderá vencer essas dificuldades narradas. A eficácia do matriciamento não é apenas informacional, mas sim, de promover trocas sistemáticas e uma construção de saber coletivo, proporcionando, somente desta forma, aos atores da AB uma sensação de segurança clínica.

As evidências da necessidade de um matriciamento estruturado e adequadamente conduzido já demonstraram sua relevância, considerando as questões previamente articuladas. Contudo, com igual impacto para a saúde pública, propomos destacar o poder transformador da capacitação e do aprofundamento do conhecimento no que se refere à subjetividade do risco. A literatura oferece arcabouço teórico para sustentar essa perspectiva, como exemplificado nas pesquisas de Moro e Rocha (2022) e de Carneiro *et al.* (2022), que exploram de maneira inequívoca a articulação entre estigma e processos formativos, evidenciando a centralidade dessa dimensão na qualificação do cuidado.

Desta forma, as narrativas que, como impedimento, evocaram ameaça, risco de vida, violência ou imprevisibilidade, revelaram significados de que o indivíduo com

sofrimento psíquico permanece, em alguma medida, ainda traz consigo imaginários sociais historicamente construídos de periculosidade.

O impacto destas representações, quando transpassam profissionais de saúde, produz efeitos concretos na prática clínica, acarretando retração, delegação precoce do cuidado e distanciamento emocional.

Quando consideramos o contexto do profissional da AB em que, diferentemente do especialista, é impelido a lidar com o sofrimento psíquico inserido no território, muitas vezes acrescido de situações marcadas por vulnerabilidade social, essa interseção ganha relevância adicional. Na ausência de suporte institucional e de espaços reflexivos, o medo e a insegurança florescem, reforçando a tendência ao encaminhamento como estratégia de autoproteção. Tendo como ponto de partida o baixo suporte ao profissional da AB, podemos relacionar e compreender os resultados sobre a tendência de alguns profissionais enxergarem o matriciamento como mecanismo de passagem de casos como uma forma de transferência de responsabilidade.

Sobre as afirmações de impedimentos à participação no cuidado do munícipe por problemas burocráticos, como falta de recursos e a dificuldade de uma real construção da rede entre os serviços, provaram que, embora o matriciamento possa mitigar a falta de comunicação entre os profissionais, sozinho não constitui uma solução completa à problemática do cuidado em saúde mental. Para a efetiva qualificação do cuidado ao sujeito com sofrimento ou transtorno mental, uma disposição nas instâncias gerencias da municipalidade, fazem-se necessárias.

Por fim, verificou-se que mesmo nos relatos que negaram impedimentos, limitações organizacionais foram narradas, sugerindo haver uma naturalização da precariedade, o que dificulta a postura crítica sobre a problematização, e mais, levantam barreiras a uma transformação das práxis.

## 6. CONCLUSÃO

A partir desta investigação, distintas formas de organização do matriciamento foram identificadas. Fica evidente que o apoio matricial na AB da Baixada Santista constitui-se de modo heterogêneo, não apenas como dispositivo formalmente instituído, mas principalmente como prática cuja efetividade depende da articulação entre organização do trabalho, compreensão conceitual e adesão subjetiva dos profissionais. Ao caracterizar o perfil socioepidemiológico dos servidores, a organização das unidades e as formas de ocorrência do matriciamento, tornou possível situar o fenômeno em seu contexto concreto, evidenciando que sua existência declarada não se traduz, necessariamente, em consolidação prática.

Os dados indicaram que o conhecimento acerca do matriciamento associa-se de modo consistente à percepção de sua eficácia. Profissionais que se reconhecem como atores ativos na produção do saber demonstraram também uma maior compreensão dos objetivos e princípios do matriciamento e, por conseguinte, tenderam a reconhecê-lo como instrumento resolutivo e de qualificação do cuidado, enquanto a compreensão parcial favorece a visão reducionista a uma lógica de encaminhamentos. A relação entre maior saber e eficácia sugeriu que estas instâncias operam sob uma dinâmica de retroalimentação: a apropriação conceitual amplia a possibilidade de aplicação coerente do dispositivo, e experiências percebidas como exitosas reforçam o investimento cognitivo e simbólico no modelo. Ainda que a literatura careça de estudos quantitativos específicos sobre o conhecimento do matriciamento, o que limitou comparações mais robustas dos achados desta pesquisa com o conhecimento científico, nossa proposta de contribuir para diminuir essa lacuna, oferecendo evidências empíricas sobre a centralidade da dimensão formativa, mesmo que em parte, foi atingida.

Um aprofundamento dessa compreensão pode ser atingido pela análise qualitativa, em especial ao revelar que a participação no cuidado em saúde mental não decorre automaticamente do cargo ou do modelo organizacional, mas da internalização de um paradigma de clínica ampliada. A categoria que expressou a inclusão ou exclusão de si própria do cuidado demonstrou que o matriciamento, quando não compreendido em sua dimensão corresponsabilizadora, não altera substancialmente a posição subjetiva do profissional diante do sofrimento psíquico.

A persistência de representações do risco, imprevisibilidade e o comportamento de delegação ao especialista revelaram que para uma transformação nas práticas, mais do que a existência formal de reuniões, requer a promoção de elaboração crítica, suporte institucional e espaços permanentes de reflexão.

As narrativas de impedimento por falta de capacitação evidenciam que um matriciamento burocratizado não é suficiente para produzir segurança clínica. Encontros desvinculados dos princípios da EPS perdem sua potência pedagógica e não se mostram efetivos no enfrentamento do despreparo referido pelos trabalhadores. Paralelamente, a tendência de parte dos profissionais compreender o matriciamento como mecanismo de passagem de casos parece relacionar-se tanto à fragilidade formativa quanto às condições organizacionais e gerenciais que atravessam o cotidiano da AB.

Os apontamentos de limitações estruturais, dificuldades de articulação em rede e naturalização da precariedade configuraram obstáculos que extrapolam a esfera individual, e até mesmo as possibilidades de transformação propostas pelo efetivo matriciamento, anunciando que para certas mudanças um compromisso das instâncias de gestão seria necessário.

A explicitação das limitações deste estudo é necessária. O delineamento transversal restringiu a formulação de inferências causais, ao passo que o uso de instrumento autorreferido pode predispor distorções. A ausência de observação direta das práticas restringiu ainda mais a análise à percepção dos participantes.

Outra limitação encontrada refere-se à escassez de investigações quantitativas sobre conhecimento de matriciamento, o que trouxe dificuldade para comparações mais amplas com a produção científica nacional.

Ademais, a não inclusão das perspectivas dos matriciadores e das equipes dos CAPS limitou a uma compreensão ampla a respeito do processo de implantação e fortalecimento do matriciamento. Investigações futuras que explorem as visões desses atores estratégicos poderão ampliar o entendimento das tensões, expectativas e desafios envolvidos na condução do apoio matricial, assim como estudos longitudinais poderão avaliar impactos mais consistentes sobre a resolutividade e os desfechos assistenciais.

Apesar dessas limitações apresentadas, os resultados desta pesquisa trazem contribuições relevantes à Saúde Pública ao demonstrar que a consolidação do

matriciamento depende de investimento estruturado em formação, regularidade organizacional e clareza de objetivos.

Ao evidenciar a relação entre conhecimento e eficácia percebida, impõe-se a necessidade de fortalecer os princípios defendidos pelo matriciamento, que obrigatoriamente se integram às políticas de EPS, e com isso permitir que o apoio matricial cumpra com sua proposta de ser um dispositivo formativo contínuo.

Os relatos da visão com estigmas e de inseguranças no cuidado apontam para a urgência de estratégias de enfrentamento, não apenas de déficits técnicos, mas também de dimensões simbólicas e culturais do trabalho em saúde mental.

Na essência do matriciamento estão presentes as doutrinas do SUS: tal qual a territorialização do cuidado ao ancorá-lo na realidade concreta das equipes; reforça a universalidade ao qualificar o acesso às demandas de saúde mental na porta de entrada do sistema; promove integralidade ao articular saberes voltados a um cuidado integral; expressa a descentralização ao fortalecer a capacidade resolutiva local; e amplia a resolutividade ao evitar fragmentações desnecessárias.

Ao dialogar com os fundamentos da Reforma Sanitária, reafirma o projeto de um sistema público comprometido com justiça social e democratização do cuidado, e ao se alinhar aos princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira, desloca o eixo do hospital para o território, do isolamento para a rede, da tutela para a corresponsabilização. E, ao se estruturar segundo os princípios da Educação Permanente em Saúde, transforma-se em espaço privilegiado de produção coletiva de saber e de reconfiguração das práticas.

Por fim, pode-se concluir que o matriciamento não deve ser compreendido como mera estratégia organizacional, mas como dispositivo ético-político capaz de produzir mudanças substantivas, conduzindo a Atenção Básica a configurar-se mais próxima aos modelos da Atenção Primária à Saúde. Sua consolidação implica não apenas normatização, mas transformação cultural, investimento formativo e fortalecimento institucional.

Fortalecer o matriciamento é, em última instância, fortalecer o próprio projeto do SUS, mantendo viva a articulação entre seus fundamentos históricos e as exigências contemporâneas do cuidado em saúde mental.

## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA

- ALTMAN, D. G. Statistics and ethics in medical research: III How large a sample? *BMJ*, , vol. 281, nº 6251, p. 1336–1338, 15 nov. 1980. <https://doi.org/10.1136/bmj.281.6251.1336>.
- ALVES, D. S. N.; SILVA, P. R. F. da; COSTA, N. do R. Advances and challenges of psychiatric reform in Brazil 22 years after the Caracas declaration. *Medwave*, , vol. 12, nº 10, p. e5545–e5545, 1 dez. 2012. <https://doi.org/10.5867/medwave.2012.10.5545>.
- AMARANTE, P.; NUNES, M. de O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciência & Saúde Coletiva*, , vol. 23, nº 6, p. 2067–2074, jun. 2018. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>.
- ANDREOLI, S. B.; RONCHETTI, S. de S. B.; MIRANDA, A. L. P. de; BEZERRA, C. R. M.; MAGALHÃES, C. C. P. de B.; MARTIN, D.; PINTO, R. M. F. Utilização dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) na cidade de Santos, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, , vol. 20, nº 3, p. 836–844, jun. 2004. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000300021>.
- ANVERSA, A. C.; PONTE, A. S.; MACHADO, M. de A.; FEDOSSE, E. Avaliação do cuidado às condições crônicas de saúde: a perspectiva do usuário. *Research, Society and Development*, , vol. 9, nº 4, p. e01942777, 17 mar. 2020. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i4.2777>.
- ANVERSA, E. T. R.; BASTOS, G. A. N.; NUNES, L. N.; DAL PIZZOL, T. da S. Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, , vol. 28, nº 4, p. 789–800, abr. 2012. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000400018>.
- ATHIÉ, K.; FORTES, S.; DELGADO, P. G. G. Matriciamento em saúde mental na Atenção Primária: uma revisão crítica (2000-2010). *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, , vol. 8, nº 26, p. 64–74, 13 fev. 2013. [https://doi.org/10.5712/rbmfc8\(26\)536](https://doi.org/10.5712/rbmfc8(26)536).
- BASAGLIA, F. A instituição negada : relato de um hospital psiquiátrico. 3ª Ed. Rio de Janeiro: Graal, 2001.
- BISPO, J. P.; SERAPIONI, M. Community participation: Lessons and challenges of the 30 years of health councils in Brazil. *Journal of Global Health*, , vol. 11, p. 03061, 27 mar. 2021. <https://doi.org/10.7189/jogh.11.03061>.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF, Brasil: , . Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acessado: 31 out. 2025.

- BRASIL. Humaniza SUS : clínica ampliada e compartilhada. Brasília - DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS, 2009. 64 p.
- BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Presidência da República. Brasil: , .
- BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001: Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF, Brasil: Diário Oficial da União, . Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm). Acessado: 14 out. 2025.
- BRASIL. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília, DF: , .
- BRASIL. PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017. Brasília, DF: , . Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html).
- BRASIL; CNS. Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: , . Disponível em: <https://repositorio.bvspovosindigenas.fiocruz.br/items/822ceaa7-9a51-453c-a85c-5f2fe5986f12>. Acessado: 5 nov. 2025.
- BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diário Oficial da União. Brasil: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>, .
- BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Diário Oficial da União. Brasil: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>, .
- BRAUN, V.; CLARKE, V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, , vol. 3, nº 2, p. 77–101, 2006. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>.
- BRUNELLI, B.; GUSSO, G. D. F.; SANTOS, I. S.; BENSEÑOR, I. J. M. Avaliação da presença e extensão dos atributos de atenção primária em dois modelos coexistentes na rede básica de saúde do Município de São Paulo. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, , vol. 11, nº 38, p. 1–12, 17 ago. 2016. [https://doi.org/10.5712/rbmfc11\(38\)1241](https://doi.org/10.5712/rbmfc11(38)1241).
- BRUTSCHER, V. J.; CRUZ, P. J. S. C. Participação social na perspectiva da educação popular: suas especificidades e potencialidades na Atenção Primária à Saúde / Social participation from the perspective... *Cadernos CIMEAC*, , vol. 10, nº 1, p. 126–152, 16 jul. 2020. <https://doi.org/10.18554/cimeac.v10i1.4117>.

- CALLEGARI-JACQUES, S. M. Bioestatística: princípios e aplicações. 3ª. Porto Alegre: Artmed, 2023.
- CAMPOS, G. W. de S. SUS: o que e como fazer? *Ciência & Saúde Coletiva*, , vol. 23, nº 6, p. 1707–1714, jun. 2018. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05582018>.
- CAMPOS, G. W. de S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, , vol. 23, nº 2, p. 399–407, fev. 2007. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200016>.
- CARNEIRO, M. P.; VERAS, L. M.; FERNANDES, C. S. G. V.; VIEIRA, M. C. de S.; RIOS, G. B. de M.; COSTA, L. B. Avaliação de uma capacitação de profissionais da atenção primária objetivando a redução de estigma aos transtornos mentais. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, , vol. 17, nº 44, p. 2766, 6 jun. 2022. DOI: 10.5712/rbmfc17(44)2766. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2766>.
- CARVALHO DE ALENCAR SILVA, L. J.; VIEIRA DE ARAUJO, A. C.; DE VASCONCELOS, N. L.; NOBREGA PAIVA, C. B.; PIRES, C. A. A contribuição do apoiador matricial na superação do modelo psiquiátrico tradicional. *Psicologia em Estudo*, , vol. 24, 12 dez. 2019. <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v24i0.44107>.
- CASTELO BRANCO, A. B. de A.; BOSI, M. L. M. Integralidade e humanização em saúde mental: experiências de usuários em dois centros de atenção psicossocial. *Cadernos Saúde Coletiva*, , vol. 22, nº 2, p. 221–222, jun. 2014. <https://doi.org/10.1590/1414-462X201400020018>.
- CASTRO, M. C.; MASSUDA, A.; ALMEIDA, G.; MENEZES-FILHO, N. A.; ANDRADE, M. V.; DE SOUZA NORONHA, K. V. M.; ROCHA, R.; MACINKO, J.; HONE, T.; TASCA, R.; GIOVANELLA, L.; MALIK, A. M.; WERNECK, H.; FACHINI, L. A.; ATUN, R. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. *The Lancet*, , vol. 394, nº 10195, p. 345–356, 27 jul. 2019. DOI: 10.1016/S0140-6736(19)31243-7. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31243-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31243-7).
- CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, , vol. 9, nº 16, p. 161–168, fev. 2005. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832005000100013>.
- CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, , vol. 14, nº 1, p. 41–65, jun. 2004. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312004000100004>.

- CHIAVERINI, D. H. (Org. ); GONÇALVES, D. A.; BALLESTER, D.; TÓFOLI, L. F.; CHAZAN, L. F.; ALMEIDA, N.; FORTES, S. Matriciamento Saúde Mental em. Brasília, DF: 2011, 2011.
- COSTA, L. T. da C.; SOARES, R. C. Planos de Saúde, interesses no Poder Legislativo e Ameaças ao Direito Público. *SER Social*, , vol. 22, nº 46, p. 54–71, 27 jan. 2020. [https://doi.org/10.26512/ser\\_social.v22i46.25486](https://doi.org/10.26512/ser_social.v22i46.25486).
- COSTA, M. I. S.; LOTTA, G. S. De “doentes mentais” a “cidadãos”: análise histórica da construção das categorias políticas na saúde mental no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, , vol. 26, nº suppl 2, p. 3467–3479, 2021. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.2.22712019>.
- CUNHA, C. R. H. da; HARZHEIM, E.; MEDEIROS, O. L. de; D’AVILA, O. P.; MARTINS, C.; WOLLMANN, L.; FALLER, L. de A. Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde: garantia de integralidade nas Equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, , vol. 25, nº 4, p. 1313–1326, abr. 2020. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.31862019>.
- D’AVILA, C.; FARIAS, Glauce. David Capistrano e o fim dos manicômios. 2025. Site do Observatório História e Saúde – COC/Fiocruz.
- DE CARLI, P.; ALLEBRANDT, S. L.; MUELLER, A. A. Construção da política de saúde no Brasil: uma análise sócio-histórica. *Interações*, , vol. 25, nº 4, p. e2544313, 18 dez. 2024. Disponível em: <https://www.interacoes.ucdb.br/interacoes/article/view/4313>.
- DE SOUZA, R. B. Participação Social e Governança Local: O papel estratégico dos Conselhos Municipais de Saúde no contexto do SUS. *LUMEN ET VIRTUS*, , vol. 16, nº 50, p. 8647–8664, 10 jul. 2025. <https://doi.org/10.56238/levv16n50-045>.
- DIAZ, F. S. Os Movimentos Sociais na Reforma Psiquiátrica: O “Novo” na História da Psiquiatria do Brasil. 2008. 341 f. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2008. .
- ESCOREL, S. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. : Editora FIOCRUZ, 2012. p. 323–363. <https://doi.org/10.7476/9788575413494.0014>.
- ESCOREL, S.; GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. de; SENNA, M. de C. M. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, , vol. 21, nº 2–3, p. 206, mar. 2007. DOI: 10.1590/S1020-49892007000200011. Disponível em: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49892007000200011&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892007000200011&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt).

- FAGUNDES, G. S.; CAMPOS, M. R.; FORTES, S. L. C. L. Matrix support in mental health: Analysis of care provided to people in psychic distress in primary care. *Ciencia e Saude Coletiva*, , vol. 26, nº 6, p. 2311–2322, 2021. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.20032019>.
- FERREIRA, M. S. G.; ANDERSON, M. I. P. Sobrecarga de trabalho e estresse. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, , vol. 15, nº 42, p. 2188, 24 jul. 2020. [https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)2188](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2188).
- FLEURY, S. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. *Ciência & Saúde Coletiva*, , vol. 14, nº 3, p. 743–752, jun. 2009. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000300010>.
- FOOT, J. Franco Basaglia and the radical psychiatry movement in Italy, 1961–78. *Critical and Radical Social Work*, Bristol, UK, vol. 2, nº 2, p. 235–249, 2014. DOI: 10.1332/204986014X14002292074708. Disponível em: <https://bristoluniversitypressdigital.com/view/journals/crsw/2/2/article-p235.xml>.
- FOUCAULT, Michel. A arqueologia do saber. Tradutor: Luiz Felipe Baeta Neves. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008. 236 p.
- FRANCISCO JÚNIOR, I. B. Direitos Sociais e Políticas Públicas: Prevenção e Tratamento de AIDS e Saúde Mental na Cidade de Santos – SP. *Revista da Faculdade de Direito da UFMG*, , vol. 70, 15 fev. 2018. DOI: 10.12818/P.0304-2340.2017V70P411. Disponível em: <https://www.direito.ufmg.br/revista/index.php/revista/article/view/1856/1759>.
- GAMA, C. A. P. da; LOURENÇO, R. F.; COELHO, V. A. A.; CAMPOS, C. G.; GUIMARÃES, D. A. Os profissionais da Atenção Primária à Saúde diante das demandas de Saúde Mental: perspectivas e desafios. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, , vol. 25, 2021. <https://doi.org/10.1590/interface.200438>.
- GIOVANELLA, Lígia; FRANCO, C. M.; ALMEIDA, P. F. de. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? *Ciência & Saúde Coletiva*, , vol. 25, nº 4, p. 1475–1482, abr. 2020. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01842020>.
- GIOVANELLA, Lígia; MENDONÇA, M. H. M. de; BUSS, P. M.; FLEURY, S.; GADELHA, C. A. G.; GALVÃO, L. A. C.; SANTOS, R. F. dos. De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. *Cadernos de Saúde Pública*, , vol. 35, nº 3, 2019. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00012219>.
- GODOI, G.; ALVES, M. C. Contradições e potências da Reforma Sanitária: análise crítica do período 1960-2018. *SER Social*, , vol. 25, nº 53, 31 jul. 2023. [https://doi.org/10.26512/ser\\_social.v25i53.47702](https://doi.org/10.26512/ser_social.v25i53.47702).

- GODOI, L. Apoio Matricial como Ferramenta da Articulação entre Atenção Básica e CAPS. 2020. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2020. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6143/tde-24092020-121915/pt-br.php>. Acessado: 6 nov. 2025.
- GODOI, S. Apoio Matricial como Ferramenta da Articulação entre Atenção Básica e CAPS. 2020. Dissertação de Mestrado – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2020. Disponível em: [chrome-extension://efaidnbnmnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6143/tde-24092020-121915/publico/GodoiLPS\\_MTR\\_O.pdf?utm\\_source=consensus](chrome-extension://efaidnbnmnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6143/tde-24092020-121915/publico/GodoiLPS_MTR_O.pdf?utm_source=consensus). Acessado: 30 nov. 2025.
- GOFFMAN, Erving. Manicômios, prisões e conventos. Tradutor: Dante Moreira. Leite. 1ª. : Perspectiva, 3 dez. 2020. 320 p.
- GOMES, C. B. e S.; GUTIÉRREZ, A. C.; SORANZ, D. Política Nacional de Atenção Básica de 2017: análise da composição das equipes e cobertura nacional da Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, , vol. 25, nº 4, p. 1327–1338, abr. 2020. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.31512019>.
- GOUVEIA, A. O. de; PAES, C. L. de A.; SANTOS, V. R. C. dos; FERREIRA, I. P. Matriciamento em saúde mental na atenção primária: Uma revisão integrativa da literatura. *Research, Society and Development*, , vol. 10, nº 5, p. e26610514483, 6 maio 2021. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i5.14483>.
- GUATTARI, F. *Psicanálise e Transversalidade: Ensaio de Análise Institucional*. 1ª Edição. Campinas: Editora Ideias e Letras, 2004.
- HARZHEIM, E.; MARTINS JOSÉ DOS SANTOS, C.; PEREIRA D'AVILA, O.; WOLLMANN, L.; PINTO, L. F. Bases para a Reforma da Atenção Primária à Saúde no Brasil em 2019: mudanças estruturantes após 25 anos do Programa de Saúde da Família. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, , vol. 15, nº 42, p. 2354, 24 abr. 2020. DOI: 10.5712/rbmfc15(42)2354. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2354>.
- IGLESIAS, A.; BELOTTI, M.; AVELLAR, L. Z. MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL: Concepções, mudanças e dificuldades de profissionais da atenção básica. *Psicologia e Saúde em Debate*, , vol. 10, nº 1, p. 191–208, 5 mar. 2024. <https://doi.org/10.22289/2446-922x.v10n1a12>.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. [https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/indicadores.html?localidade=N33\[3548500\]&tema=1](https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/indicadores.html?localidade=N33[3548500]&tema=1). 2022. População na Concentração Urbana de Santos.

- KINOSHITA, R. T. Saúde Mental e a Antipsiquiatria em Santos: vinte anos depois. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health*, , vol. 1, nº 1, p. 223–231, 11 ago. 2011. DOI: 10.5007/cbsm.v1i1.68443. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/68443>.
- KODA, M. Y.; FERNANDES, M. I. A. A reforma psiquiátrica e a constituição de práticas substitutivas em saúde mental: uma leitura institucional sobre a experiência de um núcleo de atenção psicossocial. *Cadernos de Saúde Pública*, , vol. 23, nº 6, p. 1455–1461, jun. 2007. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000600020>.
- LIMA, M. C.; GONÇALVES, T. R. Apoio matricial como estratégia de ordenação do cuidado em saúde mental. *Trabalho, Educação e Saúde*, , vol. 18, nº 1, 2020. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00232>.
- MACHADO, C. V. Democracia, cidadania e saúde no Brasil desafios para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS). *Ciência & Saúde Coletiva*, , vol. 29 (7), jul. 2024. <https://doi.org/10.1590/1413-81232024297.02192024>.
- MACHADO, C. V.; SILVA, G. A. e. Political struggles for a universal health system in Brazil: successes and limits in the reduction of inequalities. *Globalization and Health*, , vol. 15, nº S1, p. 77, 28 nov. 2019. <https://doi.org/10.1186/s12992-019-0523-5>.
- MAIA, L. R.; CASTANHEIRA, D.; CAMPOS, M. R. Austeridade fiscal e gastos municipais em saúde: estudo de séries temporais interrompidas. *Revista de Saúde Pública*, , vol. 58, nº 1, p. 42, 16 set. 2024. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2024058005772>.
- MANGINI, F. N. R.; KOCOUREK, S.; MORSCH, C. A construção de uma rede intersetorial de cuidados em saúde mental (The construction of an intersectoral network for mental health care). *Emancipacao*, , vol. 19, nº 2, p. 1–14, 2019. <https://doi.org/10.5212/emancipacao.v.19i2.0008>.
- MARINHO, M. R.; SILVA NETO, P. K.; MATA, L. R. F. da; CUNHA, I. P. da; PESSALACIA, J. D. R. Perfil dos trabalhadores da Atenção Primária à Saúde e proteção de riscos ocupacionais na pandemia da Covid-19 no Brasil. *Trabalho, Educação e Saúde*, , vol. 20, 2022. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs375>.
- MARTINS RIBEIRO, A.; MIRANDA LAGO, V.; SILVEIRA TOLENTINO JÚNIOR, D.; SILENE LOPES DE SOUZA ALBUQUERQUE, K. Effectiveness of the Family Health Strategy in Bahia. *Health and Society*, , vol. 2, nº 05, p. 86–116, 6 nov. 2022. <https://doi.org/10.51249/hs.v2i05.994>.

- MASSUDA, A.; HONE, T.; LELES, F. A. G.; DE CASTRO, M. C.; ATUN, R. The Brazilian health system at crossroads: progress, crisis and resilience. *BMJ Global Health*, , vol. 3, nº 4, p. e000829, 3 jul. 2018. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2018-000829>.
- MELO DE OLIVEIRA, E.; MELO PEREIRA, D. L.; CARDOZO DE AQUINO, D. M.; CARVALHAL FRAZÃO CORRÊA, R. da G.; TAVARES PALMEIRA ROLIM, I. L.; CARNEIRO ALVES DE OLIVEIRA, B. L.; COSTA RABELO, P. P. A Estratégia de Saúde da Família e suas contribuições para a eficácia dos serviços na Atenção Primária à Saúde. *Saúde Coletiva (Barueri)*, , vol. 13, nº 88, p. 13165–13176, 19 dez. 2023. DOI: 10.36489/saudecoletiva.2023v13i88p13165-13176. Disponível em: <https://revistasaudecoletiva.com.br/index.php/saudecoletiva/article/view/3130>.
- MORAES, A. G. G.; MORAES, J. G.; IDE, L. K.; JESUS, C. S. de; MIRANDA, M. G. de; LOPES, A. J. Reflexões do neoliberalismo frente ao Sistema Único de Saúde. *CIÊNCIA MÉDICA DESCOBERTAS CIENTÍFICAS PARA UMA SAÚDE TRANSFORMADORA*. : Seven Editora, 22 set. 2023. <https://doi.org/10.56238/ciemedsaude-trans-021>.
- MORAES, S. de Q.; SANTOS, A. C. B.; FERMINO, R. C.; RECH, C. R. Aconselhamento para atividade física realizado por profissionais da Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, , vol. 27, nº 9, p. 3603–3614, set. 2022. <https://doi.org/10.1590/1413-81232022279.20192021>.
- MORAIS, H. M. M. de; ALBUQUERQUE, M. do S. V. de; OLIVEIRA, R. S. de; CAZUZU, A. K. I.; SILVA, N. A. F. da. Organizações Sociais da Saúde: uma expressão fenomênica da privatização da saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, , vol. 34, nº 1, 5 fev. 2018. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00194916>.
- MORO, L. M.; ROCHA, K. B. Mental Health Stigma Associated Among Professionals of Primary Health Care. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, , vol. 32, 2022. DOI: 10.1590/1982-4327e3214. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-863X2022000100504&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2022000100504&tlng=en).
- NICÁCIO, F.; CAMPOS, G. W. de S. A complexidade da atenção às situações de crise: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de práticas inovadoras em saúde mental. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, , vol. 15, nº 2, 1 ago. 2004. <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v15i2p71-81>.
- NICÁCIO, F.; CAMPOS, G. W. de S. Instituições de “portas abertas”: novas relações usuários-equipes-contextos na atenção em saúde mental de base comunitária/territorial. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, , vol. 16, nº 1, 1 abr. 2005. <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v16i1p40-46>.

- NUNES, E. D. Saúde coletiva: história de uma idéia e de um conceito. *Saúde e Sociedade*, , vol. 3, nº 2, p. 5–21, dez. 1994. <https://doi.org/10.1590/S0104-12901994000200002>.
- OLIVEIRA, M. P. R. de; MENEZES, I. H. C. F.; SOUSA, L. M. de; PEIXOTO, M. do R. G. Formação e Qualificação de Profissionais de Saúde: Fatores Associados à Qualidade da Atenção Primária. *Revista Brasileira de Educação Médica*, , vol. 40, nº 4, p. 547–559, dez. 2016. DOI: 10.1590/1981-52712015v40n4e02492014. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-55022016000400547&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022016000400547&lng=pt&tlng=pt).
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Declaração de Caracas. Caracas: , . Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao\\_caracas.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_caracas.pdf). Acessado: 14 out. 2025.
- PAIM, J. O que é o SUS. : Editora FIOCRUZ, 2009. <https://doi.org/10.7476/9788575413425>.
- PAIM, J. S. Direito à saúde, cidadania e Estado. Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.
- PAIM, J. S. Reforma sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. : Editora FIOCRUZ, 2008. <https://doi.org/10.7476/9788575413593>.
- PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. *Ciência & Saúde Coletiva*, , vol. 23, nº 6, p. 1723–1728, jun. 2018. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018>.
- PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, , vol. 21, nº 1, p. 15–36, mar. 2014. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702014000100002>.
- PEREIRA, I. V. S.; ROCHA, M. de J. L.; DA SILVA, V. M.; CALDEIRA, A. P. Morbidade autorreferida por trabalhadores das equipes de saúde da família. *Ciencia e Saude Coletiva*, , vol. 19, nº 2, p. 461–468, fev. 2014. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014192.16952012>.
- PEREIRA, S. L. B.; MAIA, J. B. D. Avanços e Desafios para Implementação da Rede de Atenção Psicossocial em um Município de Médio Porte. *Revista FSA*, , vol. 5, nº 4, p. 246–262, 1 jul. 2018. <https://doi.org/10.12819/2018.15.4.13>.
- PITTA, A. M. F. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, , vol. 16, nº 12, p. 4579–4589, dez. 2011. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001300002>.

- PURAS, D.; GOODING, P. Mental health and human rights in the 21st century. *World Psychiatry*, , vol. 18, nº 1, p. 42–43, 2 fev. 2019. <https://doi.org/10.1002/wps.20599>.
- REEVES, S.; PELONE, F.; HARRISON, R.; GOLDMAN, J.; ZWARENSTEIN, M. Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, , vol. 2018, nº 8, 22 jun. 2017. DOI: 10.1002/14651858.CD000072.pub3. Disponível em: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD000072.pub3>.
- RIGOTTI, D. G.; SACARDO, D. P. Apoio Matricial e Produção de Autonomia no Trabalho em Saúde. *Revista Psicologia e Saúde*, , p. 33–46, 8 dez. 2020. <https://doi.org/10.20435/pssa.vi.1078>.
- SANTOS, C. C. de A.; GOMES, N. R.; SANTOS, K. O. B.; MEDEIROS, A. M. de. Assessment of psychosocial aspects of work in Brazil in the context of worker health: a scoping review. *Revista Brasileira de Saude Ocupacional*, , vol. 49, 2024. <https://doi.org/10.1590/2317-6369/38122pt2024v49e9>.
- SANTOS, S. C. P. dos; CORTEZ, E. A.; VALENTE, G. S. C.; ASSAD, S. G. B. Educação permanente visando à integralidade do cuidado na rede de saúde mental. *Research, Society and Development*, , vol. 10, nº 1, p. e23810111648, 9 jan. 2021. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i1.11648>.
- SANTOS, S. G. dos. Atuação do enfermeiro na inclusão de ações de saúde mental na Estratégia Saúde da Família (ESF). *Brazilian Journal of Development*, , vol. 6, nº 10, p. 78308–78316, 2020. <https://doi.org/10.34117/bjdv6n10-308>.
- SANTOS, I. S.; UGÁ, M. A. D.; PORTO, S. M. O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, , vol. 13, nº 5, p. 1431–1440, out. 2008. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000500009>.
- SANTOS, I. S.; VIEIRA, F. S. Direito à saúde e austeridade fiscal: o caso brasileiro em perspectiva internacional. *Ciência & Saúde Coletiva*, , vol. 23, nº 7, p. 2303–2314, jul. 2018. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018237.09192018>.
- SANTOS, R. P. de O.; NUNES, J. A.; DIAS, N. G.; LISBOA, A. S.; ANTUNES, V. H.; PEREIRA, E. J.; BARBOSA, S. do N. Condições de trabalho na atenção primária à saúde na pandemia de COVID-19: um panorama sobre Brasil e Portugal. *Ciência & Saúde Coletiva*, , vol. 28, nº 10, p. 2979–2992, out. 2023. <https://doi.org/10.1590/1413-812320232810.10002023>.
- SAUERBRONN, F. F. Governança Pública em Saúde Pós-Reforma Gerencial no Brasil: Reconciliando Perspectivas para uma Análise Multinível. *Administração Pública e Gestão Social*, , vol. 1, nº 3, p. 148–158, 3 jul. 2017. <https://doi.org/10.21118/apgs.v1i3.1341>.

- SERAPIONI, M. Franco Basaglia: biografia de um revolucionário. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, , vol. 26, nº 4, p. 1169–1187, dez. 2019. <https://doi.org/10.1590/s0104-59702019000400008>.
- SILVA, D. C. M. da; DUBEUX, L. S. Matriciamento em saúde mental: a perspectiva dos profissionais de Centros de Atenção Psicossocial. *Saúde em Debate*, , vol. 49, nº 145, jun. 2025. <https://doi.org/10.1590/2358-289820251459800p>.
- SILVA, H. A. da; TEIXEIRA, Á. A. L.; MOTA, L. R.; SILVA, L. O.; OLIVEIRA, J. S.; GONÇALVES, L. C. da S.; VIEIRA, I. B.; BRITO, A. M.; EUGÊNIO, K. K.; GONÇALVES, A. S. L. Práticas de matriciamento em saúde mental desenvolvidas na atenção primária à saúde. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, , vol. 13, nº 5, p. e6954, 10 maio 2021. <https://doi.org/10.25248/reas.e6954.2021>.
- SILVA, I. Z. de Q. J.; TRAD, L. B. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. *Interface - Comunic, Saúde, Educ*, , vol. 16, nº 9, p. 25–38, fev. 2005.
- SILVA, N.; SOUSA, J. M.; NUNES, F. C.; FARINHA, M. G.; BEZERRA, A. L. Q. Desafios na operacionalização dos Projetos Terapêuticos Singulares nos Centros de Atenção Psicossocial. *Psicologia em Estudo*, , vol. 25, 9 nov. 2020. <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v25i0.49996>.
- SOUSA, M. A.; MEDEIROS, R. B. de. Educação Permanente em Saúde como estratégia de matriciamento em Saúde Mental. *Revista de APS*, , vol. 26, 18 jan. 2024. <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2023.v26.40910>.
- TOMASI, E.; FACCHINI, L. A.; PICCINI, R. X.; THUMÉ, E.; SILVEIRA, D. S. da; SIQUEIRA, F. V.; RODRIGUES, M. A.; PANIZ, V. V.; TEIXEIRA, V. A. Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, , vol. 24, nº suppl 1, p. s193–s201, 2008. DOI: 10.1590/S0102-311X2008001300023. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2008001300023&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300023&lng=pt&tlng=pt).
- VIEIRA, F. S. Judicialização e direito à saúde no Brasil: uma trajetória de encontros e desencontros. *Revista de Saúde Pública*, , vol. 57, nº 1, p. 1, 17 fev. 2023. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2023057004579>.
- YASUI, Silvio. *Rupturas e encontros : desafios da reforma psiquiátrica brasileira*: Editora Fiocruz, 2010. 190 p.

## 8. ANEXOS

### ANEXO 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

#### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

*(De acordo com a Resolução 510 de 07/04/2016 do Conselho Nacional de Saúde)*

Prezado(a) senhor(a):

Eu, Eduardo Calmon de Moura, doutorando do Programa "*strictu sensu*" em Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos, assumindo o papel de pesquisador responsável, sob a orientação da Prof<sup>a</sup> Dra. Lourdes Conceição Martins, estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada: **Saúde mental na atenção básica: diferenças entre as formas de matriciamento.**

Venho convidá-lo(la) a participar deste estudo, mas antes quero salientar que você tem a **liberdade de aceitar ou não este meu convite.** Caso você aceite e mude de ideia durante a realização desta pesquisa, bastará me informar que retiro o seu consentimento sem que haja qualquer prejuízo a você.

Como pesquisador principal eu me comprometo em preservar a sua identidade e privacidade, garantindo o seu anonimato durante todas as fases da pesquisa (tabulação dos dados, análise, elaboração do texto da tese e publicação dos resultados), assim como, de prestar a você quaisquer tipos de esclarecimento sobre os procedimentos e assuntos relacionados a ela, seja antes, durante e depois da realização da pesquisa. Para isso, **os meus contatos** estão disponibilizados no final desta seção. Os dados sobre a sua unidade de atendimento também serão preservados.

O estudo tem finalidades acadêmicas, assim como a divulgação científica de seus resultados. A pesquisa tem como **objetivo principal** o entendimento que os profissionais da atenção básica têm sobre o matriciamento em saúde mental e sobre seus conhecimentos sobre transtorno e sofrimento mental, bem como entender as formas que o matriciamento se desenvolvido nos diversos serviços dos municípios Cubatão, São Vicente e Santos.

A pesquisa se justifica para uma melhor compreensão sobre as funções do matriciamento, e se há relação quanto a forma como este se desenvolve frente a alcançar ou não os objetivos propostos pelo Ministério da Saúde.

Em continuação a toda explicação anterior, sigo com mais alguns **detalhes sobre a sua participação.**

A coleta de dados será realizada através de um link de acesso a um formulário

do google forms de autopreenchimento que está sendo enviado de forma digital (e-mail ou WhatsApp) conforme sua escolha.

Caso aceite participar deste estudo, seguirá um questionário que consta de quatro partes, sendo a primeira parte de caracterização sociodemográfica e de sua atuação profissional, seguida de conhecimento e opiniões, questões sobre o funcionamento do matriciamento na unidade e, por fim sua visão ao portador de transtorno mental e seu tratamento. As questões são de rápidas respostas e cabe lembrar que não há respostas certas ou erradas.

O questionário poderá ser respondido quando for mais conveniente a você, bem como poderá ser respondido via computador (recomendável) ou diretamente pelo seu celular, e tem duração aproximada de 15 minutos. Caso não queira responder alguma das perguntas basta deixar o item sem resposta e seguir o formulário.

Considera-se como **possível risco a você** o estresse emocional e/ou constrangimento frente às perguntas, uma vez que o tema que será abordado diz respeito ao seu processo individual e pessoal de cuidado em seu trabalho, o que algumas vezes, gera desconforto e sobrecarga emocional. Caso seja avaliado qualquer tipo de sofrimento, desconforto ou incômodo com relação ao questionário você poderá interromper o processo de resposta, porém se ainda assim perdurar seu sofrimento, você será apoiada(o) por mim (pesquisadora principal) e, se necessário, em seguida será oferecido um espaço individual e privado de escuta a você.

Como **benefícios**, apresentamos a oportunidade de você participar de um estudo que permitirá as(os) um melhor entendimento sobre o processo do matriciamento e sobre a visão dos profissionais da equipe da Atenção Básica expressar suas representações em relação ao cuidado em saúde mental, o que poderá gerar evidências científicas para a área de do cuidado em saúde mental e reflexões acerca das ações necessárias para a qualificação deste cuidado. Além disso, por não propor nenhuma intervenção e pela respostas poderem ser dadas conforme sua disponibilidade, o desenvolvimento da pesquisa não irá interferir na dinâmica do seu trabalho.

Também é importante você saber que **todos os custos** deste estudo são de responsabilidade do pesquisador principal. Você não terá nenhum custo para participar e não receberá nenhum valor em dinheiro pela sua participação. No entanto se sofrer algum dano decorrente da sua participação nesta pesquisa, poderá buscar indenização.

Você receberá por e-mail uma cópia deste Termo independente de aceitá-lo ou não.

Os pesquisadores estarão disponíveis para esclarecer dúvidas. Para contatá-los poderá ser por meio do endereço eletrônico: [eduardomoura@unisantos.br](mailto:eduardomoura@unisantos.br) ou pelo celular 13-99152-8497, ou com a orientadora Prof<sup>a</sup> Dra. Lourdes Conceição Martins no telefone 3205-5555 ramal 1394 e e-mail [lourdasc@unisantos.br](mailto:lourdasc@unisantos.br)

Caso você tenha alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Católica de Santos – Endereço - Av. Conselheiro Nébias n. 300 – Santos/SP CEP – 05403-000 Telefone- (13)3205-5555 ramal 1254.

Eu, após ter sido esclarecido pelas pesquisadoras e ter entendido o que está acima escrito, ACEITO participar da pesquisa.

2. Eu, após ter sido esclarecido pelos pesquisadores e ter entendido o que está acima escrito,

*Marcar apenas uma oval.*

ACEITO participar da pesquisa. Pular para a pergunta 3

NÃO ACEITO participar da pesquisa:



## ANEXO 3 – Questionário autorresposta

### Questionário Matriciamento

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa sobre matriciamento. Para participar preencha conforme orientações

\* Indica uma pergunta obrigatória

---

1. E-mail \*

---

No Google Forms - apresentação do TCLE  
para posterior ACEITE OU NÃO  
questão apresentado na pagina seguinte

2. Eu, após ter sido esclarecido pelos pesquisadores e ter entendido o que está acima escrito,

*Marcar apenas uma oval.*

- ACEITO participar da pesquisa. *Pular para a pergunta 3*
- NÃO ACEITO participar da pesquisa

**Caracterização Socioepidemiológica e profissional**

3. Nacionalidade:

\_\_\_\_\_

4. Sexo:

*Marcar apenas uma oval.*

- Feminino
- Masculino
- Outro:

\_\_\_\_\_

5. Você se considera?

*Marcar apenas uma oval.*

- Branco (a) *Pular para a pergunta 9*
- Negro (a) *Pular para a pergunta 9*
- Pardo (a) *Pular para a pergunta 9*
- Amarelo (a) (de origem oriental) *Pular para a pergunta 9*
- Indígena ou de origem indígena *Pular para a pergunta 9*
- Outro:

\_\_\_\_\_

6. Data de Nascimento:

\_\_\_\_\_

*Exemplo: 7 de janeiro de 2019*

7. CEP da Residência

\_\_\_\_\_

8. Número da residência e complemento

\_\_\_\_\_

9. Considerando a sua renda familiar. O valor mensal que a família recebe:

(Salário mínimo atual R\$

1.412,00) *Marcar apenas uma oval.*

- Menos de 2 salários mínimos
- De 2 a 4 salários mínimos
- De 5 a 10 salários mínimos
- De 11 a 20 salários mínimos
- Mais de 20 salários mínimos

10. Tipo de moradia:

*Marcar apenas uma oval.*

- Própria
- Alugada
- Cedida ou emprestada
- Outro:

\_\_\_\_\_

11. Que tipo de parede tem sua moradia:

*Marcar apenas uma oval.*

- Tijolo com reboco
- Tijolo sem reboco
- Madeira e tijolo
- Madeira regular
- Madeira irregular
- Papelão ou lata
- Barro
- Palha
- Plástico
- Lona
- Pedra
- Outro:

\_\_\_\_\_

12. No momento você está atuando na unidade

\_\_\_\_\_

13. Em sua unidade a estrutura de atendimento se baseia

*Marcar apenas uma oval.*

- Estratégia da Saúde da Família
- Unidade Básica de Saúde tradicional

14. Escolaridade:

*Marcar apenas uma oval.*

- fundamental completo *Pular para a pergunta 16*
- médio completo *Pular para a pergunta 16*
- superior completo *Pular para a pergunta 16*
- pós-graduação.

15. Descreva qual(is) a(s) pós-graduação(ões) você cursou

---

---

---

---

---

16. Sua função na unidade é:

*Marcar apenas uma oval.*

- Médico
- Médico Residente em Medicina da Família *Pular para a pergunta 19*
- Enfermeiro
- Enfermeiro Residente em Residência Multiprofissional  
*Pular para a pergunta 19*
- Técnico ou Auxiliar de Enfermagem *Pular para a pergunta 19*
- Agente Comunitário de Saúde *Pular para a pergunta 19*
- Outro:

---

17. Você tem especialização na área da saúde da família

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim
- Não *Pular para a pergunta 19*

18. Caso você seja médico, você tem inscrito no CREMESP seu Registro de Qualificação de Especialidade (RQE)

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim
- Não

19. Tempo na função:  
em anos

\_\_\_\_\_

#### **Conhecimentos e opiniões**

Gostaríamos que respondesse da melhor forma possível, sem solicitar auxílio de seus colegas, para que possamos avaliar não você, mas sim o serviço como um todo.

Lembrando que as respostas permanecerão anônimas.

Para as respostas de 1 a 5 peça que utilize

- 1 – Não concordo: quando considerar que a afirmação é completamente errada
- 2 – Não concordo parcialmente: quando considerar a maior parte da afirmação errada
- 3 – Nem concordo nem discordo: quando considerar a afirmação parte errada e parte correta
- 4 – Concordo parcialmente: quando considerara maior parte da afirmação correta
- 5 – Concordo plenamente: quando considerar a afirmação completamente correta
- 6 – Não sei opinar: quando não souber sobre o tema



24. 5. O matriciamento atrapalha o andamento das atividades da unidade.

*Marcar apenas uma oval.*

1	2	3	4	5	6
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Questões sobre o funcionamento da unidade**

25. Existe matriciamentos em sua unidade

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não *Pular para a pergunta 33*

26. Periodicidade e horário

---

---

---

---

---

27. As suas atividades regulares (agendas, visitas, coletas, etc ) são suspensas para que participe do matriciamentos?

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não



31. 9. Nas reuniões de matriciamento percebo novas propostas e saídas aos casos que acompanho/atendo.

*Marcar apenas uma oval.*

1	2	3	4	5	6
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

32. 10. As atividades de matriciamento me ajudam em questões sobre o meu próprio sofrimento.

*Marcar apenas uma oval.*

1	2	3	4	5	6
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Visão ao portador de transtorno mental e seu tratamento**

33. Qual(is) profissional(is) deve(m) participar do tratamento do sujeito com transtorno mental?

---

---

---

---

---

34. Qual(is) seria(m), se tiver, sua participação neste tratamento?

---

---

---

---

- 
35. Qual(is) o(s) seria(m) o(s) impedimento(s), se houver, de sua participação no cuidado do portador de um transtorno mental?

---

---

---

---

---

**AGRADECEMOS SUA PARTICIPAÇÃO**

Você receberá por e-mai uma via de seu questionário, conjuntamente com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

---

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google.

**Google** Formulários

## ANEXO 4 – Autorização Cubatão



PEFEITURA MUNICIPAL DE CUBATÃO  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO À SAÚDE  
Núcleo de Educação Permanente em Saúde - NEPS

ANEXO 4  
CARTA DE AUTORIZAÇÃO

A Secretária de Saúde do Município de Cubatão, no uso de suas atribuições, e com base no fluxo definido para a realização de pesquisas científicas, autoriza a realização da pesquisa intitulada "O matriciamento em saúde mental como forma de dispersão de saber", conduzida pelo pesquisador responsável Eduardo Calmon de Moura, o qual tem permissão de acesso à (s) unidades (s) de saúde da Divisão de Atenção Básica, para conduzir o levantamento de dados, respeitando os preceitos éticos, técnicos e de privacidade e confidencialidade.

Cubatão, 01 de Maio de 2019

  
Marcio Luiz de Amorim Oliveira  
Secretário Adjunto  
de Saúde  
Secretaria Municipal de Saúde

## ANEXO 5 – Autorização São Vicente



*Prefeitura Municipal de São Vicente*

Cidade Monumento da História Pátria  
Cellula Mater da Nacionalidade

SECRETARIA DA SAÚDE

Ofício nº 0479 /24/GS

São Vicente, 09 de abril de 2024.

À

**Universidade Católica de Santos**

**Prof. Dra. Lourdes Conceição Martins**

Autorizo a disponibilização para realizar a pesquisa intitulada: "O **matriciamento em saúde mental como forma de dispersão de saber**" de responsabilidade da orientadora Profa. Dra. Lourdes Conceição Martins da Universidade Católica de Santos.

Atenciosamente,

**Dra. Michelle Luis Santos**

Secretária de Saúde

À

**Universidade Católica de Santos**

**ANEXO 6 – Termo de Consentimento da Unidade (Santos)**

Conforme Portaria Nº 01/2023 – GAB/SMS

Termo de Consentimento da Unidade

À SEFORM-SMS

A Unidade de Saúde Policlínica Aparecida após ter discutido o protocolo de pesquisa com o pesquisador proponente Eduardo Calmon de Moura da Pesquisa intitulada **O matriciamento em saúde mental como forma de dispersão de saber**. A ser desenvolvida nesta unidade, concorda com sua submissão ao CEP-SMS.

Estamos cientes de que a coleta de dados somente poderá ser iniciada após a emissão do parecer consubstanciado pelo CEP-SMS, assegurados todos os preceitos estabelecidos pelas resoluções 466/2012 CNS, 510/2016 CNS e 580/2018 CNS.

Respeitosamente,

Santos, 15 de março de 2024.

  
Haydee de Souza Longo  
Chefe de Seção  
Reg. 81.760-2  
UBS-Aparecida

Conforme Portaria Nº 01/2023 – GAB/SMS

Termo de Consentimento da Unidade

À SEFORM-SMS

A Unidade de Saúde Policlínica Campo Grande após ter discutido o protocolo de pesquisa com o pesquisador proponente Eduardo Calmon de Moura da Pesquisa intitulada **O matriciamento em saúde mental como forma de dispersão de saber**. A ser desenvolvida nesta unidade, concorda com sua submissão ao CEP-SMS.

Estamos cientes de que a coleta de dados somente poderá ser iniciada após a emissão do parecer consubstanciado pelo CEP-SMS, assegurados todos os preceitos estabelecidos pelas resoluções 466/2012 CNS, 510/2016 CNS e 580/2018 CNS.

Respeitosamente,

Santos, 19 de 03 de 2024.

Elisabete Imperio Petinas  
Chefe de Seção  
Res. 2.966-3  
UBS-Campo Grande

Conforme Portaria Nº 01/2023 – GAB/SMS

Termo de Consentimento da Unidade

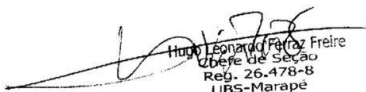
À SEFORM-SMS

A Unidade de Saúde Policlínica Marapé após ter discutido o protocolo de pesquisa com o pesquisador proponente Eduardo Calmon de Moura da Pesquisa intitulada **O matriciamento em saúde mental como forma de dispersão de saber**. A ser desenvolvida nesta unidade, concorda com sua submissão ao CEP-SMS.

Estamos cientes de que a coleta de dados somente poderá ser iniciada após a emissão do parecer consubstanciado pelo CEP-SMS, assegurados todos os preceitos estabelecidos pelas resoluções 466/2012 CNS, 510/2016 CNS e 580/2018 CNS.

Respeitosamente,

Santos, 10 de ABRIL de 2024.

  
Hugo Leonardo Pinheiro Freire  
Chefe de Seção  
Reg. 26.478-8  
UBS-Marapé

Conforme Portaria N° 01/2023 – GAB/SMS

Termo de Consentimento da Unidade

À SEFORM-SMS

A Unidade de Saúde Policlínica Ponta da Praia após ter discutido o protocolo de pesquisa com o pesquisador proponente Eduardo Calmon de Moura da Pesquisa intitulada **O matriciamento em saúde mental como forma de dispersão de saber**. A ser desenvolvida nesta unidade, concorda com sua submissão ao CEP-SMS.

Estamos cientes de que a coleta de dados somente poderá ser iniciada após a emissão do parecer consubstanciado pelo CEP-SMS, assegurados todos os preceitos estabelecidos pelas resoluções 466/2012 CNS, 510/2016 CNS e 580/2018 CNS.

Respeitosamente,

Santos, 08 de abril de 2024.

  
Viviane Cristina Eloi  
Chefe de Seção  
Reg. 31.648-9  
UBS-Ponta da Praia

Conforme Portaria Nº 01/2023 – GAB/SMS

Termo de Consentimento da Unidade

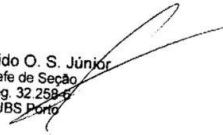
À SEFORM-SMS

A Unidade de Saúde Unidade de Cuidado do Porto após ter discutido o protocolo de pesquisa com o pesquisador proponente Eduardo Calmon de Moura da Pesquisa intitulada **O matriciamento em saúde mental como forma de dispersão de saber**. A ser desenvolvida nesta unidade, concorda com sua submissão ao CEP-SMS.

Estamos cientes de que a coleta de dados somente poderá ser iniciada após a emissão do parecer substanciado pelo CEP-SMS, assegurados todos os preceitos estabelecidos pelas resoluções 466/2012 CNS, 510/2016 CNS e 580/2018 CNS.

Respeitosamente,

Aparecido O. S. Júnior  
Chefe de Seção  
Reg. 32.258-5  
UBS Porto



Santos, 25 de maio de 2024.

Conforme Portaria Nº 01/2023 – GAB/SMS

Termo de Consentimento da Unidade

À SEFORM-SMS

A Unidade de Saúde Policlínica Valongo após ter discutido o protocolo de pesquisa com o pesquisador proponente Eduardo Calmon de Moura da Pesquisa intitulada **O matriciamento em saúde mental como forma de dispersão de saber**. A ser desenvolvida nesta unidade, concorda com sua submissão ao CEP-SMS.

Estamos cientes de que a coleta de dados somente poderá ser iniciada após a emissão do parecer substanciado pelo CEP-SMS, assegurados todos os preceitos estabelecidos pelas resoluções 466/2012 CNS, 510/2016 CNS e 580/2018 CNS.

Respeitosamente,

Santos, 19 de março de 2024.

  
Jéssica Fernanda de O. Ferraz  
Registro 28054-5  
Chefe de Seção  
USF Valongo

Conforme Portaria Nº 01/2023 – GAB SMS

Termo de Consentimento da Unidade

À SEFORM-SMS

A Unidade de Saúde Policlínica Vila Progresso após ter discutido o protocolo de pesquisa com o pesquisador proponente Eduardo Calmon de Moura da Pesquisa intitulada **O matriciamento em saúde mental como forma de dispersão de saber**. A ser desenvolvida nesta unidade, concorda com sua submissão ao CEP-SMS.

Estamos cientes de que a coleta de dados somente poderá ser iniciada após a emissão do parecer substanciado pelo CEP-SMS, assegurados todos os preceitos estabelecidos pelas resoluções 466/2012 CNS, 510/2016 CNS e 580/2018 CNS.

Respeitosamente,

Santos, 06 de 03 de 2023. 2024

Conforme Portaria Nº 01/2023 – GAB/SMS

Termo de Consentimento da Unidade

À SEFORM-SMS

A Unidade de Saúde Policlínica da Alemoa e Chico de Paula após ter discutido o protocolo de pesquisa com o pesquisador proponente Eduardo Calmon de Moura da Pesquisa intitulada **O matriciamento em saúde mental como forma de dispersão de saber**. A ser desenvolvida nesta unidade, concorda com sua submissão ao CEP-SMS.

Estamos cientes de que a coleta de dados somente poderá ser iniciada após a emissão do parecer consubstanciado pelo CEP-SMS, assegurados todos os preceitos estabelecidos pelas resoluções 466/2012 CNS, 510/2016 CNS e 580/2018 CNS.

Respeitosamente,

Santos, 03 de avril de 2024.

Maria Afonso Madalena Santos  
Chefe de Seção  
Reg. 27.048-3  
USF-Alemoa/Chico de Paula

Conforme Portaria Nº 01/2023 – GAB/SMS

Termo de Consentimento da Unidade

À SEFORM-SMS

A Unidade de Saúde Policlínica Bom Retiro após ter discutido o protocolo de pesquisa com o pesquisador proponente Eduardo Calmon de Moura da Pesquisa intitulada **O matriciamento em saúde mental como forma de dispersão de saber**. A ser desenvolvida nesta unidade, concorda com sua submissão ao CEP-SMS.

Estamos cientes de que a coleta de dados somente poderá ser iniciada após a emissão do parecer substanciado pelo CEP-SMS, assegurados todos os preceitos estabelecidos pelas resoluções 466/2012 CNS, 510/2016 CNS e 580/2018 CNS.

Respeitosamente,

Santos, 13 de março de 2024.

Alessandra Ribeiro da Silva Ferreira  
Chefe de Unidade Adm.  
Reg. 31.76-8  
USP Bom Retiro

Chefe de Seção - Em Substituição  
SEUB-RETE/CORABS-INO/DEAB/SMS

Conforme Portaria Nº 01/2023 – GAB/SMS

Termo de Consentimento da Unidade

À SEFORM-SMS

A Unidade de Saúde Policlínica Monte Serrat após ter discutido o protocolo de pesquisa com o pesquisador proponente Eduardo Calmon de Moura da Pesquisa intitulada **O matriciamento em saúde mental como forma de dispersão de saber**. A ser desenvolvida nesta unidade, concorda com sua submissão ao CEP-SMS.

Estamos cientes de que a coleta de dados somente poderá ser iniciada após a emissão do parecer consubstanciado pelo CEP-SMS, assegurados todos os preceitos estabelecidos pelas resoluções 466/2012 CNS, 510/2016 CNS e 580/2018 CNS.

Respeitosamente,



Sandra Maria de Oliveira, General  
Coordenadora de Saúde da  
Unidade  
Reg. 30.623-7  
USF Monte Serrat e Penha

Santos, 05 de Abril de 2024.

Conforme Portaria N° 01/2023 – GAB/SMS

Termo de Consentimento da Unidade

À SEFORM-SMS

A Unidade de Saúde Policlínica e Pronto Atendimento Nova Cintra após ter discutido o protocolo de pesquisa com o pesquisador proponente Eduardo Calmon de Moura da Pesquisa intitulada **O matriciamento em saúde mental como forma de dispersão de saber**. A ser desenvolvida nesta unidade, concorda com sua submissão ao CEP-SMS.

Estamos cientes de que a coleta de dados somente poderá ser iniciada após a emissão do parecer consubstanciado pelo CEP-SMS, assegurados todos os preceitos estabelecidos pelas resoluções 466/2012 CNS, 510/2016 CNS e 580/2018 CNS.

Respeitosamente,

Santos, 15 de MARÇO de 2024.



Daniela Cristina de Assis dos Santos  
Chefe de Seção  
Reg. 34.862-7  
USF-PA-Nova Cintra

**DANIELA CRISTINA DE ASSIS DOS SANTOS**  
**CHEFE DE SEÇÃO USF PA NC**

Conforme Portaria Nº 01/2023 – GAB/SMS

Termo de Consentimento da Unidade

À SEFORM-SMS


A Unidade de Saúde Policlínica Piratininga após ter discutido o protocolo de pesquisa com o pesquisador proponente Eduardo Calmon de Moura da Pesquisa intitulada **O matriciamento em saúde mental como forma de dispersão de saber**. A ser desenvolvida nesta unidade, concorda com sua submissão ao CEP-SMS.

Estamos cientes de que a coleta de dados somente poderá ser iniciada após a emissão do parecer substanciado pelo CEP-SMS, assegurados todos os preceitos estabelecidos pelas resoluções 466/2012 CNS, 510/2016 CNS e 580/2018 CNS.

Respeitosamente,

Santos, 04 de março de 2024

CIENTE:

  
Heder Marcos Vieira Santos  
Chefe de Seção  
Reg. 25.367-4  
USF-Piratininga

## ANEXO 7 – Parecer consubstanciado – CEP UNISANTOS

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE  
SANTOS - UNISANTOS



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** O matriciamento em saúde mental como forma de dispersão de saber.

**Pesquisador:** Eduardo Calmon de Moura

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 79573624.6.0000.5536

**Instituição Proponente:** Universidade Católica de Santos - UNISANTOS

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 6.833.762

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo transversal do tipo caso controle com participação de unidades de saúde dos Municípios de Santos, São Vicente e Cubatão, sendo este último o controle, pois não há atividade de matriciamento no município. Esses municípios fazem parte da Região Metropolitana da Baixada Santista, que se localiza no litoral do Estado de São Paulo, Brasil. A região apresenta importância econômica por comportar o maior porto da América Latina, mas também apresenta relevância na área da Saúde Mental pois participou ativamente da reforma psiquiátrica com o fechamento da Casa de Saúde Anchieta e a abertura de Núcleos Apoio Psicossocial (NAPS), atualmente chamados de CAPS, onde o modelo de atendimentos extra hospitalares de 24h se iniciaram no Brasil.

#### Objetivo da Pesquisa:

##### OBJETIVO GERAL

Avaliar a ocorrência do processo de matriciamento em saúde mental na Atenção Básica (AB), suas formas e a compreensão dos profissionais envolvidos.

##### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ¿ Comparar o entendimento sobre saúde mental entre as equipes onde ocorre e onde não ocorre matriciamento.
- ¿ Analisar as diferentes formas de realização do matriciamento e seus impactos na abordagem ao cuidado ao indivíduo com sofrimento ou transtorno mental.

**Endereço:** Av. Conselheiro Nébias, nº 300 Campus Dom Idílio José prédio administrativo, 2º andar, sala202  
**Bairro:** Vila Mathias **CEP:** 11.015-002  
**UF:** SP **Município:** SANTOS  
**Telefone:** (13)3205-1254 **Fax:** (13)3205-5555 **E-mail:** comet@unisantos.br

Continuação do Parecer: 6.833.762

ζ Caracterizar os servidores públicos da atenção básica quanto as características profissionais e suas visões sobre saúde mental.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

O pesquisador menciona os possíveis riscos aos participantes aceitarem a sua participação, como por exemplo, o estresse emocional e constrangimento, como desconforto e sobrecarga emocional. Caso ocorra, poderá interromper a pesquisa e disponibiliza um profissional para atendimento psicológico, sem qualquer ônus.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O armazenamento dos dados contempla às recomendações das Resoluções 510/2016 e 466/2012, assim como o procedimento metodológico.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

O TCLE atende às exigências da Resolução 510/2016 e 466/2012.

Todas as instituições contempladas emitiram carta favorável à condução do projeto.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O projeto de pesquisa apresentado à este CEP atende às exigências contidas nas Resoluções 510/2016 e 466/2012.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Cumprindo com as Resoluções vigentes sobre Pesquisa com Seres Humanos do Conselho Nacional de Saúde, o Protocolo de Pesquisa foi analisado por um relator e, em Reunião Ordinária ocorrida em 14/05/2024, o colegiado do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Santos o considerou Aprovado.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2336262.pdf	02/05/2024 21:50:03		Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	Anexos.pdf	02/05/2024 21:49:23	Eduardo Calmon de Moura	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TCLE.pdf	02/05/2024 21:44:41	Eduardo Calmon de Moura	Aceito

**Endereço:** Av. Conselheiro Nébias, nº 300 Campus Dom Idílio José prédio administrativo, 2º andar, sala202  
**Bairro:** Vila Mathias **CEP:** 11.015-002  
**UF:** SP **Município:** SANTOS  
**Telefone:** (13)3205-1254 **Fax:** (13)3205-5555 **E-mail:** comet@unisantos.br

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE  
SANTOS - UNISANTOS



Continuação do Parecer: 6.833.762

Ausência	TCLE.pdf	02/05/2024 21:44:41	Eduardo Calmon de Moura	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoEduardoCalmondeMoura.pdf	02/05/2024 21:44:25	Eduardo Calmon de Moura	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	02/05/2024 21:44:05	Eduardo Calmon de Moura	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	02/05/2024 21:43:52	Eduardo Calmon de Moura	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

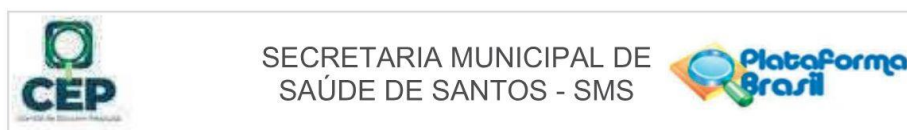
SANTOS, 20 de Maio de 2024

---

**Assinado por:**  
**Cezar Henrique de Azevedo**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Av. Conselheiro Nébias, nº 300 Campus Dom Idílio José prédio administrativo, 2º andar, sala202  
**Bairro:** Vila Mathias **CEP:** 11.015-002  
**UF:** SP **Município:** SANTOS  
**Telefone:** (13)3205-1254 **Fax:** (13)3205-5555 **E-mail:** comet@unisantos.br

## ANEXO 8 – Parecer consubstanciado – CEP Prefeitura Municipal de Santos



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** O matriciamento em saúde mental como forma de dispersão de saber.

**Pesquisador:** Eduardo Calmon de Moura

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 79573624.6.3001.0263

**Instituição Proponente:** Secretaria Municipal de Saúde de Santos

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 6.898.962

#### Apresentação do Projeto:

Segundo autor: "A saúde mental no Brasil passou por transformações significativas, destacando-se a Lei 10.216/2001 que estabeleceu novos paradigmas na forma de cuidar e respeitar as pessoas portadoras de transtornos mentais, sendo estas mudanças conhecidas como a Reforma Psiquiátrica. Neste contexto os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) assumem papel fundamental na organização do território e integração com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Concomitante a isso, as transformações com a Reforma Sanitária, e a implantação do Programa em Saúde da Família, depois ampliado a Estratégia da Saúde da Família (ESF) provocaram toda a reorganização no cuidado ao cidadão, sendo necessário o cuidado no território e uma resolutividade na Atenção Básica (AB). Desta necessidade da atenção em saúde mental na atenção primária se fortaleceu nasce a proposta do apoio matricial". Retirado de PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO

#### Objetivo da Pesquisa:

Segundo autor: "Objetivo Primário:

Avaliar a ocorrência do processo de matriciamento em saúde mental na Atenção Básica (AB), suas formas e a compreensão dos profissionais envolvidos.

**Endereço:** Rua Amador Bueno, 333, Sala 401 Centro  
**Bairro:** Santos **CEP:** 11.013-153  
**UF:** SP **Município:** SANTOS  
**Telefone:** (13)3213-5100 **E-mail:** pesquisasms@santos.sp.gov.br



Continuação do Parecer: 6.898.962

**Objetivo Secundário:**

-Comparar o entendimento sobre saúde mental entre as equipes onde ocorre e onde não ocorre matriciamento.

-Analisar as diferentes formas de realização do matriciamento e seus impactos na abordagem ao cuidado ao indivíduo com sofrimento ou transtorno mental.

-Caracterizar os servidores públicos da atenção básica quanto as características profissionais e suas visões sobre saúde mental."

Retirado de PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

Risco Mínimo ou A3 (Resolução CNS 674/22) Tratar-se de risco de estresse emocional e/ou constrangimento frente às perguntas, uma vez que o tema que será abordado diz respeito ao seu processo individual e pessoal de cuidado em seu trabalho, o que algumas vezes, gera desconforto e sobrecarga emocional. Porém como é um questionário de autorresposta individual os constrangimentos são minimizados no processo de participação da pesquisa.

**Benefícios:**

Como benefícios, apresentamos a oportunidade do profissional participar de um estudo que permitirá um melhor entendimento sobre o processo do matriciamento e sobre a visão dos profissionais da equipe da Atenção Básica, além da oportunidade dele expressar suas representações em relação ao cuidado em saúde mental, o que poderá gerar evidências científicas para a área do cuidado em saúde mental e reflexões acerca das ações necessárias para a qualificação deste cuidado

Retirado de PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa relevante sobre as diferenças no atendimento de pessoas com transtornos mentais entre os municípios com ou sem apoio matricial.

**Endereço:** Rua Amador Bueno, 333, Sala 401 Centro  
**Bairro:** Santos **CEP:** 11.013-153  
**UF:** SP **Município:** SANTOS  
**Telefone:** (13)3213-5100 **E-mail:** pesquisasms@santos.sp.gov.br



Continuação do Parecer: 6.898.962

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os termos de apresentação obrigatória estão adequados.

**Recomendações:**

Apesar da Lei 10216/01 aboliria o uso do termo "portador de transtornos mentais" por deduzir que há o "porte" da doença. O termo é inadequado para referir-se às doenças crônicas, mentais e deficiências. Utilizaria o termo pessoa com transtorno/sofrimento mental.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não há.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Conforme resolução 466/12 do CNS, esse projeto foi avaliado por um parecerista, que o apresentou ao plenário do CEP, sendo considerado APROVADO.

De acordo com a Resolução CNS No 466 de 2012, consta na seção XI, itens XI.1 e XI.2.a até XI.2.h, os autores devem apresentar relatórios semestrais e final sobre o desenvolvimento do protocolo. Em caso de interrupção da pesquisa os autores devem justificar, ao sistema CEP/CONEP, os motivos da interrupção do projeto.

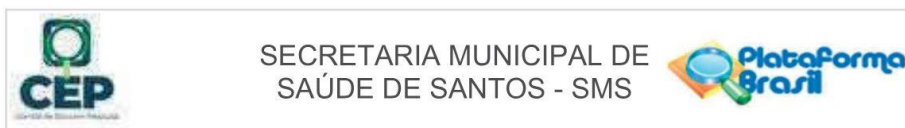
Além disso os autores ficam obrigados a desenvolver o projeto conforme delineado, devendo apresentar dados sobre o desenvolvimento do protocolo sempre que solicitado pelo sistema CEP/ CONEP.

Os autores devem manter os dados da pesquisa em arquivo sob sua guarda e responsabilidade, por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa, ou de (10) dez anos se houver prescrição de medicações, tratamentos clínicos ou cirúrgicos.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	02/05/2024 21:44:41	Eduardo Calmon de Moura	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoEduardoCalmondeMoura.pdf	02/05/2024 21:44:25	Eduardo Calmon de Moura	Aceito

**Endereço:** Rua Amador Bueno, 333, Sala 401 Centro  
**Bairro:** Santos **CEP:** 11.013-153  
**UF:** SP **Município:** SANTOS  
**Telefone:** (13)3213-5100 **E-mail:** pesquisasm@santos.sp.gov.br



Continuação do Parecer: 6.898.962

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SANTOS, 20 de Junho de 2024

---

**Assinado por:**  
**RUBENS GOULART PANICO**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Rua Amador Bueno, 333, Sala 401 Centro  
**Bairro:** Santos **CEP:** 11.013-153  
**UF:** SP **Município:** SANTOS  
**Telefone:** (13)3213-5100 **E-mail:** pesquisasms@santos.sp.gov.br

**ANEXO 9 – Termo de compromisso de atendimento**

Salutem Clínica Médica LTDA – ME  
CNPJ: 27.329.208/0001-05  
CREMESP 974.821

Santos, 05 de fevereiro de 2024.

**Carta de Compromisso**

Nós da Acesso Saúde Santos, firmamos compromisso de prestar suporte nas áreas de Psicologia e Psiquiatria, ao pesquisador Eduardo Calmon de Moura em sua pesquisa intitulada “O matriciamento em saúde mental como forma de dispersão de saber”.

Cabe salientar que no caso de necessidade de atendimentos em decorrência da participação na pesquisa, serão disponibilizadas consultas/sessões sem quaisquer ônus aos participantes.

Sem mais

Sra. Talita Parteka

Administradora Acesso Saúde Santos

Talita Parteka  
RG: 8.423.849-9  
CPF: 042.560.599-03

AV. Ana Costa nº 323 – tel. (13) 3223 5542 📞 13 95539 0375  
e-mail: [atendimento@acessosaudesantos.com.br](mailto:atendimento@acessosaudesantos.com.br)  
site: [www.acessosaudesantos.com.br](http://www.acessosaudesantos.com.br)