



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO SUL DA BAHIA - UFSB**  
**CENTRO DE FORMAÇÃO EM CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ESTADO E SOCIEDADE**

**MARÍLIA MARTINS DE ARAÚJO REIS**

**O PROCESSO DE MATRICIAMENTO ENTRE SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO  
BÁSICA NO EXTREMO SUL BAIANO – AVANÇOS E DESAFIOS DO TRABALHO  
EM REDE**

**PORTO SEGURO (BA), 2023.**

**MARÍLIA MARTINS DE ARAÚJO REIS**

**O PROCESSO DE MATRICIAMENTO ENTRE SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO  
BÁSICA NO EXTREMO SUL BAIANO – AVANÇOS E DESAFIOS DO TRABALHO  
EM REDE**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Estado e Sociedade da Universidade Federal do Sul da Bahia – na Linha de Pesquisa Sociedade, Cultura e Ambiente, como requisito para obtenção do título de Doutor em Estado e Sociedade.

Orientadora: Profa. Dra. Sandra Adriana Neves Nunes

**PORTO SEGURO (BA), 2023**

## RESUMO

O Matriciamento constitui-se em estratégia dialógica democrática, fundamental para viabilizar ações e interlocuções, de modo transdisciplinar e intersetorial, nas articulações em rede, nos territórios. Essa tecnologia social produtora de saúde tem possibilitado a ampliação das ações dos serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos - os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) – impactando e reconfigurando as relações interprofissionais, ao corresponsabilizar o cuidado. Frente aos recentes retrocessos em Saúde Mental, dos quais se destaca o retorno legitimado das práticas manicomial, emerge o interesse em ampliar pesquisas sobre o Matriciamento entre Saúde Mental (SM) e Atenção Básica (AB) na Região Extremo-sul baiana. Assim, o objetivo da pesquisa foi caracterizar a percepção de profissionais da Saúde Mental e da Atenção Básica acerca dos avanços e desafios encontrados na sua prática profissional no processo de Matriciamento dentro do contexto do trabalho em rede nos municípios da região e executar e analisar uma proposta de Oficina de Educação Permanente/Oficina Preparatória para o Apoio Matricial junto a esses profissionais. Tratou-se de uma pesquisa de natureza mista, quali-quantitativa, desenvolvida em duas etapas: na primeira, foi feita pesquisa bibliográfica e documental sobre o fenômeno do Matriciamento e seu contexto, com vistas à compor os capítulos de fundamentação teórica e permitir a discussão dos resultados. Na segunda, conduziu-se pesquisa de campo, com dois momentos distintos: o primeiro de caráter quantitativo, envolveu a aplicação de questionários e uma escala psicométrica, que foi preliminarmente validada neste estudo, que mediu a percepção dos profissionais quanto aos desafios e avanços do Matriciamento. Os dados coletados nessa etapa foram analisados por meio de estatística descritiva e inferencial, com o programa IBM SPSS 25, tendo sido considerado aceitável o nível de significância de 0,05. No segundo momento, da pesquisa-ação, realizou-se a Oficina de Educação Permanente preparatória para o Apoio Matricial, com a finalidade de trocar conhecimentos e desenvolver reflexão crítica sobre sua própria prática, com vistas à transformação de suas realidades, na qual a pesquisadora atuou como observadora participante. O momento quantitativo da etapa de campo foi realizado com 354 profissionais de Saúde Mental e Atenção Básica (sendo 83,1% Mulheres, 58,2 com idades entre 36 e 55 anos, 83% da raça negra e 33,1% agentes comunitários) nos oito municípios da Região em estudo. Já no momento qualitativo participaram 345 profissionais com perfil sociodemográfico semelhante. Os resultados mostram que apesar de a maioria (74%) indicar corretamente o conceito de Matriciamento, 45,2% afirma não saber ou não se lembra que é parte de seu cargo realizá-lo. Além disso, 46,3% não conhecem os documentos do Ministério da Saúde (MS) que tratam sobre o tema e 20,9% não lembra desses documentos. A maioria dos participantes da pesquisa (58,2%) não recebeu treinamentos sobre Matriciamento, ainda que 48,9% já tenha participado de ações matriciais. A partir da Escala que mede desafios e avanços do Matriciamento, observou-se que essa tecnologia social oportunizou o “Aumento da resolutividade/Ampliação do acesso, das ações/formas de cuidado e de conhecimentos” e “Mudanças positivas de paradigmas culturais”. Por outro lado, os desafios que se apresentam como maior entrave são os “Problemas relativo à gestão”, “Visão negativa do Matriciamento e limitada sobre como deve ser feito o tratamento das pessoas com transtorno mental”, “Deficiência na formação profissional e de investimento em educação” e “Dificuldades impostas pelas condições de trabalho e pela desinformação da população/famíliares acerca das ações do Matriciamento”. Além disso, a dimensão “Problema com as atitudes dos profissionais/Comprometimento” não foi percebida como um desafio para os participantes. Já com relação às análises inferenciais, os resultados indicaram que a percepção desses desafios independe do setor em que o profissional atua, seja AB ou SM, bem como os avanços independem do município em que atuam. No que diz respeito aos desafios, foram encontrados múltiplos efeitos do município que estão descritos detalhadamente nos resultados. Não foram observados efeitos significativos do treinamento sobre a percepção de avanços e desafios observados com o processo de Matriciamento, com exceção do “Problema de gestão”, que foi percebido como mais problemático pelos profissionais que já haviam recebido treinamento. Na etapa final, das Oficinas, foi feita a análise qualitativa do processo registrado no “Diário de bordo”, a partir das interações, cujos resultados demonstraram impacto das informações compartilhadas e a sensibilização dos participantes para com a temática do cuidado antimanicomial em SM na AB e do Apoio Matricial. Confirmou-se o desconhecimento sobre o Matriciamento e sua real importância para o cuidado mais eficiente, bem como a quase inexistência de ações robustas desta tecnologia social. De modo geral, observou-se que não havia compreensão de como executar o

Matriciamento de modo permanente e eficiente, destacando-se a rotatividade, a falta de informação e de visão da Gestão como problemas. Além disto, foi comum aos participantes tanto da AB, como da SM, a presença forte do paradigma manicomial no cuidado cotidiano e na forma de ver os usuários com sofrimento psíquico intenso e transtornos mentais graves, sugerindo que isso contribua ainda com um cuidado mais medicamentoso/ médico-centrado e menos psicossocial. Espera-se que este estudo possa corroborar para ampliar reflexões sobre a importância das práticas democráticas em Saúde, como o Matriciamento entre SM e AB, e acerca da formação profissional, no aspecto dos cuidados em rede, contribuindo também para o protagonismo dos seus participantes nos territórios de pertença, e para ampliar possibilidade de efetividade em SM na Região Extremo-sul baiana.

**Palavras-chave:** Matriciamento; Saúde Mental; Atenção Básica; Desafios em Saúde Mental; Práticas democráticas em Saúde; Região Extremo-sul baiana.

## ABSTRACT

Matrixing constitutes a democratic dialogical strategy, fundamental to enable actions and dialogues, in a transdisciplinary and intersectoral way, in network articulations, in territories. This health-producing social technology has made it possible to expand the actions of substitute services for psychiatric hospitals - the Psychosocial Care Centers (CAPS) - impacting and reconfiguring interprofessional relationships, by making co-responsibility for care. Faced with recent setbacks in Mental Health, of which the legitimized return of asylum practices stands out, there is an interest in expanding research on the Matrixing between Mental Health (MH) and Primary Care (PC) in the South region of Bahia. The research aimed to characterize the perception of Mental Health and Primary Care professionals about the advances and challenges encountered in their professional practice in the Matrixing process within the context of network work in the municipalities of the Region and execute and analyze a proposal for a Permanent Education Workshop/Preparatory Workshop for Matrix Support with these professionals. It was mixed nature research, qualitative and quantitative, developed in two stages: in the first, bibliographical and documentary research was carried out on the phenomenon of Matrixing and its context with a view to composing the theoretical foundation chapters and allowing the discussion of the results. In the second stage, field research was conducted, with two distinct moments: the first being of quantitative nature, involved the application of questionnaires and a psychometric scale, which was preliminarily validated in this study, which measured the professionals' perception regarding the challenges and advances of the Matrixing. The data collected at this stage were analyzed using descriptive and inferential statistics, with the IBM SPSS 25 program, with a significance level of 0.05 being considered acceptable. In the second moment, of action research, the Permanent Education Workshop preparatory to Matrix Support was held, with the purpose of exchanging knowledge and developing critical reflection on their own practice, with a view to transforming their realities, in which the researcher acted as a participant observer. The quantitative moment of the field stage was carried out with 354 Mental Health and Primary Care professionals (of which 83.1% were women, 58.2 aged between 36 and 55 years, 83% were black and 33.1% were community agents) in the eight municipalities of the region under study. In the qualitative moment, 345 professionals with a similar sociodemographic profile participated. The results show that although the majority (74%) correctly indicate the concept of Matrix Support, 45.2% say they do not know or do not remember that it is part of their job to carry it out. Furthermore, 46.3% do not know the documents from the Ministry of Health (MS) that deal with the topic and 20.9% do not remember these documents. The majority of survey participants (58.2%) did not receive training on Matrix Support, even though 48.9% had already participated in matrix actions. From the Scale that measures challenges and advances in matrix support, it was observed that this social technology provided opportunities for "Increased resolution/Expanded access, actions/forms of care and knowledge" and "Positive changes in cultural paradigms". On the other hand, the challenges that present themselves as the biggest obstacles are "Problems related to management", "Negative view of matrix support and limited on how people with mental disorders should be treated", "Deficiency in professional training and investment in education" and "Difficulties imposed by working conditions and lack of information among the population/family members about Matrix actions". Furthermore, the dimension "Problem with professionals' attitudes/Commitment" was not perceived as a challenge for participants. Regarding inferential analyses, the results indicated that the perception of these challenges does not depend on the sector in which the professional works, whether AB or SM, as well as the advances do not depend on the municipality in which they work. With regard to challenges, multiple effects of the municipality were found, which are described in detail in the results. There were no significant effects of training on the perception of advances and challenges observed with the matrix process, with the exception of the "Management problem", which was perceived as more problematic by professionals who had already received training. In the final stage, the Workshops, a qualitative analysis of the process recorded in the "Logbook" was carried out, based on the interactions, the results of which demonstrated the impact of the information shared and the awareness of the participants towards the theme of anti-asylum care in MH in the PC and of Matrix Support. The lack of knowledge about Matrix Support and its real importance for more efficient care was confirmed, as well as the almost non-existence of robust actions regarding this social technology. In general, it was observed that there was no understanding of how to carry out Matrix Support in a permanent and efficient way, highlighting turnover, lack of

information and management vision as problems. Furthermore, the strong presence of the asylum paradigm in daily care and in the way of seeing users with intense psychological suffering and severe mental disorders was common to participants in both AB and SM, suggesting that this also contributes to more medicated /medical-centered and less psychosocial care. It is hoped that this study can corroborate to expand reflections on the importance of democratic practices in Health, such as Matrixing between SM and AB, and about professional training, in the aspect of network care, also contributing to the protagonism of its participants in territories of belonging, and to expand the possibility of effectiveness in SM in the South region of Bahia.

**Keywords:** Matrix support; Mental health; Basic Care; Challenges in Mental Health; Democratic practices in Health; Far-south region of Bahia.

## FICHA CATALOGRÁFICA

**Catálogo na Publicação (CIP)**  
**Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB)**  
**Sistema de Bibliotecas (SIBI)**

R375p Reis, Marília Martins de Araújo, 1970 -  
O processo de matriciamento entre saúde mental e atenção básica no  
Extremo Sul Baiano: avanços e desafios do trabalho em rede. / Marília Martins  
de Araújo Reis. – Porto Seguro, 2023.  
318 f.

Orientadora: Profa. Dra. Sandra Adriana Neves Nunes  
Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Sul da Bahia. Centro de  
Formação em Ciências Humanas e Sociais. Programa de Pós-Graduação em  
Estado e Sociedade. Campus Sosígenes Costa.

1. Apoio Matricial. 2. Saúde Mental. 3. Atenção Básica. 4. Alcances. 5.  
Desafios em Saúde Mental. I. Galdino, Daniela Nascimento. II. Título.

CDD – 610.696

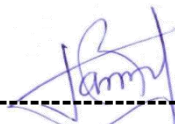
**Elaborado por Lucas Sousa Carvalho - CRB-5/1883**


**O PROCESSO DE MATRICIAMENTO ENTRE SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO  
BÁSICA NO EXTREMO SUL BAIANO – AVANÇOS E DESAFIOS DO TRABALHO  
EM REDE**


Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Estado e Sociedade, Centro de Formação em Ciências Humanas e Sociais da Universidade Federal Sul da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Doutor em Estado e Sociedade, na Linha de Pesquisa Sociedade, Cultura e Ambiente.


Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Sandra Adriana Neves Nunes.


**BANCA EXAMINADORA:**

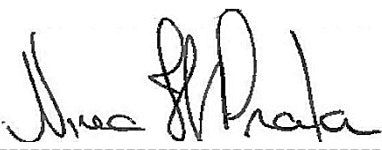
  
-----  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Sandra Adriana Neves Nunes  
Presidente da Banca – Orientadora  
Universidade Federal do Sul da Bahia  
Programa de Pós-graduação  
em Estado e Sociedade

  
-----  
Prof. Dr. Gastão Wagner de Sousa Campos  
Externo - Universidade Estadual de Campinas  
(UNICAMP)- Faculdade de Ciências Médicas

  
-----  
Prof. Dr. Rafael Andres Patino Orozco  
Interno - Universidade Federal do Sul  
da Bahia – Programa de Pós-graduação  
em Estado e Sociedade

  
-----  
Prof. Dr. Renan Vieira de Santana Rocha  
Externo - Universidade Federal de São Paulo  
(UNIFESP)

  
-----  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Raquel Siqueira da Silva  
Externa - Universidade Federal do  
Sul da Bahia

  
-----  
Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Nina Isabel Soalheiro dos Santos Prata  
Externa - Escola Politécnica de Saúde Joaquim  
Venancio / Fiocruz

Porto Seguro - Ba, 31 de outubro de 2023.



*“É experiência aquilo que nos  
passa, ou que nos toca, ou que  
nos acontece, e o nos passar nos  
forma e nos transforma. Somente  
o sujeito da experiência está,  
portanto, aberto à sua própria  
transformação”*

*Bondía*

## DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho ao meu Deus amado, que generosamente me presenteou com o dom da vida, e uma vida que percebe o seu cuidado carinhoso, acolhedor e surpreendente a cada dia. É a Ela, Ruah divina, que devo cada conquista, com seu sopro de vida renovando milagrosamente minhas forças, mesmo quando tudo parecia dizer não.

Dedico ao meu pai, Dr. Amálio Couto de Araújo Filho, advogado que lutou para realizar seu sonho e o de minha avó Esmeralda que dizia a ele, quando menino: “você há de ser um doutor um dia, meu filho!”. Ele a perdeu ainda menino, ela não chegou a ver o sonho crescer, mas sem dúvida, ele cresceu e se multiplicou, ultrapassando suas gerações.

Dedico à minha mãe, Terezinha Martins de Araújo, artista plástica que me ensinou a colorir a vida, com a arte do bom humor, da poesia, com seus sons, seus abraços, seu carinho. À minha mãe lúdica, carinhosa, doce e amiga pra todas as horas, intuitiva e sábia em tudo que me ensina. Minha mãe forte, guerreira, independente, que sempre me dá força e renova minha fé com seus olhos que me veem além do que eu realmente sou. Pai e mãe, vocês são os meus guias terrenos.

Dedico aos meus filhos Julie e Davi, minha netinha Vitória Luz e amigos queridos, amores meus, que abriram mão de minha presença para esta construção e celebram sempre minhas conquistas. Que esta construção sirva também de inspiração para persistirem na conquista dos seus sonhos. Estamos juntos!

Dedico a cada querido usuário da RAPS. Por vocês, com amor, este trabalho foi feito. E a cada profissional da Atenção Básica e da Saúde Mental, cada conselheiro de Saúde, cada pesquisador, cada professor, cada gestor público, cada militante do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MONULA, Círculo Extremo-Sul da Luta Antimanicomial, Movimento Social Saúde Mental de Janeiro a Janeiro), cada cidadão que luta por um SUS cada vez mais pleno, produtor de Saúde, nos princípios da equidade, universalidade e igualdade.

Enfim, dedico também a mim. Não foi fácil chegar até aqui, como mulher, diante de tantos desafios para ultrapassar esta fronteira do saber. Hoje sei, com toda convicção, que o saber, é infinito, ele nunca acaba, e o mais gratificante, mais bonito, é colocá-lo a serviço do próximo. Que venham novas conquistas!

## AGRADECIMENTOS

A Deus, aos meus pais, filhos, amigos e à torcida anônima que orou e sonhou junto.

À Comissão Intergestores Regional (CIR) da Região de Saúde Porto Seguro, às Secretárias e Secretários de Saúde, Coordenadoras e Coordenadores da Saúde Mental e Atenção Básica de Guaratinga, Itabela, Itagimirim, Itapebi, Eunápolis, Porto Seguro, Santa Cruz Cabrália e Belmonte.

Aos trabalhadores da Saúde Mental e Atenção Básica de cada município da Região de Saúde Porto Seguro e às Técnicas da SESAB, Eduarda Motta Santos e Isabela Salgado Fernandes. Sem a paciência, a colaboração e o carinho de vocês, não haveria a concretização deste sonho.

À Universidade Federal do Sul da Bahia, em especial ao Programa de Pós-graduação em Estado e Sociedade, por viabilizar este caminho de tantos saberes e trocas. Obrigada, mestres queridos!

Em especial à minha Orientadora, Prof<sup>a</sup> Sandra, sempre amiga, doce e acolhedora, competente, apoiando-me e ajudando-me a desatar os nós desta construção.

Gratitudo Gratiam Dankbarkeit 感謝 **Gratidão** 感激 Gratitude Gratitude Ìmoore  
הכרת תודה

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Região de Saúde Porto Seguro .....	56
Figura 2 – Características do Apoio Matricial ou Matriciamento .....	87
Figura 3 - Oficina de Educação Permanente/Preparatória para o Matriciamento no Município 8 .....	192
Figura 4 - Oficina de Educação Permanente/Preparatória para o Matriciamento no Município 4.....	194
Figura 5 - Oficina de Educação Permanente/Preparatória para o Matriciamento no Município 6 .....	196
Figura 6 - Oficina de Educação Permanente/Preparatória para o Matriciamento no Município 2 .....	198
Figura 7 - Oficina de Educação Permanente/Preparatória para o Matriciamento no Município 5 .....	200
Figura 8 - Oficina de Educação Permanente/Preparatória para o Matriciamento no Município 7 .....	202
Figura 9 - Oficina de Educação Permanente/Preparatória para o Matriciamento em no Município 3 .....	204
Figura 10 - Oficina de Educação Permanente/Preparatória para o Matriciamento no Município 1 .....	206
Figura 11 - Desafios do território identificadas pelos profissionais da Saúde Mental e Atenção Básica nas Oficinas de Educação Permanente/Preparatórias para o Matriciamento na Região de Saúde Porto Seguro .....	221
Figura 12 – Potencialidades do Território identificadas pelos profissionais da Saúde Mental e Atenção Básica na Oficinas de Educação Permanente/Preparatórias para o Matriciamento na Região de Saúde Porto Seguro .....	222
Figura 13 – Palavras expressas pelos participantes da SM e AB em relação a quais expectativas tinham antes da Oficina de Educação Permanente .....	223
Figura 14 - Palavras expressas pelos participantes da SM e AB em relação ao “que estão levando” depois da Oficina de Educação Permanente para seus cotidianos .....	224
Figura 15 – Aproximações entre desafios e potencialidades dos territórios apresentados pelos participantes da AB e SM .....	228
Figura 16 - Desafios e potencialidades do território, expectativas e feedback com maior frequência identificados pelos participantes da AB e SM nas oficinas por município .....	229

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Quantitativo e modalidade de serviços de saúde mental, unidades de básicas de saúde e seus trabalhadores nos municípios da Região de Saúde Porto Seguro .....	57
Tabela 2 - Amostra estratificada mínima (nM) e amostra estratificada participante (nP) por município e por setor de atuação .....	130
Tabela 3 - Caracterização sociodemográfica dos profissionais da Saúde Mental e Atenção Básica da Região Extremo-sul baiana .....	132
Tabela 4 - Caracterização da formação dos profissionais da Saúde Mental e Atenção Básica da região extremo-sul baiana .....	136
Tabela 5 – Atuação e experiência no setor pelos profissionais da saúde mental e atenção básica da Região Extremo-sul baiana .....	138
Tabela 6 – Conhecimentos dos trabalhadores da Saúde Mental e Atenção Básica da Região Extremo-sul baiana sobre Matriciamento ou Apoio Matricial (AP) .....	143
Tabela 7 – Informações dos participantes da pesquisa sobre treinamento acerca do Matriciamento ou Apoio Matricial (AP) .....	144
Tabela 8 – Informações dos participantes da pesquisa sobre instrumentos/ferramentas usados do treinamento acerca do Matriciamento ou Apoio Matricial (AP) e serviços responsáveis.	148
Tabela 9 - Tempo dedicado para realização do apoio matricial na percepção dos participantes da pesquisa .....	152
Tabela 10 – Principais aspectos positivos/avanços e dificuldades/desafios em relação ao trabalho de Matriciamento ou Apoio Matricial realizado entre Saúde Mental e Atenção Básica .....	153
Tabela 11- Alfas de <i>Cronbach</i> , correlações item-total, cargas fatoriais e escores médios de cada item (n = 354) .....	160
Tabela 12 – Média, Desvio Padrão (DP), e Intervalos de Confiança (IC) das dimensões da Escala de percepção de avanços e desafios do Matriciamento (n = 375) .....	165
Tabela 13 - Médias, DP e IC das dimensões que medem os Avanços observados com o processo de Matriciamento, por município (n =352) .....	168
Tabela 14 - Médias, DP e IC das dimensões que medem os Desafios encontrados com o processo de Matriciamento, por município (n =352) .....	170
Tabela 15 – Médias, DP e IC de cada dimensão que mede Avanços, por setor que atua .....	173
Tabela 16 – Médias, DP e IC de cada dimensão que mede Desafios, por setor que atua .....	174
Tabela 17 - Médias, DP e IC das dimensões de Avanços considerando se o profissional já teve algum acesso à curso, Educação Permanente, Educação em Saúde para atuar no Matriciamento .....	175

Tabela 18 - Médias, DP e IC das dimensões de Desafios considerando se o profissional já teve algum acesso à curso, Educação Permanente, Educação em Saúde para atuar no Matriciamento .....	176
Tabela 19 – Médias, DP e IC das dimensões de Avanços por categoria de formação profissional .....	178
Tabela 20 – Médias, DP e IC das dimensões de Desafios por categoria de formação profissional .....	180
Tabela 21 – Número de oficinas de Educação Permanente/Preparatórias para o Matriciamento ou Apoio Matricial, total de participantes por setor e por município .....	185
Tabela 22 - Dimensões, itens, IVC Clareza e IVC Pertinência de todos os itens da escala – Primeira rodada de Avaliação .....	307
Tabela 23 - Itens originais e itens modificados após a primeira rodada da etapa de validação de conteúdo .....	310
Tabela 24 - Fatores extraídos e seus respectivos itens, Variância Explicada e Variância Explicada Acumulada (n = 354) .....	315

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Aproximações entre os princípios/dimensões da reforma psiquiátrica brasileira e princípios/diretrizes da política de humanização do Sus, princípios da RAPS, princípios fundamentais da articulação entre SM e AB e características do Apoio Matricial.....	71
Quadro 2 - Documentos/Publicações do Ministério da Saúde que fundamentam a prática do Apoio Matricial no Brasil .....	89
Quadro 3 - Impasses e Desafios para consolidação e efetividade do Matriciamento na Atenção Básica segundo Treichel, Onocko-Campos e Campos (2019) e outros Autores .....	92
Quadro 4 - Avanços e possibilidades gerados pelo Matriciamento segundo Gonçalves e Peres (2018) e outros autores .....	94
Quadro 5 - Roteiro sugerido por Brasil (2011c) para discussão de casos para Apoio Matricial em Saúde Mental .....	98
Quadro 6 – Publicações que abordam os avanços e desafios do Matriciamento no Brasil .....	102

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Total de participantes por setor de atuação .....	130
Gráfico 2 - Experiência anterior dos trabalhadores da Atenção Básica e Saúde Mental com a gestão e saúde pública/ saúde coletiva .....	140
Gráfico 3 - Existência de equipes NASF e suas quantidades na percepção dos trabalhadores da Saúde Mental e Atenção Básica .....	151



## **LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS**

AB – Atenção Básica (de Saúde)

ACS - Agente Comunitário de Saúde

ADAPS - Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde

AFE – Análise Fatorial Exploratória

APS – Atenção Primária de Saúde (sinônimo de AB)

ASB – Auxiliar de Saúde Bucal

ASG - Auxiliar de Serviços Gerais

CAPS– Centro de Atenção Psicossocial

CETAD - Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas

CLT - Consolidação das Leis do Trabalho

CMS – Conselho Municipal de Saúde

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CRAS – Centro de Referência em Assistência Social

CREAS – Centro Especializado em Assistência Social

ESF – Equipe de Saúde da Família

FISM – Fórum Intersetorial de Saúde Mental

MS – Ministério da Saúde

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família (atualmente NASF-AB)

ONG - Organização Não Governamental

OPAS – Organização Pan Americana de Saúde

PEEP – Projeto Engrenagens da Educação Permanente

PMMB - Projeto Mais Médicos para o Brasil

PMM - Programa Mais Médicos

PPF-RAPS – Projeto Percursos Formativos da Rede de Atenção Psicossocial

PTS – Projeto Terapêutico Singular

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SESAB – Secretaria Estadual de Saúde da Bahia

SM – Saúde Mental

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFBA – Universidade Federal da Bahia

# SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	25
<b>2 CAMINHOS EPISTEMOLÓGICOS E METODOLÓGICOS DA PESQUISA</b> .....	34
2.1 Do binômio normalidade-anormalidade à pesquisa em saúde mental: algumas reflexões epistemológicas sobre o tradicional e o contemporâneo.....	34
2.1.2 Um breve trajeto sobre o binômio normalidade/anormalidade – Canguilhem, Foucault e autores contemporâneos - implicações epistemológicas sobre a saúde mental .....	37
2.1.3 A transdisciplinaridade como base conceitual de uma metodologia possível à pesquisa em saúde mental, no contexto desafiador do “trabalho vivo” .....	43
2.2 Tipo de estudo.....	50
2.3 Momento de Coleta de Dados Quantitativos.....	54
2.3.1 Participantes.....	54
2.3.2 Cenário de estudo.....	55
2.3.3 Procedimentos de coleta dos dados.....	57
2.3.4 Instrumentos de coleta de dados.....	58
2.3.4.1 Procedimentos de Análise de Validade e de confiabilidade .....	59
2.3.5 Procedimento de Análise dos dados.....	61
2.4 Momento da Pesquisa-ação.....	62
2.4.1 Participantes.....	62
2.4.2 Organização da Oficina.....	63
2.4.3 Procedimento de registro e análise dos dados.....	64
2.5 Considerações Éticas.....	65
<b>3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	66
3.1 A Reforma nossa de cada dia - Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial no Brasil - da força transformadora às fragilidades contemporâneas.....	66
3.2 Saúde Mental na Atenção Básica – Uma integração possível, necessária e produtora de saúde nos fazeres cotidianos dos atores na rede.....	77
3.3 O Matriciamento – desafios e possibilidades na potencialização da RAPS nos territórios .....	84
3.3.1 Sobre o novo e o “emaranhado” produtor de saúde .....	84
3.3.2 Sobre conceito, desafios, avanços e possibilidades do Apoio Matricial .....	86
3.3.3 O Apoio Matricial em ação – Di-versificando possibilidades de construção compartilhada .....	96
3.3.4 Matriciamento - Bahia, Brasil, outras trilhas em uma breve pesquisa bibliográfica .....	100
3.4 A Formação profissional para o SUS/Saúde Mental: percalços e saídas possíveis entre o “ser”, o “saber” e o “saber fazer” .....	104
3.4.1 Que profissional se quer formar e como fazê-lo?.....	108

3.5 Relações de poder e Apoio Matricial – contextos e algumas vulnerabilidades socioculturais como desafios para uma prática democrática no cotidiano do cuidado em Saúde Mental .....	119
3.5.1 Mulheres e fatores interseccionais - trânsito nas relações de poder e a Luta Antimanicomial.....	121
3.5.2 Ditadura <i>versus</i> democracia – espaços manicomiais de silenciamento e exclusão a serviço do poder hegemônico.....	123
3.5.3 Trânsitos no cotidiano das relações entre profissionais e equipes – desafios nas relações de poder e o Apoio Matricial.....	125
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>129</b>
4.1 O Matriciamento entre Saúde Mental e Atenção Básica no extremo-sul baiano – avanços e desafios no trabalho em rede.....	129
4.1.1 Caracterização dos profissionais da Saúde Mental e Atenção Básica da Região Extremo-sul baiana no que diz respeito ao nível sociodemográfico e profissional.....	129
4.1.2 Caracterização dos profissionais da Saúde Mental e Atenção Básica da Região Extremo-sul baiana em relação ao nível de conhecimento e de experiência relativos ao Matriciamento.....	141
4.1.3 Aspectos positivos/avanços e dificuldades/desafios para a realização do Matriciamento.....	153
4.1.4 Percepção dos profissionais a partir da Escala de Percepção de Avanços e Desafios no Trabalho de Matriciamento.....	158
4.1.5 Como os profissionais estudados avaliam as distintas dimensões dos avanços e desafios do Matriciamento.....	164
4.1.6 Diferenças de percepção dos profissionais, no que diz respeito aos avanços e desafios, em função do município de atuação.....	168
4.1.7 Diferenças de percepção dos profissionais, no que diz respeito aos avanços e desafios, em função do setor que atuam (se SM ou AB) .....	172
4.1.8 Diferenças de percepção dos profissionais, no que diz respeito aos avanços e desafios, em função do acesso a treinamento sobre Matriciamento .....	175
4.1.9 Diferenças de percepção dos profissionais, no que diz respeito aos avanços e desafios, em função da formação profissional.....	178
4.2 Momento Qualitativo – adentrando o território através das Oficinas Preparatórias para o Apoio Matricial.....	184
4.2.1 Descrevendo o percurso da implementação das oficinas sob a ótica do pesquisador .....	186
4.2.2 Trilhando “vivências oficinairas” em cada município.....	192
4.2.3 Análise das oficinas de Educação Permanente – Alguns diálogos e reflexões possíveis.....	208
4.2.4 Uma breve análise dos desafios e potencialidades no território – desvendando a “ilha” para implementação de ações matriciais.....	220
4.3 Sintetizando convergências entre a pesquisa quantitativa (Questionário/Escala) e a pesquisa qualitativa (Oficinas) e experimentando caminhos nos territórios .....	224
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>230</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>237</b>

<b>APÊNDICES .....</b>	<b>268</b>
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ( <i>on line</i> ) .....	269
APÊNDICE B – Questionários sociodemográfico e sócio-ocupacional.....	271
APÊNDICE C – Questionário de conhecimentos e experiência com Apoio Matricial .....	272
APÊNDICE D – Escala de percepção de avanços e desafios do Matriciamento .....	275
APÊNDICE E – Roteiro da Oficina de Educação Permanente preparatória para o Matriciamento .....	280
APÊNDICE F – Carta – Convite aos Juízes .....	281
APÊNDICE G – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - juízes do comitê para validação de instrumento de coleta de dados - <i>on line</i> .....	282
APÊNDICE H - Instrumento de validação de conteúdo da escala de percepção de avanços e desafios no trabalho de matriciamento.....	284
APÊNDICE I - Procedimento de Validação da Escala de Percepção de Avanços e Desafios no Trabalho de Matriciamento .....	306
APÊNDICE J – Vivência pessoal partilhada sobre absorção de preconceitos com o louco – Oficina - Fase 3 .....	318

## APRESENTAÇÃO

Esta Tese versa sobre um aspecto essencial do processo de Matriciamento entre Saúde Mental (SM) e Atenção Básica (AB) - a prática profissional. Ela está integrada na Linha de Pesquisa “Sociedade, Cultura e Ambiente”, do Programa de Pós-Graduação em Estado e Sociedade da Universidade Federal do Sul da Bahia. Especificamente, buscou analisar os avanços e desafios encontrados na prática profissional no processo de Matriciamento entre Saúde Mental (SM) e Atenção Básica (AB), no contexto do trabalho em rede de oito municípios da Região Extremo-sul baiana, além de envolver um momento de pesquisa-ação estratégica, na medida que foram realizadas Oficinas de Educação Permanente – Oficinas Preparatórias para o Apoio Matricial junto a esses profissionais.

A minha inserção no campo da Saúde Mental se deu na década de 90, quando ingressei no curso de Psicologia pela Universidade Federal do Pernambuco. Desde então, fui construindo minha experiência profissional em Psicologia, orientando-me pelas áreas da Psicologia Clínica e Organizacional, mas principalmente da Psicologia Social, da Psicologia em Políticas Públicas, da Saúde Pública/ Saúde Coletiva e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) (Média e Alta complexidades). Inicialmente estagiei em um antigo “Posto de Saúde”, em Recife - PE, em finais da referida década, onde havia psicólogos atendendo diariamente a população, na cidade do Recife, a todo tipo de demanda em Saúde Mental. Entre os anos seguintes, passei por serviços do SUAS, no contexto das violências, onde conheci o conceito de território e participamos em 2010, da pioneira articulação e implementação de reuniões mensais da Rede Intersetorial do Município de Eunápolis-Ba, as quais resistem às tentativas de desmonte até hoje, cuja finalidade é dialogar sobre demandas do território, casos e ampliar a resolutividade. Em seguida, migrei para Saúde, em atuações no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II - Transtornos mentais severos e persistentes). Nessas atuações, havia ênfase ao trabalho interdisciplinar e em Rede Intersetorial, buscava ativamente colaborar com o processo de implantação e de desenvolvimento de ações de Matriciamento em Saúde Mental e Atenção Básica de Saúde.

Ao longo deste caminhar, pude aprofundar meus conhecimentos sobre o tema, quando realizei cursos de pós-graduação em Gestão de Redes de Atenção à Saúde (FIOCRUZ/ENSP) e em Saúde Coletiva (UFSB), gerando esta última, nosso livro intitulado “Controvérsias no processo de matriciamento entre Saúde Mental e Atenção Básica: de materialidades a percursos formativos em um município do Extremo-Sul baiano” e, mais recentemente, quando investiguei

os “Alcances e desafios do processo de Matriciamento entre Saúde Mental e Atenção Básica na rede municipal de Eunápolis”, no Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Estado e Sociedade (UFSB). Minha trajetória, além de profissional e acadêmica, também é marcada pelo ativismo político, pois coordeno o “Movimento Social Saúde Mental de Janeiro à Janeiro” e fomentamos, junto à representante da Regional de Saúde Porto Seguro, o Círculo Extremo-Sul Baiano da Luta Antimanicomial no ano pandêmico do COVID-19.

O interesse em estudar o Matriciamento em Saúde Mental na Atenção Básica e, mais especificamente, como os profissionais de saúde avaliam a prática das ações matriciais, partiu da experiência com o *Projeto Percursos Formativos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)/Projeto Engrenagens da Educação Permanente*, realizado no período de 2013 – 2016 no município de Eunápolis, na Linha de cuidado Saúde Mental na Atenção Básica. Um dos objetivos de relevância desse projeto consistia na implantação do Matriciamento - Apoio Matricial – nos territórios locais.

Esse Projeto calcava-se na assertiva de que há, na contemporaneidade, uma tendência mundial em conceber o funcionamento dos serviços de saúde, especialmente na Atenção Básica (AB), com base na constituição de redes de cuidado. Insere-se, neste plano da produção do cuidado, a assistência especializada em saúde mental por meio do Apoio Matricial, com vistas a aumentar a resolutividade da AB, reduzir as filas de espera nos serviços especializados, normalmente sobrecarregados, e garantir o atendimento integral do usuário (Franco, 2018).

Historicamente, a baixa resolutividade da AB em saúde mental esteve associada a um processo de trabalho médico-centrado, a uma prática clínica baseada na prescrição de medicamentos e no consumo de alta tecnologia. Relaciona-se, também, com o uso ainda muito restrito das tecnologias relacionais, que investem em processos educacionais, acolhimento e vínculo, para promover no usuário a busca do cuidado, inclusive o proporcionado por ele mesmo, fatores que levam a uma excessiva demanda para a atenção especializada (Franco, 2018). Assim, o Matriciamento consiste em uma estratégia potente, que possibilita, de fato, a articulação e execução do cuidado substitutivo aos hospitais psiquiátricos, em rede, nos territórios, como preconizado pelo Sistema Único de Saúde.

A despeito da potência desta Tecnologia Social, o Matriciamento ainda pode ser considerado uma experiência recente em termos de saúde pública no Brasil, consistindo, portanto, em um importante objeto de pesquisa. Em 1999, Gastão Wagner elabora o Matriciamento ou Apoio Matricial (Campos; Domitti, 2007), que nasce como “novo equipamento para produzir saúde entre equipes”, através da construção compartilhada, em um processo sintonizado” a uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica transdisciplinar e

intersetorial” (Brasil, 2011<sup>1</sup> *apud* Reis, 2019, p. 15). A proposta de Apoio Matricial compreende a criação de um arranjo organizacional que visa garantir retaguarda assistencial e suporte técnico-pedagógico em saúde mental às equipes profissionais que atuam na Atenção Básica. Com isso, era expectativa do MS que o Apoio Matricial frearia a lógica de encaminhamentos a serviços especializados e aumentaria a capacidade resolutiva das equipes de saúde locais (Brasil, 2004).

Cinco anos mais tarde, em 2008, como marco do processo de incorporação do Apoio Matricial nas redes de saúde, o MS publica a Portaria GM nº 154, de 24/1/2008, (república em 4/3/2008), instituindo o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) – atualmente NASF -AB - que são núcleos que reúnem profissionais especializados para matriciar a rede de Equipes de Saúde da Família. Os NASF incorporam a ideia de “equipe de referência” e “Apoio Matricial” como tecnologia social de reorganização da Atenção Básica, centrado na noção de cuidado compartilhado e apoio pedagógico às Equipes de Saúde da Família. A Portaria recomenda a presença de pelo menos um profissional de Saúde Mental para o trabalho em colaboração, redimensionando o trabalho de referência e contrarreferência. Essa forma de aumentar a resolutividade da Atenção Básica, organizando o processo de trabalho compartilhado entre equipes especializadas e equipes locais tem sido adotada em diversos países europeus, como Canadá, Espanha, Austrália, Irlanda, Reino Unido, com diferentes nomes, como *colaborative care* e *shared care* (Tesser; Poli Neto, 2017). No cenário internacional a discussão está centrada na troca de conhecimento entre profissionais e no atendimento compartilhado” (Bispo; Moreira, 2017, p. 8, 9), em especial, no que se refere a doenças crônicas, conforme evidenciado nas experiências do Reino Unido e Canadá. Bispo e Moreira (2017) ressaltam, porém, que o arranjo do apoio matricial é uma construção genuinamente brasileira.

Os estudos que tiveram como foco o processo de Matriciamento brasileiro ainda se concentram na região sudeste sul do país. De acordo com a revisão de literatura feita, na região nordeste ainda são bastante escassos e mesmo inexistentes na Região Extremo-sul baiana. Além disso, a maioria dos estudos adota uma metodologia qualitativa. Dessa forma, essa Tese assume um caráter duplamente inédito, ao investigar uma região ainda inexplorada por pesquisadores e ao adotar a metodologia mista de pesquisa.

A Tese está organizada em sete capítulos: o primeiro, da Introdução, que buscou

---

1BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica**. Brasília, DF, 2011a.

circunstanciar o problema de pesquisa, apresentou as perguntas de pesquisa, os objetivos, geral e específicos, e, finalmente, apresentou a justificativa do trabalho, evidenciando sua relevância acadêmica/científica e social.

O segundo capítulo tratou da Metodologia utilizada e, por tratar-se de uma pesquisa quali-quantitativa, foi subdividido em duas principais seções. A primeira, que traz os Fundamentos Epistemológicos que orientaram o olhar da pesquisadora sobre seu objeto de estudo e deram os contornos metodológicos da pesquisa, e a segunda seção, que se volta para descrever os procedimentos metodológicos propriamente ditos. No que se refere aos procedimentos metodológicos, apresenta-se, com um certo detalhamento, as duas etapas de organização da pesquisa, sendo a primeira bibliográfica e documental e a segunda, de campo, com um momento de levantamento de dados quantitativos, por meio de aplicação de questionários e escala, e outro, de produção de dados qualitativos, por meio da observação participante no processo de pesquisa-ação que envolveu as Oficinas de Educação Permanente/Preparatória para o Apoio Matricial, com profissionais de equipes de Saúde Mental e Atenção Básica.

No terceiro capítulo, foram reunidas seções de “Fundamentação Teórica” do trabalho, sendo iniciado com o tema “A Reforma nossa de cada dia - Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial no Brasil - da força transformadora às fragilidades contemporâneas”, com fins de informar e contextualizar historicamente o tema, apontando para necessidades de fortalecer práticas democráticas em Saúde no Brasil. A seção seguinte fala sobre “Saúde Mental na Atenção Básica – Uma integração possível, necessária e produtora de saúde nos fazeres cotidianos dos atores na rede”, que versa sobre o papel essencial da AB no processo de cuidado em Saúde Mental/ integral, bem como da integração dos dois setores com a rede intersetorial, com o território, para produzir uma SM mais efetiva, diante dos desafios para cumprimento do que é preconizado pela OPAS, WONCA/ WHO. Em sequência, o tema “O Matriciamento – desafios e possibilidades na potencialização da RAPS nos territórios”, aborda o Matriciamento, conceito, desafios, avanços, possibilidades em rede, na tentativa de potencializar a RAPS e a vida dos usuários da SM como sujeitos integrais, onde também foram abordadas algumas das modalidades de ações matriciais compartilhadas, para a produção de Saúde Mental em rede. Além disto, este capítulo versou sobre uma breve pesquisa bibliográfica acerca de publicações e pesquisas que abordem avanços e desafios do Matriciamento no Brasil. Na seção seguinte, tratou-se do tema “A Formação profissional para o SUS/Saúde Mental: percalços e saídas possíveis entre o “ser”, o “saber” e o “saber fazer”, para tratar da relevância da formação, com caráter transdisciplinar e territorial para atuação profissional na Saúde Mental, no Apoio Matricial, seja na formação técnica ou nos processos de Educação Permanente e similares no



cotidiano dos profissionais de SM e AB de Saúde. No seguinte tópico, “Relações de poder e Apoio Matricial – contextos e algumas vulnerabilidades socioculturais como desafios para uma prática democrática no cotidiano do cuidado em SM”, foi abordado como as relações de poder atravessam o contexto de grupos vulneráveis e as relações interprofissionais, favorecendo ou não a autonomia dos usuários da SM e profissionais da rede e como o Apoio Matricial favorece a horizontalidade que produz saúde. Ao fim, o tópico “Matriciamento - Bahia, Brasil e outras trilhas” reportou alguns estudos que tratam dos alcances e desafios em diferentes Estados brasileiros.

O quarto capítulo traz os resultados dessa pesquisa, sob o título “O Matriciamento entre Saúde Mental e Atenção Básica no extremo-sul baiano – avanços e desafios no trabalho em rede”, apresentando também as discussões pertinentes a esses resultados. Esse capítulo foi dividido várias seções, de modo a atender todos os objetivos específicos da Tese. Inicia-se apresentando a caracterização dos profissionais da Saúde Mental e Atenção Básica da Região Extremo-sul baiana no que diz respeito ao nível sociodemográfico e profissional, seguido da caracterização dos profissionais em relação ao nível de conhecimento e de experiência relativos ao Matriciamento. Na sequência sumariza os resultados obtidos a partir do levantamento dos aspectos positivos/avanços e dificuldades/desafios para a realização do Matriciamento. Além disso, neste capítulo são apresentados, em distintas seções, os resultados das análises descritivas e inferenciais conduzidas a partir da Escala de Percepção de Avanços e Desafios no Trabalho de Matriciamento, incluindo aí a análise qualitativa dos dados obtidos das Oficinas de Educação Permanente/Preparatórias para o Apoio Matricial.

Por fim, o sétimo capítulo apresenta as considerações finais do trabalho, onde se retoma os objetivos da Tese, sintetiza-se as principais conclusões, apresenta-se as forças e limitações do estudo e procede-se com recomendações para estudos futuros sobre a temática. A esse capítulo final, segue-se com as Referências Bibliográficas e os apêndices.

# 1 INTRODUÇÃO

A prevalência de transtornos mentais é alta no mundo e no Brasil, constituindo-se como um sério problema de saúde pública. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que quase um bilhão de pessoas (970 milhões) em todo o mundo tem um transtorno mental diagnosticável e que a maioria delas, não tem acesso a cuidado eficaz, uma vez que os serviços não estão disponíveis por não ter a capacidade necessária, ou porque são de difícil acesso ou inacessíveis, ou mesmo devido à estigmatização generalizada que impede as pessoas, em todas as culturas, de buscar ajuda (OPS; OMS, 2023a). Dados anteriores à Pandemia do COVID-19, prediziam que um a cada quatro indivíduos sofrerá de algum tipo de doença mental no seu curso de vida. Vale lembrar que os transtornos mentais já responderam por 12% a 15% da incapacidade mundial total, estando acima das doenças cardiovasculares e duas vezes mais do que o câncer (Thornicroft; Tansella, 2008). Além disso, a OMS alerta que tem havido um progressivo aumento desse problema nos últimos anos, especialmente em países periféricos, uma vez que há associação negativa entre doença mental e nível socioeconômico (WHO, 2011), o que veio a se agravar no mundo pós pandêmico, estimando-se que problemas como a depressão e a ansiedade aumentaram em 25% a mais (OPS; OMS, 2023a). Ressalta-se que estes agravos acometeram mais incisivamente pessoas vulneráveis, levando em consideração as iniquidades sociais e suas determinantes.

O *Informe Mundial de Saúde Mental – transformar a saúde mental para todos* (OPS; OMS, 2023a), enfatiza, diante da gravidade, a necessidade de que os tomadores de decisão e defensores da saúde mental intensifiquem o compromisso e a ação para mudar atitudes, ações e abordagens à saúde mental, seus determinantes e cuidados. Este relatório apontou que no mundo, em média, os países gastam menos de 2% do seu rendimento na Saúde Mental, sendo que, em países de renda média, mais de 70% das despesas com saúde mental contínua destinado a hospitais psiquiátricos. Semelhantemente, em 2020, o financiamento governamental mediano para a Saúde Mental nas Américas “representava apenas 3% dos gastos totais em saúde, e quase metade desses fundos foi alocada para hospitais psiquiátricos, que podem estar associados a piores desfechos de tratamento e a violações dos direitos humanos, principalmente em relação a internações de longa permanência” (OPAS; OMS, 2023b, p. 1). Além disto, relatou-se que as Américas são a única Região da (OMS) com taxas de suicídio que continuam aumentando.

Ao lado da alta prevalência, mesmo antes da Pandemia do COVID-19, o problema era agravado pela baixa oferta de serviços especializados, especialmente nos países em desenvolvimento (Kohn; Saxena; Levav; Saraceno, 2004). De acordo com Whiteford, Knaap,

Thornicroft e Saxena (2007), no mundo há uma taxa média de falta de atendimento da ordem de 32,2% para esquizofrenia, 56,3% para depressão, 56% para distímia, 50,2% para transtornos bipolares, 55,9% para transtorno de pânico, 57,5% para transtorno obsessivo compulsivo e 78,1% para abuso e dependência de álcool. Atualmente, quase metade da população mundial vive em países com apenas um profissional de saúde da psiquiatria, por 200.000 habitantes ou mais, com disponibilidade limitada de medicamentos psicotrópicos essenciais, principalmente em países baixa renda (OPS; OMS, 2023a).

No Brasil, dizem atualmente se viver uma segunda epidemia: a de saúde mental, notificando o DataSUS um crescimento considerável do total de óbitos por lesões autoprovocadas, que duplicou nos últimos 20 anos, passando de 7 mil para 14 mil (COFEN, 2022). Além disto, dados anteriores à pandemia já apontavam episódios depressivos como a principal causa de pagamento de auxílio-doença não relacionado a acidentes de trabalho, correspondendo a 30,67% do total, seguida de outros transtornos ansiosos (17,9%), havendo aumento após a pandemia, principalmente dos casos de depressão e ansiedade (COFEN, 2022).

Alguns estudos epidemiológicos indicam que entre 31 e 50% da população tenha tido pelo menos um episódio de transtorno mental ao longo da vida, sendo que 20 a 40% destes necessitam de atendimento especializado (Ximenes Neto; Felix; Oliveira; Jorge, 2009). Isso significa que muitos que tenham tido episódios agudos, poderiam ser atendidos na Atenção Básica, dispensando encaminhamentos aos serviços especializados. Figueiredo e Onocko-Campos (2009), baseadas em dados do Ministério da Saúde (MS), afirmam que cerca de 80% dos usuários encaminhados aos profissionais especialistas não apresentam real demanda específica para atenção especializada. De fato, o MS estima que 3% da população sofre de problemas mentais severos e persistentes, o que representa 5,5 milhões de pessoas que exigem cuidado de saúde mental contínuo. Mais de 6% da população têm transtornos psiquiátricos graves decorrentes do uso de álcool e outras drogas e 12% da população precisa de algum tipo de atendimento em Saúde Mental, seja contínuo ou eventual (Brasil, 2008a; 2008b).

Dada a alta prevalência, a baixa oferta de serviços e os encaminhamentos desnecessários aos serviços especializados, a OMS e os pesquisadores do *Movement for Global Mental Health* (MGMH) têm orientado em favor de um sistema de serviços em rede, de base comunitária, que inclua a Atenção Primária à Saúde (APS), mesmo porque apenas os serviços especializados não são capazes de garantir o atendimento integral ao usuário (Thornicroft; Tansella, 2008). Deste modo, as estratégias de prevenção aos agravamentos podem e devem ser iniciadas e mantidas na Atenção Primária de Saúde (Atenção Básica), cujo papel delinea-se prioritariamente nas ações de prevenção e promoção à saúde. Nesse sentido, a OMS, juntamente com Organização

Mundial dos Médicos de Família (*World Organization of Family Doctors/WONCA*), publicam em 2008, o documento *Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários: uma perspectiva global* (WHO, WONCA, 2008), no qual estabelecem 10 princípios para integrar a saúde mental nos cuidados primários:

1. A política e os planos têm que incorporar cuidados primários para a saúde mental.
2. Advocacia (ativismo) é necessária para mudar atitudes e comportamentos.
3. É necessária a formação adequada dos profissionais de cuidados primários.
4. As tarefas de cuidado primário têm que ser limitadas e realizáveis.
5. Profissionais e instituições especializadas em saúde mental devem estar disponíveis para apoiar os cuidados primários.
6. Os pacientes devem ter acesso a medicamentos psicotrópicos essenciais nos cuidados primários.
7. A integração é um processo, não um acontecimento.
8. Um coordenador de serviços de saúde mental é crucial.
9. A colaboração com outros setores governamentais não relacionados com a saúde, com organizações não governamentais, com profissionais de saúde ao nível da vila ou da comunidade e com voluntários é necessária.
10. Recursos financeiros e humanos são necessários.

Ressalta-se que, o ativismo mencionado no segundo princípio designado para integrar a saúde mental nos cuidados primários, corresponde, neste contexto, às ações e articulações dos Movimentos Sociais que promovem a defesa dos direitos das pessoas na esfera da Saúde Mental, a exemplo do Movimento Social da Luta Antimanicomial no Brasil, que se iniciaram nos anos 1970 e culminaram na Reforma Psiquiátrica Brasileira. Segundo Amarante *et al.* (2008), Reis (2019) e Tenório (2002), a Luta antimanicomial, juntamente com a Reforma Psiquiátrica, foi o que possibilitou a reforma do serviço e do modelo assistencial, caracterizados pela valorização do trabalho em equipes profissionais, de modo humanizado e ampliador das perspectivas dos usuários. Como é possível observar, o Apoio Matricial ou Matriciamento surge como um item indispensável à integração da Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde.

No Brasil, o Ministério da Saúde (Brasil, 2005) afirmava desde 2005 que 56% das Equipes de Saúde da Família realizavam algum tipo de intervenção em saúde mental. No entanto, os profissionais da AB reconhecem não estar preparados para realizar intervenções adequadas, especialmente no que concerne aos casos de pacientes com grave sofrimento psíquico. De fato, a maioria dos profissionais manifesta receio, insegurança e despreparo para

atender pacientes com transtornos mentais e comportamentais e usuários de substâncias químicas (Figueiredo; Onocko-Campos, 2009).

Assim, há desafios para o desenvolvimento e manutenção das ações matriciais e para a efetivação da Clínica Ampliada. A Clínica Ampliada pode ser concebida como uma diretriz em que atuam os profissionais da saúde, na qual ocorre a articulação e diálogo de diferentes saberes, com o propósito de compreender os processos de saúde e adoecimento, visando a inclusão dos usuários como cidadãos que também constroem as condutas em saúde, participando do seu Projeto Terapêutico Singular (PTS) (Brasil, 2009). Trabalhar na perspectiva da Clínica Ampliada demanda uma mudança de visão do objeto de trabalho na clínica, na medida em que exige que se considere que problema de saúde ou doença só existem se forem encarnados em sujeitos, em pessoas com diversas necessidades e potencialidades (Campos; Amaral, 2007). Um dos desafios, é a formação tradicional dos profissionais da saúde uma vez que se organizam predominantemente de forma hierárquica e vertical, na qual encaminhamentos difundem as responsabilidades e precarizam a comunicação (Morais, 2010). Muitos atuam sob esta lógica, não exercendo a corresponsabilidade do cuidado no território, encaminhando casos para especialidades, abstendo-se do compartilhamento clínico e fragmentando o cuidado, o que dificulta muito a resolutividade. Em convergência, Campos e Domitti (2007) acrescentam que fatores diversos dificultam o Matriciamento, os quais vão da estrutura física dos ambulatórios, refletindo uma “lógica de ferro”, ao grau insuficiente de coordenação, comunicação e integração entre as especialidades e profissões. De acordo com o Guia organizado por Dulce Helena Chiaverini (Brasil, 2011c), o Apoio Matricial impõe mudanças nas relações entre os profissionais de saúde, na medida em que se apresenta como uma alternativa possível frente ao despreparo e receio dos profissionais das Equipes de Saúde da Família (ESF) para prestar o cuidado em saúde mental às pessoas com transtornos mentais que vivem nos territórios.

Assim, deduz-se que os profissionais de Saúde são o veículo principal de implementação das formas de cuidado em Saúde Mental substitutivas do modelo manicomial, como o Matriciamento. Porém, com base no que foi exposto, observa-se que no cotidiano de trabalho dos profissionais há forças de mudança e permanência, que geram contradições e paradoxos (Emerich; Yasui; Barros, 2018). Como forças de permanência, há a visão manicomial que se centraliza na doença, cujo cuidador principal é o médico e compreende-se a loucura como uma patologia incurável, de tratamento predominante e excessivamente medicamentoso, “eletromecânico” (eletroconvulsoterapia) ou cirúrgico mutilador (lobotomia), sendo impossibilitadora do convívio social para o sujeito que a porta – o “louco” – e deste modo, necessita-se acomodar o “paciente” em ambientes hospitalares, sob o cerceamento de

sua liberdade, visto também estereotipá-lo pela periculosidade que proporciona a si mesmo e aos demais.

Em contraposição, como forças de mudanças há o modelo substitutivo que se centraliza na saúde e no cuidado compartilhado – corresponsabilizado entre familiares, comunidade e equipe multiprofissional - e compreende-se o transtorno mental como um quadro complexo, persistente, porém, passível de cuidados psicossociais, com complementação medicamentosa moderada, caso necessário. Tal cuidado se processa por múltiplas estratégias de tratamento, envolvendo diversos recursos que facilitem o alcance da autonomia por parte dos usuários. O território de convívio dos mesmos, suas comunidades e recursos, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), diversos pontos de atenção existentes na rede intersetorial, são *loci* onde se processa o cuidado, com a articulação em rede, com o usuário sempre em liberdade. Há equipes profissionais de referência para o cuidado em SM, sem um *lócus* destinado ao aprisionamento. Tal proposta denota a importância da interação dos profissionais, de sua formação e preparo para um cuidado compartilhado, corresponsabilizado entre equipes e cuidadores, para além dos muros hospitalares.

A esse respeito, Morais (2010) reforça o argumento de que um dos desafios para o Matriciamento é a formação tradicional dos profissionais, que colabora para que atuem sob a lógica dos encaminhamentos e não da corresponsabilidade do cuidado, convergindo aos estudos de Onocko-Campos *et al.* (2011) que exemplificam a baixa qualificação das equipes da AB e SM para interações como prejudicial para as ações coletivas. Tais pontos configuram uma prática profissional com perfil fragmentado e disciplinar, dificultando a articulação de saberes e fazeres necessários ao Apoio Matricial.

Reis (2019), adotando o mesmo raciocínio, enfatiza que existe uma carência no preparo técnico dos profissionais, a qual provoca dificuldade para integrar, trocar conhecimentos e construir compartilhadamente. Em concordância, Morais (2010) aponta para “a necessidade de maior conhecimento da saúde mental, com enfoque multi e transdisciplinar, questionando a formação tradicional nesta área de atenção” (Morais, 2010, p. 97). Reis (2019) demonstrou em sua pesquisa, ser ainda insuficiente a capacitação profissional para lidar com os aspectos subjetivos<sup>2</sup> que envolvem a saúde mental dos sujeitos, mesmo que conste nos relatórios de gestão, cursos para os trabalhadores da AB e SM.

Para além das dificuldades e desafios, é possível também encontrar evidências

---

<sup>2</sup> Ao longo desta Tese, os termos **subjetivo/ subjetividade** referem-se ao que diz respeito ao sujeito individual, às suas singularidades, enquanto único, pessoal, com exceção para quando relacionado à concepção de algum autor em algum trecho específico.

empíricas, ainda que mais escassas, de que tenha havido avanços com a implementação do Matriciamento em distintos territórios. Morais e Tanaka (2012) realizaram um estudo na cidade de Fortaleza com o objetivo de identificar alcances e limites do Apoio Matricial em saúde mental em Unidades Básicas de Saúde (UBS). Eles identificaram que o Matriciamento permitiu a reorganização da entrada do usuário ao garantir o acesso da demanda de saúde mental. Além disso, os profissionais da Estratégia Saúde da Família entrevistados apontaram a tomada de decisão como um aspecto favorecido pela forma como acontece o Apoio Matricial, uma vez que permitiu que eles deliberassem sobre suas ações, promovessem cooperação e decisão coletiva, pactuassem com a organização do serviço relativa à disposição da agenda de atendimento e triagem. As falas dos entrevistados confirmam também níveis de sensibilização e compromisso dos profissionais do Programa de Saúde da Família e da UBS com a saúde mental na Atenção Básica. Finalmente, foi possível observar que o processo de Matriciamento para o atendimento aos casos de saúde mental foi capaz de produzir novas práticas clínicas e institucionais junto às Equipes de Saúde da Família (ESF).

Em Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) produzido por essa pesquisadora, em que se investigou as controvérsias na prática profissional no processo de Matriciamento entre Saúde Mental (SM) e Atenção Básica (AB), no contexto do trabalho em rede no município de Eunápolis, entre os anos de 2013 a 2017 (Reis, 2019), observou-se como avanços uma maior proximidade da SM com a AB, com maior resolutividade dos casos e continuidade dos acompanhamentos. Com isto, a AB acessou mais informação sobre SM, sob a ótica da Clínica Ampliada, na proposta da Saúde Coletiva, fomentando a quebra de paradigmas de cuidado biomédicos e hospitalocêntricos, ampliando-se a possibilidade, a oferta de cuidados no território. Também foi possibilitada uma maior sensibilização das equipes permitindo uma melhoria do acolhimento dos usuários em seus territórios, evidenciando também a potência do trabalho inter, multi e transdisciplinar, com ênfase na promoção da autonomia e participação social, da liberdade das pessoas com sofrimento psíquico e transtornos mentais, antes privados de sua liberdade e direitos enquanto cidadãos (Tenório, 2002; Coren, 2019). Pode-se observar maior visibilidade das demandas em SM nas ESF, a criação de espaços de apoio na ESF/AB/NASF/SM, com instrumentalização mais qualificada que anteriormente para estas demandas, o que fortaleceu o vínculo, as conexões entre as equipes, possibilitando conhecimento mútuo e maior circulação de informação. Além disso, a visão de integralidade dos sujeitos, das estratégias de atenção e a articulação nos espaços, entre os atores nos territórios foi ampliada no período de 2013 a 2016.

Deste modo, considerando que o Apoio Matricial é um arranjo bastante inovador, e

em fase de implementação no SUS, o que se torna relevante à formulação de estudos de análise de distintos aspectos dessa experiência (Sousa; Jorge, 2018), e tendo em vista que o Matriciamento é uma tecnologia social de caráter enfaticamente interativo, que propicia mudanças significativas na prática profissional, parte-se da seguinte pergunta de pesquisa: Quais os avanços, desafios e possibilidades encontrados na prática dos profissionais de saúde no processo de Matriciamento entre Saúde Mental e Atenção Básica, no contexto do trabalho em rede nos municípios da Região Extremo-sul baiana/ Região de Saúde Porto Seguro (Eunápolis, Porto Seguro, Belmonte, Guaratinga, Itabela, Itagimirim, Itapebi, Santa Cruz Cabralia)?

Para responder esta pergunta, estabeleceu-se o Objetivo Geral que compreendeu caracterizar a percepção de profissionais da Saúde Mental e da Atenção Básica acerca dos avanços, desafios e possibilidades encontrados na sua prática profissional no processo de Matriciamento dentro do contexto do trabalho em rede nos municípios da Região Extremo-sul baiana (Região de Saúde Porto Seguro) e informar, promover reflexões e sensibilizar esses profissionais para o Apoio Matricial em Saúde Mental na Atenção Básica por meio da execução de uma proposta de Oficina de Educação Permanente/ Oficina Preparatória para o Apoio Matricial. Afim de traçar caminhos para alcançar este objetivo, tomou-se como Objetivos Específicos: Caracterizar os profissionais da Saúde Mental e Atenção Básica da Região Extremo- sul baiana no que diz respeito ao nível sociodemográfico e profissional, e em relação ao nível de conhecimento e de experiência relativo ao Matriciamento; Analisar e descrever a percepção dos profissionais no que diz respeito as distintas dimensões dos avanços e desafios elencadas na escala empregada; Investigar se há diferenças de percepção dos profissionais, no que diz respeito aos avanços e desafios, em função do município que eles atuam; Examinar se há efeito do tipo de profissão, nível hierárquico, cargo ou função que ocupa, tempo de serviço e setor que atua (se SM ou AB) sobre a percepção desses profissionais acerca dos avanços e desafios; Investigar se há diferenças de percepção dos profissionais em função de ele já ter ou não recebido algum treinamento sobre Matriciamento; Informar, promover reflexões e sensibilizar para o Apoio Matricial em Saúde Mental na Atenção Básica, os profissionais de equipes de Saúde Mental e Atenção Básica da Região estudada, a partir a implementação de Oficinas de Educação Permanente/ Preparatória para o Apoio Matricial e Analisar o processo da Oficina e seus resultados qualitativamente a partir dos dados coletados durante a observação participante.

A *pesquisa bibliográfica* sobre o tema permitiu concluir que existe uma convergência dos resultados, no sentido de apontarem para dificuldades e desafios, na sua maior parte, no



âmbito da implementação das ações matriciais, variando de fatores culturais, de gestão, da formação profissional, aos preconceitos e equívocos relativos às pessoas com transtornos mentais, como afirmado por Reis (2019). Observa-se, no entanto, que esses estudos são em sua maioria de natureza qualitativa, sob a forma de estudos de casos ou envolvendo amostras muito pequenas, e concentram-se na região sudeste, nos estados de São Paulo e Paraná. Estudos conduzidos no Nordeste são mais raros, e concentram-se nos Estados do Ceará e Piauí, havendo também estudos no Estado da Bahia, em Salvador e outra cidade do interior. De fato, com base nesta revisão, apenas estes dois estudos publicados foram conduzidos na Bahia, além do livro publicado por esta pesquisadora (Reis, 2020)<sup>3</sup> e a Dissertação de Mestrado.

Assim, o presente estudo adota a natureza quali-quantitativa e vem preencher essa lacuna, buscando realizar uma análise das experiências de implementação do Apoio Matricial, em termos de alcances e desafios, em uma amostra relativamente grande de 354 participantes, envolvendo todos os municípios da Região Extremo-sul baiana (Eunápolis, Porto Seguro, Belmonte, Guaratinga, Itabela, Itagimirim, Itapebi, Santa Cruz Cabrália), o que revela seu caráter inédito e o torna relevante cientificamente. Deste modo, espera-se que este estudo possibilite resultados que inspirem o aperfeiçoamento e fortalecimento das ações matriciais locais, incentivando novos estudos e a continuidade da articulação entre SM e AB, para facilitar a resolutividade dos casos, com vistas à melhoria da qualidade de vida da comunidade local.

No que diz respeito à relevância social, esse estudo cumpre valioso papel, considerando o contexto atual, no qual se evidenciou recentemente uma grave crise no cenário da Saúde Pública brasileira, em que o SUS, símbolo de conquista democrática e de direitos para a população, sofreu ameaças que incluem ações de retrocesso, a exemplo da publicação da Portaria 3.588 de 21 de Dezembro de 2017, que reabre portas para o sistema manicomial (Ministério da Saúde, 2017), seguida pela Nota Técnica 11/2019 do Ministério da Saúde (Ministério da Saúde, 2019). De fato, segundo Emerich, Yasui e Barros, (2018):

O ano de 2017 foi marcado por muitas iniciativas federais que fragilizaram a potência dessas políticas, tais como a Emenda Constitucional 95/2016, que limita por 20 anos os gastos públicos; portarias que modificam os modos de funcionamento dos equipamentos da atenção básica; a Portaria 3.588/17 que alterou a portaria da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), reconhecendo dos Hospitais Psiquiátricos como locus de cuidado (com indução financeira para tal) e o retorno de ofertas ambulatoriais, comprovadamente ineficazes; minutas que possibilitam a ampliação de recursos para Comunidades Terapêuticas; e, neste ano de 2018, o Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD) aprovou uma resolução que institui uma nova política centrada na abstinência, na incorporação das Comunidades Terapêuticas. Essas e muitas outras medidas representam um grande retrocesso no que vinha sendo construído (Emerich; Yasui; Barros, 2018, p.89).

---

<sup>3</sup> Disponível gratuitamente em: <https://www.pimentacultural.com/livro/controversias-processo>

Como fator igualmente agravante, o Ministério da Saúde publicou também recentemente novas portarias, dentre outras medidas destinadas à saúde pública e outros segmentos, como meio ambiente, segurança pública e cortes de recursos em programas especiais, medidas tais, tomadas sem considerar a participação social na Saúde, como previsto por lei no Brasil, ignorando assim o posicionamento contrário do Conselho Nacional de Saúde e as conclusões registradas no Relatório da 16ª Conferência Nacional de Saúde ocorrida em 2019 (CNS, 2019; REDE APS, 2019). Tais medidas ameaçam ações democráticas em Saúde, bem como o funcionamento em rede, no qual o Matriciamento é essencial. Segundo a Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde (2019), a Portaria nº 2.979/19, que altera o modelo de financiamento da Atenção Primária à Saúde (APS), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e institui o programa Previne Brasil, produz:

(...) cenário que prevê a extinção do NASF, conformações diferenciadas das equipes e AP instituídas na Portaria Nº 2.539/2019 (Brasil, 2019c), mudanças no acesso por meio de listas de pacientes para atendimento de medicina e enfermagem, aliados à carteira de serviços voltada ao procedimento individual, torna ainda mais urgente alertar que o trabalho e a educação interprofissional, um dos pilares da ESF, também estão sendo ameaçados pela política do atual governo (Rede APS, 2019, p. 10).

Conforme (Rede APS, 2019), não é previsto o financiamento para os NASF, e “ao eliminar incentivos para estas equipes e as ESF, significará a abolição dos NASF e a extinção da prioridade para a Estratégia Saúde da Família” (Rede APS, 2019, p. 7), reduzindo o acesso, a qualidade e ampliação do cuidado no território. Mesmo diante de críticas, protestos, militância e publicações de entidades da área da saúde, como a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), a Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME), dentre outras reconhecidas nacionalmente que reivindicam a revogação da Portaria nº 2.979/19, as medidas estão sendo tomadas pelo Governo Federal e consentidas pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS).

Com a mudança do Governo Federal do Brasil, através das eleições democráticas em 2022, têm havido revogações de medidas manicomialis do Governo anterior, porém, ocorreram mudanças igualmente preocupantes, de cunho manicomial, como é o caso da transferência das Comunidades Terapêuticas (CT) para a pasta da Assistência Social, ao invés de sua suspensão. Foi criado, pelo atual Governo, o Departamento de Apoio a Comunidades Terapêuticas no âmbito do Ministério do Desenvolvimento, Assistência Social, Família e Combate à Fome, pelo Decreto Nº 11.392, de 20 de janeiro de 2023 (Presidência da República, 2023), medida essa contraditória com as revogações implementadas. Assim sendo, em vista do recente cenário de ameaças à Saúde Pública e tentativas de desmonte da Política de Saúde Mental antimanicomial no Brasil, impõe-se a necessidade de desenvolver estudos como este, que promovam o

fortalecimento de práticas democráticas, em rede, intersetoriais e transdisciplinares em Saúde Coletiva nos territórios, em consonância com os propósitos do Sistema Único de Saúde.

## 2 CAMINHOS EPISTEMOLÓGICOS E METODOLÓGICOS DE PESQUISA

### 2.1 Do binômio normalidade-anormalidade à pesquisa em saúde mental: algumas reflexões epistemológicas sobre o tradicional e o contemporâneo

*Sou o autor: observem meu rosto ou meu perfil; é a isto que deverão assemelhar-se todas essas figuras duplicadas (obras em edições posteriores)<sup>4</sup> que vão circular com meu nome (...), e é a partir de seu grau de semelhança que poderão julgar do valor dos outros. Sou o nome, a lei, a alma, o segredo, a balança de todos esses duplos (Michel Foucault, 1972)<sup>5</sup>.*

Neste capítulo metodológico iniciar-se-á com um breve diálogo epistemológico sobre o binômio normalidade-anormalidade em Saúde Mental que embasará a escolha metodológica da pesquisa que se interessa por abordar o fenômeno do Matriciamento, em uma perspectiva transdisciplinar.

A complexidade das temáticas que se referem à Saúde Mental, do sofrimento psíquico à loucura e afins, atravessa a História, contabilizando uma diversidade de estudos na esfera das Ciências da Saúde, das Ciências Humanas e Sociais, incluindo também estudos culturais e metafísicos/espirituais, e mesmo atraindo o interesse do senso-comum. As construções teóricas daí advindas, em alguns momentos de distanciam e em outros se tangenciam ou entrecruzam, mantendo-se em aberto o caminho para novas e emblemáticas construções epistemológicas.

Tal complexidade que envolve essas construções teóricas está relacionada a diferentes contextos, posturas filosóficas e políticas aparentemente discordantes e, por vezes, epistemologias opostas, apontando a necessidade de considerar a pluralidade, a multiplicidade de olhares sobre os fenômenos estudados pelas ciências que se debruçam sobre a temática Saúde Mental. Morin (1998), em sua obra *Ciência com consciência*, problematiza esta complexidade destacando a característica da incompletude do fenômeno, que abriga o desafio de articular os “multisaberes”, fragmentados pela ciência tradicional, positivista, cartesiana, afirmando que:

Ora, o problema da complexidade não é o de estar completo, mas sim do **incompleto do conhecimento**.[...] Assim, por exemplo, se tentarmos pensar o fato de que somos seres simultaneamente físicos, biológicos, sociais, culturais, psíquicos e espirituais, é evidente que a complexidade reside no fato de se tentar conceber a articulação, a identidade e a diferença entre todos estes aspectos, enquanto **o pensamento**

---

<sup>4</sup> Observação nossa.

<sup>5</sup> Trecho de um novo Prefácio escrito em 1972 (publicada em 1978, no Brasil, vide Referências), por Michel Foucault, à sua obra *A História da Loucura*, no qual expressa estar impressa a subjetividade do autor em sua obra.

**simplificador ou separa estes diferentes aspectos ou os unifica através de uma redução mutiladora.** Portanto, nesse sentido, é evidente **que a ambição da complexidade é relatar articulações que são destruídas pelos cortes entre disciplinas, entre categorias cognitivas e entre tipos de conhecimento.** De fato, a aspiração à complexidade tende para o conhecimento multidimensional. Não se trata de dar todas as informações sobre um fenômeno estudado, mas de respeitar as suas diversas dimensões; assim, como acabo de dizer, não devemos esquecer que o homem é um ser biosociocultural e que os fenômenos sociais são, simultaneamente, econômicos, culturais, psicológicos, etc. Dito isto, o pensamento complexo, não deixando de aspirar à multidimensionalidade, comporta no seu cerne um princípio de incompleto e de incerteza (MORIN, 1998, p.138) (grifos nossos).

Prosseguindo na análise desta complexidade, em concordância com esta simplificação mutiladora, Valéria Giannella (2015) reporta que a epistemologia tradicionalmente ocupou um lugar normativo, estabelecedor de regras, normas, critérios para produzir conhecimento, de modo a serem considerados válidos aos olhos da ciência hegemonicamente dominante, pensamento este também partilhado por Neubern (2000). Isto não ocorreu de modo diferenciado em relação ao estudo dos fenômenos da Saúde Mental, onde corpo e mente também foram fragmentados a título de um maior aprofundamento. O estabelecimento de normas diagnósticas que elencam e agrupam uma série de características sintomáticas e comportamentais, em diferentes e múltiplos graus, para classificação e definição do estado mental dos sujeitos – de sua sanidade ou anormalidade – é um dos exemplos mais notórios. O modelo positivista, hegemônico, dominante, ainda presente na contemporaneidade, repercute também significativamente na formação dos profissionais de Saúde, de modo geral e em especial, dos que atuam na Saúde Mental, bem como nas formas de cuidado, produzindo contradições paradigmáticas no acontecer do “trabalho vivo”<sup>6</sup>, postulado por Merhy (2002), que acontece na dinâmica das relações nos territórios. Merhy (2002) reporta que o trabalho em saúde é centrado no trabalho vivo em ato, afirmado nos encontros entre subjetividades dos seus

---

6 De acordo com Merhy e Franco (2003), no cotidiano, ou no micro-espço de trabalho, de um trabalhador da saúde, ordenado pela micropolítica que ali se estabelece, observa-se que ao conduzir o cuidado, esse trabalhador opera um núcleo tecnológico que congrega dois tipos de trabalho: o “Trabalho Morto” (TM) e “Trabalho Vivo” (TV). Por TM (instrumental) entende-se os instrumentos, como por exemplo, exames e medicamentos que são usados no cuidado do problema de saúde. Neste tipo de trabalho, o processo envolvido está centrado no ato prescritivo. Por outro lado, existe o TV, que é visto como trabalho em ato, centrado nas tecnologias leves. No segundo caso, o profissional “trabalha um projeto terapêutico mais relacional com o usuário, que mesmo utilizando do instrumental (exames e medicamentos), reconhece que aquele usuário é além de se apresentar com um problema de saúde, traz consigo uma certa origem social, relações sociais e familiares, uma dada subjetividade que expressa sua história e, portanto, este conjunto deve ser olhado. Aqui ele trabalha com a transferência de conhecimentos para o autocuidado, formas diversas de intervir sobre sua subjetividade, valorizando-o e aumentando sua autoestima e assim de forma criativa o projeto terapêutico deve ter o objetivo de realizar ganhos de autonomia para viver a vida” (Merhy; Franco, 2003, p. 319). Ainda de acordo com os autores, existe uma correlação entre esses dois tipos de trabalho no núcleo tecnológico do cuidado, que é chamada de Composição Técnica do Trabalho (CTT), o que leva a CTT ser entendida como a razão entre TM e TV. Uma Composição Técnica do Trabalho, quando favorável ao Trabalho Morto, reflete um processo de trabalho dependente de tecnologias duras, voltado à produção de procedimentos e quando, em contrapartida, houver predominância do Trabalho Vivo em ato, a produção do cuidado que dela se deriva estará centrada nas tecnologias leves.

atores, trabalhadores, usuários, comunidade. O trabalho vivo se baseia em tecnologias relacionais, apresentando uma proporção significativa de liberdade nas escolhas da forma do agir em saúde, estando sujeito à criatividade e reinvenções.

Para pensar esta realidade, onde as contradições emergem, ora pela dinâmica das diferenças e do fato do ser humano abrigar contradições, ora pelo *modus operandi* do trabalhador da Saúde, faz-se necessário refletir sobre epistemologias, tradições e contradições paradigmáticas que atravessam a Saúde Mental. Um dos aspectos que remete a estas reflexões é a exigência de “purificação” do fenômeno estudado, fragmentando-o, como já mencionado, em que é preciso fracionar para se chegar ao conhecimento mais apurado, e assim, validando cientificamente as pesquisas.

Os reflexos do mundo ordenado de Comte, a fragmentação das partes que inspira o positivismo comtiano reportado por Chaves e Chaves (2000), é citado por Nicolescu (1999), que remonta a visão reducionista, na qual a ordem e a lei imperam na ciência, retratando o objetivo de, “Mais precisamente, reduzir tudo à física e o biológico e o psíquico aparecendo apenas como etapas evolutivas de um único e mesmo fundamento” (Nicolescu, 1999, p. 3). São reflexos também observados na produção de conhecimento psiquiátrico/psicológico, normatizador, catalogador de transtornos mentais, porém, inspiram críticas na atualidade. Neubern (2000) cita a existência de unidades de análise cada vez mais atomizadas, isoladas de seu processo subjetivo, relacionadas entre si por procedimentos como a estatística, com pouca coerência em relação aos processos de significação e sentido da subjetividade humana, em que a psicologia dispõe de um amplo campo de produção, com diversidade de teorias e métodos, porém, com pouco diálogo entre si. Tal contexto refletirá diretamente na forma de trabalho, nos modos de cuidado e na forma de desenvolver pesquisas em Saúde Mental.

Zanello (2017) levanta questionamentos ao contexto classificatório, enfatizando que os manuais diagnósticos de transtornos mentais existiram a partir de consensos de um grupo restrito de especialistas, cujos critérios de normalidade são fundamentados na classe média branca americana, a exemplo do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) e da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID). Reis e Nunes (2020) ressaltam neste aspecto que:

Supõe-se que tal fato demonstra **a sobreposição de uma cultura sobre variáveis diversas e complexas embutidas no universo psicossocial multicultural**, de certo modo subestimando diferenças culturais, religiosas, de classe e de gênero, retroalimentando preconceitos e **constituindo um paradigma civilizatório**. Contudo, já é um avanço contar com uma visão mais adequada ao princípio da equidade no que tange a “tratar diferente os diferentes” (reconhecer respeitar a diversidade étnico-cultural) (Reis; Nunes, 2020, p. 411). (grifos nossos).

Nesta perspectiva da não neutralidade, pode-se observar que os critérios consensuados se inserem em um universo complexo, embutido em um processo civilizatório, de epistemologias que refletem interesses de grupos sociais e científicos específicos, o que pode evidenciar a não neutralidade na construção destes conhecimentos. Acrescenta-se que a própria escolha temática/objeto de pesquisa já traz em si, o reflexo do pesquisador, sua historicidade, e a escolha do método utilizado. Ou seja, a visão epistemológica que os baseiam dialoga com sua subjetividade e com sua pesquisa.

Com este sentido, aliado à complexidade dos estudos em Saúde Mental, estudiosos, como Neubern (2000), inspirado nas obras de Edgard Morin, trouxeram indagações sobre as pesquisas em psicologia, sobre até que ponto, baseada no paradigma ocidental, esta ciência efetivou estudos e teorizações condizentes com a complexidade da subjetividade humana e dos processos emocionais. O autor polemiza que tais pesquisas foram feitas sob uma ótica tradicional, dicotômica, fragmentada, disciplinar, utilizada para outros objetos de estudo, como as propriedades da matéria, que se diferencia totalmente do comportamento, emoções e das relações humanas, objetos típicos das Ciências Humanas, Sociais e Psicológicas. Deste modo, Neubern (2000) traz uma precedente crítica de que a “A ciência não consiste em um retrato fiel da realidade” (Neubern, 2000, p. 155). Afinal como questionava Nicolescu (1999), em seu escrito *O manifesto da transdisciplinaridade*, “A antiga visão continua senhora deste mundo. De onde vem esta cegueira? De onde vem este desejo perpétuo de fazer o novo com o antigo?” (Nicolescu, 1999, p. 1).

Relevantemente, em oposição ao pensamento tradicional, ocidental das ciências, Neubern (2000) destaca que a subjetividade, as emoções, as relações humanas, as relações sociais, a espiritualidade, as artes/ filosofia, a ambiguidade do “conhecimento”, as contradições e imprevisibilidade não seriam “inimigos da ciência”, como preconizados pelo pensamento cartesiano, pela ciência moderna, tradicional, uma vez que os omitir é “amputar” parte significativa do real. Em suma, sugere-se que uma visão transdisciplinar, que considere os múltiplos sistemas, suas articulações e contextualização, as quais atravessam a pesquisa, o pesquisador, o objeto estudado, faz-se necessária para uma proposta epistemológica dos estudos da Saúde Mental, visto sua já citada complexidade.

Pesquisar, conhecer, discutir e problematizar, ainda que com brevidade, o trajeto do pensamento, da construção de conhecimento/concepções sobre normalidade/anormalidade na esfera da Saúde Mental e, conseqüentemente, seus impactos na formação profissional, nas formas de cuidado relativos aos sujeitos ditos loucos/com sofrimento psíquico intenso, é de relevância para propor pesquisas neste âmbito.

## 2.1.2 Um breve trajeto sobre o binômio normalidade/anormalidade – Canguilhem, Foucault e autores contemporâneos - implicações epistemológicas sobre a saúde mental

*O homem, atualmente, só encontra sua verdade no enigma do louco que ele é e não é; cada louco traz e não traz em si essa verdade do homem que ele põe a nu na nascença de sua humanidade (FOUCAULT, 1978, p. 575)<sup>7</sup>*

É importante lembrar que pesquisas e concepções da anormalidade, ou da doença mental, vêm sendo desenvolvidas ao longo dos anos por diversos campos do conhecimento, afirmando o caráter multidisciplinar dos estudos em Saúde Mental. Porém, segundo Coelho e Almeida Filho (2003), poucos são os que aprofundam cientificamente o conceito de normalidade. Tal informação procede ao fato do paradigma tradicional de estudos da Saúde Mental focar-se na doença e não na saúde. Exemplificando, estes autores destacam Georges Canguilhem, filósofo e médico francês, e propõem que não apenas a doença seja estudada pela ciência, mas também a saúde, do que se sugere ampliar os estudos epistemológicos na temática para uma perspectiva multidisciplinar.

Canguilhem (2009), em harmonia com seu percurso formativo, atrelou os olhares da Filosofia, da Medicina e da Saúde a seus escritos sobre o tema, destacando-se a obra *O normal e o patológico*, escrita no calor da Segunda Guerra Mundial, apresentando a complexidade desta conceituação. O referido autor problematiza a temática através de um diálogo crítico com escritos de Auguste Comte, filósofo e cientista social, Claude Bernard e René Leriche, ambos médicos, cuja corrente de pensamento do século XIX atribuía à ideia de que doença e saúde se distinguem quantitativamente, opondo-se a antigas concepções médicas que atribuíam à doença um teor metafísico, para além do fisiológico, nas quais o normal e o patológico obedeceriam a esta mesma norma. Frente a isto, Canguilhem (2009) posiciona-se criticamente, afirmando sobre o estudo contemporâneo das patologias, que “O estado patológico não é um simples prolongamento, quantitativamente variado, do estado fisiológico, mas é totalmente diferente” (Canguilhem, 2009, p. 29), incluindo o estudo psiquiátrico.

Segundo Coelho e Almeida Filho (2003), Canguilhem e diversos autores, como Sigmund Freud, Jacques Lacan, Michel Foucault compartilham da mesma concepção de saúde enquanto “[...] um estado dinâmico que pode depender de muitos fatores: contexto sócio-econômico-político-histórico-cultural, genótipo, psiquismo, modo de vida, aspecto e situação”

---

<sup>7</sup> Trecho de um novo Prefácio escrito em 1972 (publicada em 1978, no Brasil, vide Referências), por Michel Foucault, à sua obra *A História da Loucura*.

(Coelho; Almeida Filho, 2003, p. 101). A presença dos fatores sociais, agregados aos biológicos/fisiológicos, articulados a um determinado contexto, é apontada por Canguilhem (2009), para conceituar-se o são e o patológico, ao reportar que “O homem é são, na medida em que é normativo **em relação às flutuações de seu meio**. [...] A cura é a reconquista de um estado de estabilidade das normas [...]. Curar é criar para si novas normas de vida, às vezes superiores às antigas” (Canguilhem, 2009, p. 76, grifos nossos). Em síntese, supõe-se ser evidenciada, uma epistemologia que se revela multidisciplinar, porém fragmentada entre o mental e biológico, na qual saúde não se reduz à concepção médica de ausência de doença. A relação saúde–doença passa a estabelecer que a saúde é um estado que contém ambas condições, em diferentes graus, sendo que a proporção de aspectos saudáveis ou adoecidos é que vai levar a constatar a possibilidade de adoecimento, incluindo a relação com o meio e as escolhas subjetivas. Este posicionamento é defendido pela epistemologia médica de Canguilhem, pela psicanálise, e em tempos recentes, pela antropologia (Coelho; Almeida Filho, 2003) e converge com o pensamento contemporâneo de Furtos (2009) ao definir saúde mental como "boa o suficiente":

Pode ser definida como **a capacidade de viver e sofrer num ambiente determinado e transformável, sem destrutibilidade**, mas não sem revolta; podemos dizer que é **a capacidade de conviver com o outro e de manter um relacionamento consigo mesmo, mas também de envolvimento e criação nesse ambiente**, incluindo produções atípicas e não normativas (Furtos, 2007, p. 9). (grifos nossos, tradução nossa).

Apesar da narrativa ainda denotar uma visão fragmentada do conhecimento, outro aspecto canguilhemiano relevante consiste em valorizar a subjetividade do “doente” na descrição do quadro patológico, colocando que “[...] a patologia levou tão pouco em consideração essa característica da doença: de ser realmente **para o doente uma forma diferente da vida**. É claro que a patologia tem o direito de suspeitar e de retificar [...]” (Canguilhem, 2009, p. 29, grifos nossos). Tal pensamento sugere remeter-se à afirmação de Descartes (2011), “penso, logo existo” (Descartes, 2011, p. 38), que traz o “mundo interior” do sujeito como evidência do existir, supondo-se uma convergência à afirmativa de Canguilhem (2009), ao considerar a importância das percepções subjetivas dos atores envolvidos, incluindo o paciente, quando diz que “existe medicina, em primeiro lugar, porque **os homens se sentem doentes**. É apenas em segundo lugar que os homens, pelo fato de existir uma medicina, sabem em que consiste sua doença” (Canguilhem, 2009, p. 76, grifos nossos). Neste ponto, o sentir do sujeito, sua subjetividade enquanto fator relevante, é evidenciado como parte do processo de construção do conhecimento/diagnóstico, convergindo com as afirmações de Neubern (2000),



em seus estudos sobre as emoções, ao dizer que as emoções - expressões da subjetividade dos participantes - implicadas na construção do conhecimento, não são fonte de erro e nem põem em risco a validade dos procedimentos. Em outras palavras, pode-se supor que sujeito e ciência estão imbricados na formação de conceitos, na construção de conhecimento.

Foucault (1978), filósofo de destaque, orientando de Canguilhem, traz no âmbito da patologia e da normalidade psíquica, o percurso histórico da loucura ao longo dos séculos, a explicitação da influência do contexto e dos sujeitos, na construção do conhecimento. Em *A História da Loucura*, Foucault (1978) reconstrói o processo de dominação da loucura pela razão. O autor não conceitua ou traça qualquer patologização sobre a loucura, mas escreve sobre a lógica em que opera a exclusão do dito ‘louco’ e como ela se processa ao longo de períodos da história. Ele aborda que, no século XVI, duas formas de conceber a loucura prevaleciam: a trágica e cósmica, ligada ao final dos tempos, e a crítica e moral, que era exposta nas sátiras que abordavam a ambição, a fraqueza e presunção humana. Segundo Baltazar (2017), Foucault descreve a relação destas duas experiências da loucura neste período como conflituosa e ambígua, centrando-se de modo crítico na questão da verdade e da moral.

O século XVII é abordado pelo autor como período em que a instauração da ordem moral assume a função das internações, higienizando a sociedade através do internamento sem distinção daqueles que eram considerados vagabundos, criminosos, subversivos, imorais, endividados e similares (Foucault, 1978). A função classificatória de quem deveria estar em liberdade ou aprisionado através das internações passa pelo crivo moral. Sobre os meados deste século, Foucault (1978) observa haver uma análise de mecanismos para compreensão do sentido dos internamentos, argumentos filosóficos ou históricos, havendo também uma visão econômica e jurídica que, segundo Soler (2012), coincidiu ser um momento em que “os Estados estavam tornando-se cada vez mais fortes e necessitavam de um crescimento econômico. Nesse sentido, os ociosos e desempregados que pudessem causar alguma desordem passaram a ser detidos e internados” (Soler, 2012, p. 2). Em suma, louco era uma categoria que englobava todos aqueles que de alguma forma, incomodavam, ou ameaçavam a ordem vigente, identificando-se, porém, incluso a existência também de casos relacionados a transtorno mental, conforme Foucault (1978).

Na continuidade dos seus estudos, Foucault (1978) relata que, no século XVIII, o conceito de loucura é então associado à doença, relacionando-a ao conhecimento médico, preconizando a classificação dicotomizada em doenças físicas e psicológicas que ocorre no século XIX. Neste século, a loucura é concebida como pertencente ao biológico, físico e psicológico, com as teorias médicas e psicológicas que enunciam o louco do mundo moderno,

cujo confinamento é necessário ao modo de cuidado. A nova visão da loucura é endossada pelo capitalismo industrial, emergente neste período, onde a pobreza e a mão-de-obra barata passam a ser convenientes. Em convergência, Soler (2012) aponta que neste período há uma reestruturação de ordem política, social, econômica e “[...] surgem os asilos, a psiquiatria e a psicologia que passam a dar forças e tornar natural a união entre loucura e a internação no século XIX. [...]” (Soler, 2012, p. 3).

Observando o exemplo supracitado, pode-se sugerir que o pensamento de Foucault (1978) acerca da loucura considera diretamente o contexto, reforçando a historicidade do fenômeno. Para este autor, ressalta-se que a loucura e o louco não foram descobertos por algum estudioso e não existiram sempre como nos tempos modernos. Não são, portanto, objetos pré-existentes, mas criações humanas, que assumem diferentes sentidos ao longo da História, as quais, segundo Providello e Yassui (2013), “Somaram-se significações também, constituíram-se continuidades e rupturas [...]” (Providello; Yassui, 2013, p. 1517). Em seu escrito, Foucault (2006) aborda que:

A loucura não pode ser encontrada no estado selvagem. A loucura só existe em uma sociedade, ela não existe fora das normas da sensibilidade que a isolam e das formas de repulsa que a excluem ou capturam (Foucault, 2006, p. 163).

Neste âmbito, pode-se notar que o contexto evoca também reflexões de cunho epistêmico, observando-se que por trás do controle de corpos, também existe uma cultura de higienização, da conveniência de internações por motivos morais, políticos, econômicos, que se repete em situações concretas da história. Pode-se dar um salto para um passado menos distante, em tempos de ditaduras, nos quais o conhecimento médico foi utilizado em favor dos interesses do Estado totalitário, ainda em tempos manicomiais intensos. A exemplo, no Brasil, em período da Ditadura Militar, casos de internação de militantes políticos da oposição, recheiam documentos federais<sup>8</sup>, evidenciando em tempos relativamente recentes, direta ou indiretamente, o uso do conhecimento a serviço do poder vigente. Segundo, Fonseca (2008), a psiquiatria e as instituições psiquiátricas foram instrumentos de controle, repressão e violência naquele período:

“Neste momento de anistia revelou-se o **uso da instituição psiquiátrica para o encarceramento de presos políticos**. A violência asilar e o uso da psiquiatria em práticas repressivas de governos totalitários foram comuns durante a Ditadura Militar. Cabe então, trazer uma discussão e repensar o papel destas instituições como **instrumentos de organização social e higienização** que até pouco tempo funcionaram para **coação e repressão no regime totalitário**” (Fonseca, 2008, p. 5) (grifos nossos).

---

8 Ofícios de internação psiquiátricas de presos políticos no período da Ditadura Militar no Brasil. Fonte: [https://download.uol.com.br/files/2021/06/245062405\\_oficios-de-internacao-psi-quiatrica-de-presos-politicos.pdf](https://download.uol.com.br/files/2021/06/245062405_oficios-de-internacao-psi-quiatrica-de-presos-politicos.pdf)

Este exemplo remete também aos conceitos foucaultianos de biopolítica e biopoder. As instituições totais psiquiátricas podem ser espaços de silenciamento e controle de corpos e negação de discursos, através dos quais se alinham ao conceito de biopolítica, massificando os indivíduos (Foucault, 2017), e o conceito de biopoder, que se constitui através de dispositivos disciplinares e mecanismos de segurança, intervindo sobre os processos vitais (Foucault, 1999). Tais fenômenos inspiraram e rememoram o conceito de necropolítica de Mbembe (2018), no qual o poder comporta a expressão máxima da soberania do Estado, ao ser capaz de decidir quem deve morrer e quem pode viver. Esta concepção aponta para a desigualdade historicamente registrada sobre verdadeiros holocaustos de pessoas com transtornos mentais, aprisionadas e condenadas a uma “prisão perpetua” em manicômios no Brasil, exemplificada através do documentário e livro de Arbex (2013), *O Holocausto brasileiro*.

Ressalta-se, porém, que ao tratar das instituições de modo geral, sejam escolas, prisões, hospitais psiquiátricos, Foucault (1999), mesmo apontando-as como mecanismos para disciplinar corpos, não as definiu como necessárias para que a sociedade exerça este controle. Lemos *et al.* (2013) trazem o posicionamento deste autor, o qual:

[...] expressa que a disciplina aplicada a corpos sequestrados em instituições, em espaços de isolamento e de segregação **não foi uma regra, e sim a exceção de uma sociedade disciplinar**. Nesse sentido, Foucault assinala que as **relações de poder disciplinares não dependem das instituições de sequestro dos corpos para exercerem processos de assujeitamento**, o que implica “fim das grades, fim das correntes, fim das fechaduras pesadas” (Lemos *et al.*, 2013, p. 101, 102) (grifos nossos).

Arrisca-se exemplificar esta afirmativa, através do fato de que, o pensamento manicomial habita ainda a cultura e o paradigma hegemônico médico na sociedade brasileira, no universo externo aos muros hospitalares psiquiátricos, nas formações dos profissionais de saúde e na fragmentação do cuidado, no imaginário popular sobre a loucura, repercutindo no processo de inclusão social de pessoas com transtornos mentais graves e na implementação dos objetivos da Reforma Psiquiátrica Brasileira, com base nos princípios apontados por Amarante (1996<sup>9</sup> *apud* Reis, 2021, p. 48 e 49), quais sejam: Desinstitucionalização; Noção de território; Organização da atenção à saúde mental em rede; Intersetorialidade; Atenção integral, contínua e de qualidade.

Para os estudos da Saúde Mental, resume-se então que, alinhados à concepção

---

9 AMARANTE, P. D. C. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/41910/3/amarante-9788575413272.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2020.

epistemológica da loucura, estão os “modos de cuidado”, se assim for possível denominar. Em seu trabalho, Costa Júnior *et al.* (2007) destaca sinteticamente que há diferentes concepções psiquiátricas, elencando três modalidades. A Psiquiátrica clássica ou tradicional, a primeira, é diversa, complexa e descreve a loucura como doença da mente, envolvendo aspectos orgânicos e genéticos. Uma segunda concepção psiquiátrica, de maior complexidade, atribui relevância às particularidades sociais e históricas, relacionando-as à institucionalização psiquiátrica. A terceira, mais atual, intersecciona a doença psiquiátrica tradicional, mudanças e críticas sobre os conceitos psiquiátricos relativos à Saúde Mental – entrecruzando a conceitos psicológicos, filosóficos sobre a loucura, de modo transdisciplinar entre a Saúde Mental e a Psiquiatria.

Não opostas à visão multidisciplinar de Canguilhem e Foucault, mas mais aprofundadas frente ao contexto científico atual, propostas epistemológicas pós-modernas, como citadas por Neubern (2000), contribuem significativamente para a possibilidade de uma construção complexa, a exemplo do pensamento da abordagem Sistêmica, referindo-se ao conceito de *Unitas Multiplex*, trazido por Edgard Morin, no qual o sistema é ao mesmo tempo uno e diverso, compreendendo um conjunto de relações complexas do todo consigo mesmo (Sistêmica) (Neubern, 2000). Neubern (2000) ainda inclui nesta perspectiva, o diálogo, a possibilidade de ampliar a visão epistemológica dos estudos da Psicologia, a exemplo da Teoria Sistêmica, que articula e contextualiza diferentes contribuições, incluindo a relação sujeito-objeto. Sugere-se que tais abordagens contribuam para um debate epistemológico situado e ampliado, considerando a transdisciplinaridade, inerente ao campo de pesquisas em Saúde Mental, seus conceitos, visões e formas de cuidado.

### **2.1.3 A transdisciplinaridade como base conceitual de uma metodologia possível à pesquisa em saúde mental, no contexto desafiador do “trabalho vivo”**

O pensamento transdisciplinar, bem como sua execução na prática, seja em pesquisas, ou no trabalho entre equipes, consiste em um desafio contemporâneo. Ele está presente como proposta do Sistema Único de Saúde (SUS) para o funcionamento dos serviços em Redes de Atenção à Saúde (RAS), incluindo a Rede de Atenção Psicossocial, que atua na Saúde Mental. Mesmo em setores segmentados, a Saúde Pública só funciona mais eficientemente com resolutividade, ao acontecer em rede sistêmica, onde todos os atores são relevantes, dos usuários, aos profissionais e as comunidades. O desafio epistemológico, neste âmbito, passa pela formação profissional até a práxis nos territórios, sob a ótica do “trabalho vivo” (Merhy, 2002), nos quais também é desafio realizar pesquisas sob a perspectiva transdisciplinar.

Transdisciplinaridade é um conceito complexo, descrito por alguns autores, dos quais arrisca-se afirmar terem em comum a ideia de entrelace, da intersecção, ou pode-se dizer, da “infiltração” mútua e horizontalizada entre diferentes conhecimentos/saberes/fazer sobre um fenômeno, na construção de resultados e novos conhecimentos/saberes/fazer, incluindo a participação e a transformação do fenômeno. Na verdade, o objeto/fenômeno está integrado ao processo.

Nicolescu (1999) conceitua transdisciplinaridade, inspirado na física quântica, definindo que:

A transdisciplinaridade como o prefixo “trans” indica, **diz respeito àquilo que está ao mesmo tempo entre as disciplinas, através das diferentes disciplinas e além de qualquer disciplina.** Seu objetivo é a compreensão do mundo presente para o qual um dos imperativos é a unidade do conhecimento. [...] Da mesma forma, a maior ou menor satisfação dos três pilares metodológicos da pesquisa transdisciplinar gera diferentes graus de transdisciplinaridade. A pesquisa transdisciplinar correspondente a um certo grau de transdisciplinaridade se aproximará mais da multidisciplinaridade (como no caso da ética); num outro grau, se aproximará mais da interdisciplinaridade (como no caso da epistemologia); e ainda num outro grau, se aproximará mais da disciplinaridade (Nicolescu, 1999, p. 16, 17) (grifos nossos).

Por convergência a este conceito, adota-se então a concepção de Almeida Filho (1997), contextualizada à Saúde Coletiva e denotando sua complexidade, ao propor que a transdisciplinaridade ocorre “na possibilidade de comunicação não entre campos disciplinares, mas entre agentes em cada campo, através da circulação não dos discursos (pela via da tradução), mas pelo trânsito dos sujeitos dos discursos” (Almeida Filho, 1997, p. 17 *apud* Reis, 2021), reconhecendo que os fenômenos e conhecimento relativos a este universo são heterogêneos, o que se estendem à Saúde Mental pública. Em concordância, Campos (1999) afirma que o que ocorre no “entre” participantes, gera inúmeras trocas produtivas na co-produção de saúde, no contexto de rede, destacando que o papel dos profissionais ou equipes de referência em Saúde mental ultrapassa o gerenciamento do tratamento e reabilitação de sua clientela.

Coaduna-se a esta concepção a *Ecologia dos saberes*, trazida por Santos (2008), a qual se “assenta no reconhecimento da pluralidade de saberes heterogêneos, da autonomia de cada um deles e da articulação sistemática, dinâmica e horizontal entre eles” (Santos, 2008, p. 157), incluindo a ideia de que a ciência, a produção de conhecimento também podem e devem ser instrumentos de transformação social e melhorias neste âmbito, aliados a uma epistemologia que prime pelo compromisso social, e à contemporaneidade das lutas sociais por direitos humanos que integrem seu cenário. Neste sentido, por epistemologia orientada pelo compromisso social entende-se uma epistemologia que se apoia na postura política de fazer

uma leitura crítica, contextual, da realidade e, acima de tudo, de buscar a transformação dessa realidade em favor da justiça e da inclusão social, do respeito às diferenças e da igualdade de direitos. Santos (2007) aborda que o subalterno se manifesta através de uma diversidade de movimentos e organizações, personalizando a globalização contra hegemônica, nas lutas contra a exclusão, seja ela econômica, cultural, social ou política, sendo a exclusão social fruto das desigualdades presentes nas relações de poder. Estas lutas por igualdade primam pelo reconhecimento das diferenças e tem uma função redistributiva dos recursos culturais, simbólicos, sociais, políticos e materiais.

Sugere-se que estes pressupostos epistemológicos que embutem o compromisso social, devam convergir para as pesquisas no campo da Saúde Mental, sobretudo no presente contexto do Brasil, no qual observam-se retrocessos em direitos no cuidado em Saúde, a exemplo dos legitimados pela Nota Técnica N. 11/2019 (MS, 2019), como o retorno dos hospitais psiquiátricos e de outros modos de cuidado invasivos, como a eletroconvulsoterapia, vulgo “eletrochoque”. Tais medidas, dentre outras, impõem a necessidade de uma construção de conhecimento e pesquisas de cunho transdisciplinar, interativo, com propostas transformadoras e fortalecedoras de práticas democráticas em Saúde, orientadas por uma epistemologia que prima pelo compromisso social, como o Matriciamento, ou Apoio Matricial, bem como o fortalecimento e melhor preparo das equipes profissionais, que promovem a construção compartilhada de cuidado e estimulam a autonomia de usuários, comunidades e trabalhadores. Como já visto, o Matriciamento ou Apoio Matricial é descrito também em Brasil (2011) como:

[...] um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica. No processo de integração da saúde mental à atenção primária na realidade brasileira, esse novo modelo tem sido o norteador das experiências implementadas em diversos municípios [...] formulado por Gastão Wagner Campos (1999), tem estruturado [...] um tipo de cuidado colaborativo entre a saúde mental e a atenção primária (Brasil, 2011, p. 13).

Esta tecnologia social, aplicada à Saúde Pública, entre Saúde Mental e Atenção Básica em Saúde (Primária) se processa nos territórios e fortalece os usuários da Saúde Mental, no sentido de suas subjetividades e coletividades, lutas por direitos em Saúde, como a manutenção e fortalecimento do cuidado em liberdade. Em última instância, esse modo de atuação e de produzir conhecimento estendem a possibilidade do engajamento de profissionais e usuários em movimentos sociais, tão necessários no atual contexto, como a Luta Antimanicomial, instrumento de enfrentamento à condição de subalternidade do dito “louco”, alinhando-se à proposta de Santos (2008).

Neste complexo, no qual múltiplos saberes e fazeres se encontram, o uso de metodologia mista, como no caso deste estudo, torna-se ampliador de sentidos e produtor de maiores possibilidades de intervenção e produção de conhecimento não somente acadêmico, mas comunitário, beneficiando a comunidade e os participantes da pesquisa. Lorenzini (2017) ressalta que os métodos mistos, que unem as pesquisas quali e quanti, são uma inovação metodológica que cresce em seu uso na abordagem de questões contemporâneas de pesquisa em serviços de saúde, evidenciando que este aumento de interesse metodológico foi publicado pelo *National Institutes of Health*, como a primeira diretriz de melhores práticas em métodos mistos de pesquisa nas ciências da saúde.

Além disto, o triângulo saúde-doença-atenção é um complexo objeto, que demanda diferentes metodologias, com oportunidade de diálogo e articulação de diferentes saberes pelo pesquisador, que, no caso da presente pesquisa, age em prol do fortalecimento do “trabalho vivo” no contexto da saúde mental pública e da construção de percursos viáveis de convivência com seus contextos, para os indivíduos com transtornos mentais que recebem os cuidados dos serviços de saúde. Deste modo, supõe-se que o uso de metodologia mista, contribua às demandas acadêmicas, subjetivas e coletivas da comunidade e dos profissionais de Saúde envolvidos.

No que concerne ao aspecto quantitativo da pesquisa, este pode contribuir para o fornecimento de resultados empíricos que têm o potencial de auxiliar nos diagnósticos da Saúde Mental locais e regionais, e nos investimentos em Educação Permanente em Saúde, dentre outros. É importante dizer que o contexto do cuidado em Saúde Mental tem sido invisibilizado culturalmente no cotidiano dos territórios e nos serviços de Saúde da ponta, como os da Atenção Primária (Atenção Básica), como também pelo sistema econômico capitalista, uma vez que pessoas com transtornos mentais graves são tidas como improdutivas. Ressalta-se que, a carência de preparo técnico, advinda da formação fragmentada, cartesiana, disciplinar dos profissionais de Saúde contribui para o agravamento deste quadro. Não sendo suprida na academia, a formação deficiente precariza a atuação dos profissionais em rede, entre equipes trans e multidisciplinares, corroborando para a manutenção do cuidado tradicional, nos moldes psiquiátricos, intra-muros, “médico-centrados” e medicamentosos. Dá-se aí a relevância de pesquisas que fomentem subjetiva e coletivamente mudanças paradigmáticas a favor de direitos. Sendo assim, tais fatos denotam a necessidade de dados quantitativos, para investimento, visando suprir a insuficiência das formações profissionais, pautadas em paradigmas positivistas, clínico-tradicionais, sobre a concepção de loucura e os modos de cuidado em Saúde Mental.

Sob o aspecto qualitativo da pesquisa e dos propósitos supracitados, a pesquisa-ação, que é um tipo de pesquisa-intervenção, tem demonstrado ser uma possibilidade de ricos resultados. Giannella (2015) reporta que “com certo espanto, que toda e qualquer observação de um sistema gera impactos e interferências do observador no observado, diferente de tudo que foi sempre afirmado pela física clássica e pelas demais disciplinas de inspiração positivista” (Giannella, 2015, p. 350). A pesquisa-ação não somente evidencia esta afirmação, como permite que o pesquisador proponha ações e construa coletiva e simultaneamente resultados. Mendes, Pezato e Sacardo (2016), em artigo sobre a pesquisa-intervenção em saúde, apontaram a característica contemporânea, transdisciplinar e transformadora desta metodologia de pesquisa:

Diferentemente de paradigmas oriundos da ciência moderna cognitivista, aspira-se, nesta abordagem, **a interconexão de estratégias** baseadas em paradigmas comprometidos com modelos de pesquisa que **não dissociam pesquisa e intervenção, que envolvem a participação, a técnica, a política**, daqueles a serem, de alguma forma, atingidos ou envolvidos pelas ações. Trata-se, portanto, de uma ação metodológica que comporta a **heterogeneidade em relação aos ritmos, formações, habilidades dos pesquisadores e sujeitos envolvidos** em uma ação, e frente aos acontecimentos e experiências vividas nos diferentes campos e cuja característica fundante envolve a escuta, a abertura, a espreita, a disponibilidade, o deslocamento, a atenção, certa sensibilidade, o tateamento, os movimentos de aproximação e o distanciamento, a implicação, a confiança. O que significa dizer que **deve haver, tanto quanto possível, esforço para estabelecimento de relações horizontais entre os sujeitos**, as quais favoreçam as possibilidades de diálogo, **um permanente refazer-se que atinja a todos** e, sobretudo, qualificação de espaços de encontros (Mendes *et al.*, 2016, p. 1738) (grifos nossos).

É um método que se processa semelhantemente ao “trabalho vivo”, que ocorre no contexto da Saúde Mental pública, nas relações, desafiante, como já descrito por Merhy (2002). A pesquisa-intervenção possibilita também a constituição de um sentimento de grupo, afora das hierarquias, hegemonias e dicotomias vigentes no âmbito da Saúde Mental, fazendo com que os múltiplos saberes dos participantes, viabilizem compreender o quanto é complexa a realidade investigada. Segundo Mendes *et al.* (2016), esta metodologia proporciona a canalização de energias dispersas para um comum, estabelecendo “o sentido de unidade na diversidade”, facilitando a compreensão, da interdisciplinaridade, ampliando “a visão restrita de si mesmo, do outro e do mundo” (Mendes *et al.*, 2016, p. 1740).

Rocha (2003) relata que a pesquisa-intervenção, fundada no movimento institucionalista francês dos anos 1960 e nos latino-americanos dos decênios posteriores, firmou-se como prática, no sentido ético, estético e político. Esta autora reporta Guattari (1992)<sup>10</sup> para justificar esta afirmativa, na qual:

---

10 GUATTARI, F. **Caosmose. Um Novo Paradigma Estético**. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1992.



[...] a Ética está referida ao exercício do pensamento que avalia situações e acontecimentos como potencializadores ou não de vida; a Estética traz a dimensão de criação, articulando os diferentes campos do pensamento, da ação e da sensibilidade; a Política implica a responsabilização frente aos efeitos produzidos, ou seja, sobre os sentidos que vão ganhando forma através das ações individuais e coletivas (Rocha, 2003, p. 67).

Rocha (2003) reporta que o processo de surgimento da pesquisa-intervenção é marcado pela ruptura profunda com a pesquisa tradicional, engatando uma crítica à política positivista de pesquisa vigente, promovendo espaços de problematização coletiva e a produção de um novo pensar/fazer. Tal processo identifica-se com a proposta de pesquisa aqui explanada, que objetiva a responsabilização, a criatividade e a articulação de saberes na transdisciplinaridade, com transformações subjetivas e coletivas em Saúde Mental. Assim como na tecnologia de saúde apresentada, o Matriciamento, este método de pesquisa afirma uma “micropolítica do cotidiano”, visando uma mudança processual, enquanto consequência das relações. Do ponto de vista metodológico, Rocha (2003) refere “a relação entre teoria e prática, assim como entre sujeito e objeto” (Rocha, 2003, p. 71).

As afirmações de Aguiar e Rocha (1997) afinam-se também à proposta de pesquisa em Saúde Mental, com equipes multiprofissionais, no contexto de redes sistêmicas, uma vez que, segundo estas autoras, tem-se o objetivo de desenvolver uma postura crítica, que visa por meio de referências macrosociais, “relacionar a razão, a funcionalidade e os resultados de uma determinada forma de organização ao contexto sócio-político e econômico, pode significar um primeiro passo facilitador para as análises das atividades realizadas no cotidiano” (Aguiar; Rocha, 1997, p. 68). Abre-se aqui a possibilidade de ir além da produção de novos saberes, fomento da sensibilização, autonomia, engajamento político, corresponsabilização sobre o fenômeno estudado, frente ao cenário nacional das Políticas de Saúde Mental. No que concerne à autonomia, os condicionantes político-sociais que tangenciam as práticas cotidianas são presentes na luta pela autonomia, como conscientização através das experiências, por meio das quais os atores sociais se reconhecem.

Vale ressaltar o teor pedagógico presente nesta modalidade metodológica de pesquisa, que coaduna com o pensamento freiriano, no qual o encontro entre participantes, o diálogo, proporciona a humanização e a possibilidade de mudança através da ação-reflexão-ação (Freire, 2014). Sugere-se que o uso de Oficinas de Educação Permanente em pesquisa-intervenção, como elemento provocador deste encontro, possa desencadear um processo crítico e autocrítico, que possibilite novas aprendizagens e produção de saberes na transdisciplinaridade e transformar o modo subjetivo de ver o objeto/os sujeitos e a atuação com estes.

Dados quantitativos trazem complementaridade aos dados qualitativos coletados e vice-versa. Segundo Lorenzini (2017), a combinação de potencialidades das abordagens, além de compensar os pontos fracos da outra, amplia o escopo de informações sobre um mesmo fenômeno, sob diferentes óticas. Um exemplo relevante é que, para que se justifiquem investimentos em Educação Permanente em Saúde Mental, o sistema público e seus gestores exigem, por vezes, dados quantitativos que demonstrem esta necessidade. O uso de instrumentos estruturados de coleta de dados, como questionários e escalas, propicia a obtenção de resultados que atendem a esta demanda.

Deste modo, pode-se sugerir que o percurso dos estudos dos fenômenos da Saúde Mental, em especial os relativos à normalidade e anormalidade, enunciam sua complexidade, em um trajeto histórico demonstrado por autores, como Canguilhem e Foucault, que enunciaram a necessidade do rompimento com a ciência positivista, dicotômica, baseada na fragmentação sujeito-objeto e do isomorfismo do conhecimento. Isso porque epistemologias refletem-se nos conceitos e na forma de cuidado em relação à loucura, ao louco e na formação profissional.

Este rompimento apontou para uma visão transdisciplinar, que responda às demandas dos estudos das Ciências Humanas e Sociais, bem como das Ciências da Saúde, no âmbito da complexa temática da Saúde Mental, também atravessada por inúmeros aspectos, como sociais, econômicos, históricos, dentre outros. A *Ecologia de Saberes*, enunciada por Santos, converge epistemologicamente a estes propósitos científicos, e a perspectiva freiriana, na qual o diálogo possibilita a humanização e aprendizagens na diversidade. Porém, as contradições hoje existentes nas políticas de Saúde Mental no Brasil, em que as políticas públicas de assistência abrigam paradigmas, epistemologias opostas para o cuidado de pessoas com transtornos mentais graves, podem dificultar, por vezes, a prática e o estudo de tecnologias sociais de saúde, como o Matriciamento, por promoverem epistemologias que fragmentam a visão de homem, da saúde mental e do cuidado neste âmbito, incongruentes com os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Compreendeu-se que a mutilação do objeto de estudo – reducionista, normativa e classificatória da Saúde Mental positivista, “médico-centrada”- e a ilusória ideia de neutralidade do pesquisador, típicas da ciência positivista, deram lugar à consideração de múltiplos saberes, possibilidades epistemológicas mais adequadas, que considerem a dinâmica de processos de pesquisa neste âmbito, enquanto humano, diferente da matéria, e assim, implicado nas subjetividades dos seus participantes e coletividades, incluindo o pesquisador, com emoções, ambiguidades e contradições características das relações humanas, como

apresentado por Neubern, sugerindo abordagens sistêmicas para estudos desta esfera.

Como proposta metodológica em pesquisas da Saúde Mental, trouxe-se a possibilidade do uso de métodos mistos de pesquisa, quali-quantitativos, que abordem a complexidade do tema, complementando-se mutuamente para atender os propósitos da pesquisa. A pesquisa-intervenção, qualitativa, cujas bases epistemológicas fundamentam-se na transdisciplinaridade, conceituada aqui por Nicolescu, Almeida Filho e Campos, na multiplicidade de saberes, alinha-se às pesquisas em Saúde Mental. Estas harmonizam a relação teoria-prática, sujeito-objeto, incluindo a ideia de que a ciência e a produção de conhecimento podem e devem comprometer-se socialmente.

Primando pelo compromisso social na contemporaneidade das lutas sociais por direitos humanos dos grupos subalternizados, a exemplo das pessoas com transtornos mentais graves, sugere-se que métodos baseados nas epistemologias calcadas na transdisciplinaridade e no compromisso social devam integrar a produção de conhecimento no Brasil, sobretudo neste contexto recente marcado por retrocessos na saúde mental pública, com a volta de políticas manicomial de cuidado privativo à liberdade. Somado a estas, a pesquisa quantitativa, poderá contribuir com dados estatísticos, fundamentando a necessidade de investimentos pela gestão pública na formação de profissionais da Saúde Mental, possibilitando uma atuação transdisciplinar, mais qualificada e politizada, arraigada nos princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Frente à complexidade epistemológica dos estudos no campo da Saúde Mental e dos desafios encontrados nas pesquisas, no cotidiano do “trabalho vivo”, nos territórios, onde as práticas democráticas de saúde, como o Matriciamento, necessitam ser fortalecidas, sugere-se a necessidade de novos estudos e práticas neste âmbito, baseadas em epistemologias que primam pelo compromisso social, para fortalecer uma ciência mais comprometida com a real complexidade que demandam as Ciências Humanas e Sociais, a Saúde Mental, em buscas de resultados efetivos em saúde nos territórios.

## **2.4 Tipo de estudo**

Tratou-se de uma pesquisa quali-quantitativa, de natureza mista, uma vez que incorporou procedimentos de levantamento de dados com objetivos exploratórios, descritivos e, também, qualitativos e pedagógicos, visto que envolveu a pesquisa-ação, que é uma metodologia de pesquisa que visa criar para os participantes condições de investigar sua própria

prática de uma forma crítica e reflexiva, com vistas a transformações de suas realidades. Ressalta-se que a Pesquisa-Ação, enquanto recurso metodológico amplo desta pesquisa, permite o uso diversificado de técnicas, conforme afirmado por Toledo *et al.* (2014), sendo possível a aplicação combinada de instrumentos dialéticos e não-dialéticos, não havendo uma regra específica quanto aos tipos de instrumentos e técnicas de pesquisa utilizados.

A pesquisa foi organizada em duas etapas, sendo a primeira bibliográfica e documental, a segunda de campo, com um momento de levantamento de dados quantitativos, por meio de aplicação de questionários e escala, e outro de produção de dados qualitativos, por meio da observação participante no processo de pesquisa-ação. A seguir serão descritos os procedimentos de cada uma dessas etapas:

**Etapa Bibliográfica e documental:** Na primeira etapa realizou-se uma pesquisa teórica e documental sobre o fenômeno do Matriciamento e seu contexto, com base na revisão de publicações do Ministério da Saúde e produções acadêmicas/bibliográficas que abordavam o Matriciamento ou Apoio Matricial ou Ações Matriciais em seu escopo, incluindo avanços produzidos e desafios encontrados. Para tal, foram utilizados como fontes de pesquisa, sites do Ministério da Saúde e bases de dados como Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD); Scielo; Periódicos CAPES e Biblioteca Virtual em Saúde. As palavras-chaves empregadas nas buscas foram: “matriciamento” or “apoio matricial” or “ações matriciais” and “desafios” and “avanços”. A finalidade dessa etapa foi fundamentar teoricamente o trabalho, descrevendo o Matriciamento e assuntos pertinentes ao seu contexto e gerar embasamento para análise posterior dos resultados.

**Etapa de campo:** A Etapa de campo foi desenvolvida, como já dito, na Regional de Saúde Porto Seguro, que coincide com a Região geográfica Extremo-sul baiana/ Território Identidade Costa do Descobrimento. Para unidade de análise, escolheu-se em especial equipes de profissionais da Região de Saúde Extremo-Sul baiano, atuantes na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e na AB dos municípios da referida Região de Saúde, a saber: Eunápolis, Porto Seguro, Santa Cruz Cabrália, Guaratinga, Itabela, Itagimirim, Itapebi e Belmonte. Foram realizadas reuniões presenciais com os/as profissionais selecionadas aleatoriamente, durante as quais procedeu-se com dois momentos consecutivos: Momento de levantamento de dados quantitativos e Momento da Pesquisa-ação.

No momento quantitativo, os dados foram coletados através de questionários que constavam de questões para caracterização sociodemográfica, profissional (Apêndice B), e

sobre o conhecimento e experiências que os/as trabalhadores/as tinham sobre o Matriciamento (Apêndice C) e de uma Escala que media a percepção<sup>11</sup> dos desafios e avanços do Matriciamento (Apêndice D). Conforme Günter (2006), a pesquisa quantitativa quando baseada em amostra representativa, que é o caso dessa pesquisa, assegura a possibilidade de uma generalização dos resultados e tem o potencial de produzir dados que possam fundamentar solicitação de recursos para aprimorar os processos de Matriciamento locais.

O momento qualitativo da pesquisa, seguiu os caminhos da pesquisa-ação, conduzido por meio da pesquisa participante, com a realização de Oficinas, que tiveram o propósito de promover reflexões críticas, transformações e construções coletivas, embasando-se no que foi descrito por Morin (2006), ao afirmar que é necessário buscar novas formas de compreender a realidade, a exemplo do estímulo à promoção do pensamento interdisciplinar.

De acordo com Baldissera (2001), para ser considerada uma pesquisa-ação, uma pesquisa deve envolver de fato uma ação por parte das pessoas implicadas no processo investigativo, na busca pela solução de problemas coletivos. Por isso, deve estar centrada no agir participativo e na ideologia de ação coletiva. Os pesquisadores participam do processo do “conhecer” tomando os cuidados necessários para que haja reciprocidade/complementariedade por parte das pessoas implicadas, visto que elas têm algo a “dizer e a fazer”; portanto, não diz respeito a um mero levantamento de dados.

Assim, a pesquisa-ação propõem-se a estabelecer uma relação entre o conhecimento e ação, entre pesquisadores e pessoas implicadas na situação investigada, que são também alvo de intervenção. Para Thiollent (1985), o processo da pesquisa-ação não pode se limitar apenas a uma forma de ação (pois daí corre-se o risco de puro ativismo), uma vez que ela busca aumentar tanto o conhecimento dos pesquisadores com o conhecimento ou nível de consciência das pessoas e grupos envolvidos do processo. Enfatizando esta mesma perspectiva, Tripp (2005) ressalta que a pesquisa-ação socialmente crítica inicia diversas vezes com “um exame sobre a quem cabe o problema, o que é uma forma de problematização” (Tripp, 2005, p. 448).

Dessa forma, esse tipo de pesquisa visa contribuir para a discussão crítica acerca das

---

<sup>11</sup> Para fins desta pesquisa, entende-se percepção remetendo-se ao filósofo alemão Edmund Husserl (1859 – 1938), que amplia sua abordagem, concebendo perceber como a apreensão de um objeto em suas relações, em sua inserção no mundo, situação que implica necessariamente em múltiplas relações e múltiplos significados e não apenas uma impressão ou combinação passiva de elementos sensoriais, mas em uma organização ativa desses elementos numa experiência coerente, sendo todas as percepções de algo, de diferentes pessoas, reais, e se constituem verdades, pois todas são consciências possíveis sobre o objeto. Sendo assim, não existe uma percepção mais autorizada do que outras. Em convergência, Merleau-Ponty (1908 – 1961) ressalta que a percepção nunca poderia ser neutra, imparcial ou pura, uma vez que ela recebe influências culturais e sociais, das vivências dos sujeitos, consistindo sempre em consciência perceptiva de algo. Em suma, a percepção é um fenômeno ligado a significados culturais: percebe-se significando, configurando contextos (UNESP, 2011).

questões abordadas. Para tanto, de acordo com Baldissera (2001), a pesquisa-ação lança mão de técnicas de coleta e interpretação dos dados, de intervenção para a solução de problemas, bem como de dinâmicas grupais com vistas a mobilizar o grupo na produção do conhecimento e na ação coletiva.

A escolha pela modalidade “Oficina” justifica-se porque essa pode ser entendida como uma prática de intervenção psicossocial, que pode ser conduzida em contexto pedagógico, clínico, comunitário ou de uma política social (Santos; Felipe, 2009). De acordo com Lima e Abade (2009), tem havido uma crescente difusão das práticas com oficinas em variados contextos, estando elas articuladas ou não a uma proposta de pesquisa. Vale lembrar que, Kurt Lewin, em seus estudos sobre interdependência entre sujeito e seu grupo de pertença, segundo Osorio (1986), advertia que os fenômenos grupais só seriam passíveis de análise se um observador participasse do processo de vivência grupal, sendo esse um dos fundamentos das Oficinas. O observador incluído no grupo necessariamente o modifica, mas não invalida a proposta de pesquisa, para Lima e Abade (2009).

Aliada à proposta de pesquisa-ação, a Oficina permite uma atuação “que leva em conta a complexidade humana, seus aspectos subjetivos e sociais, cuja elaboração ou aprendizagem não se restringe a uma reflexão racional, mas envolve os sujeitos de maneira integral, suas formas de pensar, sentir e agir” (Lima; Abade, 2009, p. 2). Desta forma, as Oficinas foram adotadas como procedimento teórico-metodológico da etapa qualitativa da pesquisa, uma vez que podem ser consideradas espaços de construção compartilhada de dados, mas também de formação coletiva dos participantes, incluindo a pesquisadora e pesquisados (Oliveira, 2016).

Ademais, o emprego de Oficina no contexto da pesquisa-ação teve como pressuposto teórico a dimensão dialógica da pesquisa em Ciências Humanas, tal como defende Bakhtin. A esse respeito, Kramer (2007, p. 24) afirma: “Bakhtin entende que o homem só pode ser estudado como produtor de textos, como sujeito que tem voz, nunca como coisa ou objeto e, nesse sentido, o conhecimento só pode ter caráter dialógico. Conhecimento dialógico é acontecimento. É encontro.”

Seguindo essa mesma linha de raciocínio, Brait (2014) afirma que:

[...] o que há de fundamentalmente no homem é o fato de ser um sujeito falante, produtor de textos. Pesquisador e sujeito pesquisado são ambos produtores de texto, o que confere as Ciências Humanas um caráter dialógico. Uma primeira consequência disto é o que o texto do pesquisador não deve emudecer o texto do pesquisado, deve restituir as condições da enunciação e de circulação que lhe conferem as múltiplas possibilidades de sentido. Mas o texto do pesquisado não pode fazer desaparecer o texto do pesquisador, como se este se eximisse de qualquer afirmação que se distinga do que diz o pesquisado. O fundamental é que a pesquisa não realize nenhum tipo de

fusão dos dois pontos de vista, mas que mantenha o caráter de diálogo, revelando sempre as diferenças e a tensão entre elas (Brait, 2014, p. 98-100).

Para finalizar, Spink, Menegon e Medrado (2014) defendem que ainda que as Oficinas sejam um importante recurso metodológico de pesquisa, elas não podem se limitar ao registro de informações, num mero processo de levantamento de dados, porque estudos que utilizaram oficinas como ferramenta de pesquisa mostram resultados bastante promissores dado o seu potencial crítico de negociação e produção coletiva de sentidos e de sensibilização para temática trabalhada. Por isso, para os autores, não se pode esquecer da responsabilidade ético-política que têm os pesquisadores quando se propõem a abrir espaços de reflexão e de negociação de sentidos variados, uma vez que esses processos intersubjetivos potencializam mudanças objetivas de uma realidade e subjetivas, pois afetam e condicionam os processos de subjetivação de todos os envolvidos.

O planejamento e a aplicação das Oficinas de Educação Permanente/Preparatória para o Apoio Matricial (Apêndice E), com profissionais da AB e SM dos municípios da região estudada foram pensados e conduzidos pela pesquisadora. Koerich *et al.* (2009) e Franco (2005) compreendem que o fato de o pesquisador ter previamente elaborado seu Plano de Intervenção, sem a participação inicial dos sujeitos, não descaracteriza o trabalho como pesquisa-ação. De fato, de acordo com os autores, esse tipo de pesquisa-ação, na qual a intervenção é previamente planejada apenas pelo pesquisador e é ele quem acompanha os efeitos e avalia os seus resultados, pode ser caracterizada como pesquisa-ação estratégica.

Vale ressaltar que esse tipo de intervenção planejada pode se constituir em veículo provocador, instigador da crítica, quando o pesquisador percebe a necessidade de transformação, valorizando um processo que promove a construção cognitiva da experiência, fortalecida pela reflexão crítica coletiva, para a emancipação dos sujeitos. Em seu estudo, Reis (2019) evidenciou que o uso de intervenção dessa natureza junto aos profissionais de Saúde, produziu aprendizados e construções coletivas transformadoras entre as equipes profissionais.

## **2.3 Momento de Coleta de Dados Quantitativos**

### **2.3.1 Participantes**

Estima-se que existam 125 profissionais da Saúde Mental e 1640 profissionais da AB, que atuam nas UBS, na região. Assim, por meio de cálculo do tamanho da amostra, considerando esses tamanhos das populações, adotando a margem de erro de 5% e a confiabilidade de 90%, chegou-se ao tamanho mínimo da amostra total de 241, que foi

empregada no presente estudo: 15 para os profissionais de Saúde Mental e de 226 para os profissionais da AB. No entanto, a amostra final contou com 354 profissionais, dos quais 87% (n = 308) foram da Atenção Básica e 38,11% (n = 38) da Saúde Mental.

A amostra foi selecionada de forma aleatória, estratificada por município (vide Tabela 2), assim, cada município teve um tamanho de amostra proporcional à sua população de trabalhadores da SM e da AB. Foi enviado convite, por meio de *email* ou *whatsapp*, a todos os profissionais que atuam na SM e na AB que foram escolhidos aleatoriamente por seus coordenadores. Como não houve recusa, não houve necessidade de ser feita nova escolha aleatória.

Como critérios de inclusão, os sujeitos deveriam ter maioria, ser de ambos os sexos, de qualquer raça, com formação em Ensino Fundamental, Médio e/ou Superior, e deveriam atuar nos municípios da Região de Saúde Porto Seguro, na AB dos municípios, e nas unidades de atendimento em Saúde Mental - Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e similares, como o Centro Especializado em Saúde Mental (CESM) situado em Eunápolis. Como critérios de exclusão, não poderiam participar da pesquisa os sujeitos encontravam-se afastados do trabalho por motivos graves de saúde, ou em período de férias e/ou, ainda que se recusarem a participar do estudo.

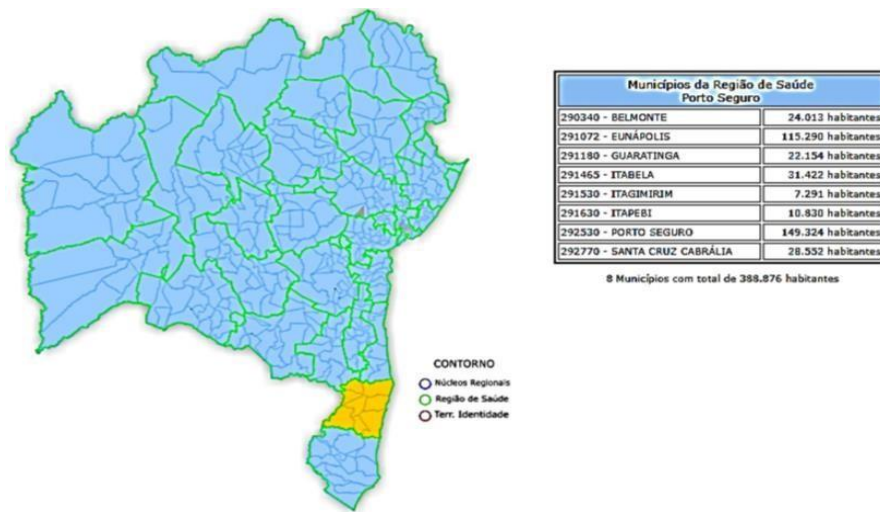
### **2.3.2 Cenário de estudo**

A Região de Saúde Porto Seguro, situada no Extremo-Sul baiano, é uma das 28 Regiões de Saúde da Bahia. A Região de Saúde Porto Seguro conta atualmente com população estimada de 388.876 habitantes (SESAB, 2019a). É uma região caracterizada pelo crescimento, tanto sob o aspecto econômico, como em vulnerabilidades sociais. Possui como bioma predominante a Mata Atlântica (BLINDER, 2005).

Configura-se na 18ª Região de Saúde e está inserida na Macrorregional de Saúde Extremo-sul, que compõe o Núcleo Regional de Saúde Extremo-sul – Teixeira de Freitas. Os municípios que integram a Região de Saúde Porto Seguro são: Eunápolis, Belmonte, Guaratinga, Itabela, Itagimirim, Itapebi, Porto Seguro e Santa Cruz Cabralia (SESAB, 2019a; 2019b), conforme ilustrado na Figura 1.



Figura 1- Região de Saúde Porto Seguro



Fonte: SESAB (2019a)

Segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) (Ministério da Saúde, 2021b, 2021c), os oito municípios da Região de Saúde Porto Seguro possuem uma disposição de serviços e trabalhadores de Atenção Psicossocial e de Unidades Básicas de Saúde (AB) que atende às necessidades locais, havendo ainda precariedade em alguns municípios no que se refere aos serviços especializados em Saúde Mental, como demonstrado na Tabela 1. Porém, conforme dados disponibilizados no CNES e TABNET (Ministério da Saúde, 2021a) dispostos no referido quadro, pode-se observar que a maioria dos municípios da Região possui pelo menos um serviço especializado em Saúde Mental, e todos possuem Unidades Básicas de Saúde em funcionamento.

Conforme a Tabela 1, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) presentes na região estudada, compreendem respectivamente: Tipo II – para usuários com Transtornos Mentais Graves e Persistentes; AD – para usuários que fazem uso de substâncias psicoativas – álcool e outras drogas; IA – para crianças e adolescentes com Transtornos Mentais. O Centro Especializado em Saúde Mental (CESM) é um serviço exclusivo do município de Eunápolis, instituído pelo Decreto Nº 4597/2013, de 05 de novembro de 2013 (Diário Oficial do Município, 2013), para atendimento complementar aos Centros de Atenção Psicossocial, serviço especializado que presta assistência às pessoas com transtornos mentais leves e moderados, referenciado em consultas e atendimentos psicológico e psiquiatra. Tem por objetivo o tratamento, reabilitação e reinserção social e a promoção da saúde mental dos munícipes em geral, com atendimento periódico, nos mesmos moldes dos Centros de Apoio Psicossocial do município.

Tabela 1 – Quantitativo e modalidade de serviços de Saúde Mental, Unidades de Básicas de Saúde e seus trabalhadores nos municípios da Região de Saúde Porto Seguro

MUNICÍPIO	MODALIDADE DO SERVIÇO					
	SAÚDE MENTAL	TOTAL DE SERVIÇOS	Nº DE PROFISSIONAIS	ATENÇÃO BÁSICA	TOTAL DE SERVIÇOS	Nº DE PROFISSIONAIS
Eunápolis	CAPS II CAPS AD CAPS IA CESM	1 1 1 1	13 17 16 05	UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE	25	442
<b>TOTAL MUNICIPAL</b>		4	51		25	442
Porto Seguro	CAPS II CAPS AD CAPS IA	1 1 1	10 11 11		43	522
<b>TOTAL MUNICIPAL</b>		3	32		43	522
Santa Cruz Cabralia	CAPS I	1	10		15	265
<b>TOTAL MUNICIPAL</b>		1	10		15	265
Guaratinga	CAPS I	1	11		9	208
<b>TOTAL MUNICIPAL</b>		1	11		9	208
Itabela	CAPS I	1	12		13	251
<b>TOTAL MUNICIPAL</b>		1	12		13	251
Itagimirim	-	0	0		3	59
<b>TOTAL MUNICIPAL</b>		0	0		3	59
Itapebi	-	0	0		5	59
<b>TOTAL MUNICIPAL</b>		0	0		5	59
Belmonte	CAPS I	1	9		9	154
<b>TOTAL MUNICIPAL</b>		1	9		9	154
<b>TOTAL REGIONAL</b>		11	125		122	1960

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) (Ministério da Saúde, 2021b, 2021c) e TABNET (Ministério da Saúde, 2021a).

### 2.3.3 Procedimentos de coleta dos dados

Inicialmente foi feito o primeiro contato com o gestor da Referida Região de Saúde - Comissão Intergestores Regional (CIR) para solicitação de autorização da pesquisa e assinatura de termo de anuência, no qual está explícita a autorização para o desenvolvimento da pesquisa em suas unidades de saúde. Após obtida a anuência do Gestor da CIR, também foi obtida a anuência de todos os Secretários de Saúde dos municípios em estudo. Após a aprovação do CEP, foi dado início à coleta de dados. Dessa forma, foi feito contato com os profissionais responsáveis pelas unidades de atendimento em Saúde Mental - Centro de Atenção

Psicossocial (CAPS) e similares e, também, com os profissionais que coordenam as UBS, através do apoio da SESAB, em reuniões em que estavam presentes, para também apresentar os objetivos da pesquisa, discutindo seus riscos e benefícios e solicitando que enviassem o convite para participação na pesquisa/ link do questionário, por meio da lista de todos os profissionais cadastrados, juntamente com seus e-mails e/ou número de celular.

Para a etapa quantitativa, que ocorreu entre os dias 04 de outubro de 2022 e a 4 de julho de 2023, foram enviados via internet (*whatsapp* e *e-mails*) os convites/ TCLE/ Questionário/Escala de modo aleatório, estratificado por município, com base no cálculo do tamanho da amostra proporcional ao tamanho da população de trabalhadores que atuam na SM e na AB. Após o envio do convite/ link do questionário/escala, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A) que está contido no questionário *on line*, os participantes responderam de forma anônima e individual, via *on line*, em prazo acordado no convite. O preenchimento instrumento de coleta *on line*, foi disponibilizado através do link do *Google Forms*. O tempo previsto para preenchimento dos questionários/escala foi de até 60 minutos.

#### **2.3.4 Instrumentos de coleta de dados**

A coleta de dados do primeiro momento da etapa de campo foi conduzida através de três instrumentos: Um questionário sociodemográfico e sócio-ocupacional; um questionário sobre conhecimento e experiências com Matriciamento e uma Escala de Percepção de Avanços e Desafios no Trabalho de Matriciamento, construída e validada preliminarmente para esse estudo.

a) Questionário sociodemográfico e sócio-ocupacional (Apêndice B): Esse questionário é composto de 24 perguntas fechadas, que foi aplicado com a finalidade de colher informações sobre a caracterização sociodemográfica e profissional dos sujeitos e a identificação dos conhecimentos e experiência com o Apoio Matricial.

b) Questionário sobre conhecimento e experiências com Matriciamento/Apoio Matricial (Apêndice C): Esse questionário é composto de 18 questões fechadas, cujas opções de respostas são em sua maioria, categoriais. De fato, apenas a questão 1 que mede nível de conhecimento sobre Matriciamento é feita com opções de respostas no formato de escala *Likert*. A partir dele foi possível descrever o nível de conhecimento que os/as participantes julgavam ter sobre Matriciamento bem como descrever sua experiência com essa tecnologia social.

c) Escala de Percepção de Avanços e Desafios no Trabalho de Matriciamento (Apêndice

D): Essa escala que é composta de 49 itens, distribuídos em 13 dimensões, com opções de respostas do tipo escala *Likert* de cinco pontos (Discordo Totalmente à Concordo Totalmente). Como se trata de uma escala psicométrica que mede a percepção dos sujeitos em relação a um fenômeno, construída para esse estudo a partir da literatura disponível, essa escala foi submetida a processo de validação conteúdo, teste piloto, validação de constructo e análise de confiabilidade ou de consistência interna, por meio do alfa de *Cronbach*.

#### **2.3.4.1 Procedimentos de Análise de Validade e de confiabilidade**

a) **Validade de conteúdo:** A validade do conteúdo foi verificada por uma comissão composta por quatro juízes: sendo dois professores doutores formados em Psicologia e dois profissionais que atuam na saúde pública, um na atenção básica e um na saúde mental. Foram enviados para os Juízes uma Carta-convite (Apêndice F) e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) *on line* específico (Apêndice G), bem como o Instrumento de Validação do conteúdo da escala, por via *on line*. Cada juiz recebeu o link contendo o TCLE, as instruções e o Instrumento para preenchimento. Concordando com o TCLE, deveriam iniciar o processo de validação do conteúdo. Para cada questão da escala, foram avaliadas a clareza e a relevância/pertinência dos itens: Quanto à Clareza, havia quatro opções de resposta (1 = Nada claro; 2 = Pouco claro; 3 = Claro; 4 = Muito Claro). Quanto à Relevância/Pertinência, também foram apresentadas quatro opções de resposta (1 = Não relevante ou não pertinente (deve ser retirado); 2 = item necessita de grande revisão para ser relevante; 3 = item necessita de pequena revisão para ser relevante; 4 = item relevante ou pertinente. Na avaliação da pertinência/relevância, caso tivessem marcado os itens 2 ou 3, os juízes deveriam responder qual a sua sugestão: eliminar ou modificar a questão e qual modificação sugerida.

Para quantificar o grau de concordância durante o processo de avaliação da validade de conteúdo, alguns autores sugerem o uso do Índice de Validade de Conteúdo (IVC), por ser o mais empregado na área da saúde (Alexandre; Coluti, 2011). O IVC mede a proporção de concordância entre os juízes sobre determinados aspectos do instrumento, especialmente de seus itens. De acordo com Alexandre e Coluti (2011, p. 3065):

permite inicialmente analisar cada item individualmente e depois o instrumento como um todo. Este método emprega uma escala tipo Likert com pontuação de um a quatro. Para avaliar a relevância/representatividade, as respostas podem incluir: 1 = não relevante ou não representativo, 2 = item necessita de grande revisão para ser representativo, 3 = item necessita de pequena revisão para ser representativo, 4 = item relevante ou representativo (Alexandre; Coluti, 2011, p. 3065).

Neste momento, é solicitado que os membros do Comitê deem sugestões, no próprio

formulário, para melhorar o item ou para fazer comentários a seu respeito (Rubio *et al.*, 2003; Tilden *et al.*, 1990). Para se obter o escore final do índice somam-se os itens que foram marcados por “3” ou “4” pelos membros (Coluti *et al.*, 2015). Os itens que receberam pontuação “1” ou “2” deveriam ser revisados ou eliminados. A fórmula para avaliar cada item individualmente ficou assim:

$$IVC = \frac{\text{número de respostas "3" ou "4"}}{\text{número total de respostas}}$$

Para avaliar o instrumento como um todo, Polit e Beck (2004) recomendam que o IVC Total seja calculado pela média das proporções dos itens considerados relevantes pelos juízes. O número de juízes deve ser levado em conta na hora de fazer o cálculo. Se cinco ou menos sujeitos participarem do Comitê, deve haver a concordância de todos para ser representativo, mas caso haja seis ou mais, recomenda-se que o coeficiente não seja inferior a 0,78 (Polit; Beck, 2004; Lynn, 1986).

O Pré-teste ou teste piloto da versão que teve o conteúdo validado. Foi conduzido com uma amostra de 10 participantes da população-alvo (Hill; Hill, 2005), com vistas a identificar problemas de compreensão, de ordenamento dos itens, dentre outros, para que sejam realizados os procedimentos de ajustes.

b) **Validade de constructo**: Finalmente, após aplicação na amostra do estudo, foi realizado o procedimento de validação preliminar do instrumento, por meio da Análise dos Componentes Principais (ACP). A ACP é um procedimento estatístico que reúne um conjunto de técnicas multivariadas que permite analisar as inter-relações entre um grande número de variáveis (ou itens), que tem como finalidade última reduzir essas variáveis em termos de seus fatores latentes (Componentes). Em outras palavras, ele possibilita condensar, da melhor maneira possível, a informação contida em diversas variáveis originais (itens) em um conjunto menor de variáveis estatísticas (componentes), de tal modo que haja o mínimo de perda de informação possível. Após realizar esse procedimento, podemos considerar como válidos o número de componentes principais encontrados, mas em linhas gerais os primeiros componentes são os mais importantes já que eles explicam a maior parte da variação total.

Antes de proceder com as análises propriamente ditas, foram analisados os critérios de adequação da base de dados. Foram levadas em consideração as seguintes etapas (Matos; Rodrigues, 2019): a) Tamanho da amostra, b) Nível de mensuração das variáveis, c) Matriz de correlação, d) O teste de esfericidade de Bartlett e e) o Teste de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO).

Com relação ao tamanho da amostra recomendado para se realizar uma AFE, observar-se-á que o tamanho deve atender ao critério mínimo de 250 participantes (Cattell, 1966). Além disso, as variáveis serão medidas de forma quantitativa e são contínuas, conforme recomendado (Matos; Rodrigues, 2019). O teste de esfericidade de Bartlett mede se a análise fatorial é adequada ao problema. Portanto, permite verificar se existe correlação suficientemente forte para que a análise fatorial possa ser aplicada.

Com relação ao teste Teste de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), trata-se de uma medida que pode variar entre 0 e 1. Ela representa a proporção da variância das variáveis que pode ser explicada pelos fatores latentes. Quanto mais próximo esse valor estiver de 1, mais adequados os dados estão para se ajustar uma Análise Fatorial. Field, Miles e Field (2012) recomendam utilizar os critérios acima de 0,50 como aceitáveis, sendo bom acima de 0,70 e ótimo acima de 0,80.

Na segunda etapa de planejamento da AFE, foi empregada a regra bastante utilizada (critério de Kaiser) que sugere que devemos extrair somente os fatores com autovalor maior do que 1. Esse critério parte da premissa de que autovalores representam a quantidade de variação explicada por um fator e que um autovalor de 1 representa uma quantidade substancial de variação (Field, 2009), ainda que o critério de Kaiser costume funcionar melhor quando o investigador analisa entre 20 e 50 variáveis (Tabachnick; Fidell, 2007). Por fim, foi empregado o critério para retenção dos fatores com valores mínimos de 0,40, a partir do qual observa-se uma identidade conceitual correspondente à classificação original (Scheier; Carver; Bridges, 1994).

#### **2.4.5 Procedimento de Análise dos dados**

Inicialmente, para tratar dos dados coletados por meio dos questionários e da escala, foi empregada a estatística descritiva para a determinação das frequências absolutas e relativas, média, desvio padrão, mínimo e máximo, uma vez tabulados os dados [idade, gênero, renda, profissão; tempo de graduação; segmento da instituição da graduação (pública ou privada); setor de trabalho (Saúde Mental ou Atenção Básica); tempo de atuação no setor de trabalho)].

Por outro lado, para atender aos objetivos que visam investigar diferenças de grupos ou efeitos de algumas variáveis sobre a percepção dos profissionais, foi empregada a estatística inferencial. Assim, para investigar se há diferenças de percepção dos profissionais no que diz respeito aos alcances e desafios, em função do município que eles atuam foi empregado o teste ANOVA, uma vez assumindo que a distribuição das variáveis tenha sido normal. Esse teste permite analisar se há diferenças significativas nas médias de percepção, em cada uma das

dimensões da escala empregada, quando comparados todos os municípios. Uma vez identificadas diferenças significativas entre as médias dos municípios, foi possível, por meio do uso de um teste *post hoc*, verificar quais os municípios especificamente diferem entre si. A decisão por qual teste *post hoc* usar dependeu da homogeneidade das variâncias presumidas. Da mesma forma, o teste ANOVA foi usado para e examinar se há efeitos de algumas variáveis, como por exemplo, tipo de profissão, cargo ou função que ocupa, experiência como gestor, tempo de serviço sobre a percepção desses profissionais acerca dos avanços e desafios. Mais uma vez, um teste *post hoc* foi empregado para precisar entre que grupos se situam as diferenças. Já para investigar se havia diferenças significativas de percepção dos profissionais em virtude de eles atuarem na Saúde Mental ou na Atenção básica e em virtude de eles terem ou não recebido algum treinamento sobre o Matriciamento foi usado teste *T-Student* para amostras independentes, haja vista que as variáveis tiveram distribuição normal. Em todos os casos, o nível de significância adotado no estudo foi de 0,05.

## **2.4 Momento da Pesquisa-ação**

No que se refere ao momento da pesquisa qualitativa - pesquisa-ação, por meio de observação participante - aplicação da Oficina de Educação Permanente/Preparatória para o Apoio Matricial - foi acordado com a Técnica da Base Regional de Saúde de Eunápolis – representante da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB) o agendamento das datas em que seriam realizadas com os municípios da Regional de Saúde estudada. Confirmados os agendamentos, foi definida a realização presencial. A opção *on line* foi disponibilizada, mas em virtude da situação de pandemia do COVID-19 haver aparentemente se amenizado, optou-se pela realização presencial, com os profissionais de SM e AB encaminhados pelas coordenações da SM e AB dos municípios, direcionadas anteriormente pela representante técnica da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB). Cada profissional encaminhado recebeu o convite e o link do TCLE/ questionário/ escala, e compareceu ao local para concretização da Oficina. As oficinas ocorreram no período de 18 de novembro de 2022 a 12 de abril de 2023.

### **2.4.1 Participantes**

Dos 354 profissionais que compuseram amostra desse estudo, 345 participaram também das Oficinas. De fato, o convite para participação nas oficinas foi anexado ao questionário, incluídos em um único TCLE. Assim, a participação nas oficinas estava

condicionada ao devido preenchimento e assinatura do TCLE, seguido do preenchimento dos questionários e da escala

#### **2.4.2 Organização da Oficina**

Após o acolhimento dos profissionais participantes de cada município, e ser-lhes solicitado o preenchimento do TCLE/Questionários/Escala, realizou-se a Oficina de Educação Permanente em Apoio Matricial, que foi composta de oito fases (Apêndice E): A Fase 1 – Dinâmica de Abertura e integração - potencialidades e desafios no território – teve o objetivo de construção coletiva de teor reflexivo/crítico sobre os territórios de atuação profissional das equipes. Esta fase converge às afirmações de Pimenta (2005) e Thiollent (1994), ao reportarem que um dos papéis do pesquisador consiste em ajudar o grupo a problematizar seus fazeres.

As Fases 2 – Explanação sobre Saúde Coletiva; Saúde Pública Tradicional e Saúde Pública Moderna – objetivo de informação e análise crítica pelos participantes sobre a Saúde Pública e sua historicidade e 3 – Exibição do Vídeo “A História da Desinstitucionalização e Luta Antimanicomial” – tiveram objetivos informativos e de análise crítica compartilhada sobre a SM, fundamentam-se na afirmação de Thiollent (1994) que diz que a pesquisa-ação considera a historicidade dos sujeitos, abarcando também propósitos que direcionam à situação social e aos problemas de naturezas diferenciadas que são encontrados na situação, bem como contempla as complexas dimensões contextuais, tal qual afirma Pimenta (2005).

A Fase 4 – Exibição do Filme italiano “*Si può Fare*” – “Dá para Fazer” (que retrata princípios da Reforma Psiquiátrica italiana, fonte inspiradora da Reforma Psiquiátrica Brasileira) e a 5 – Reflexão compartilhada sobre Vídeo e Filme, tiveram o objetivo de informação e sensibilização para atuação humanizada em Saúde Mental no contexto da Reforma Psiquiátrica, visando possibilitar a ampliação da consciência dos envolvidos, com vistas a visualizar as formas de transformação das ações dos sujeitos e das práticas institucionais (Thiollent, 1994). Em consonância, Franco (2009) afirma que a questão da transformação social passa a ser “referendada com compromissos éticos e políticos, com vistas à emancipação dos sujeitos e das condições que obstruem esse processo emancipatório” (Franco, 2005, p. 488).

A Fase 6 – Exibição do Vídeo “Crack é crack” e “Dinâmica do Zé” (uso de substância psicoativa), buscou trazer informação e provocar a construção coletiva de conhecimentos sobre as práticas de cuidado a partir da reflexão. Pimenta (2005) destaca que na pesquisa-



ação os sujeitos podem construir conhecimento na reflexão crítica sobre sua atividade, em uma dimensão coletiva e contextualizada institucional e historicamente, em convergência com McNiff (2002) quando este autor afirma que a pesquisa-ação leva à tomada de consciência, ou seja, à apropriação dos princípios que norteiam o trabalho, no qual tem-se que ter clareza a respeito do que se está fazendo e do porquê se está fazendo.

A sétima fase - Roda de compartilhamento (Comentando a experiência), teve o objetivo de integrar aprendizados e construir metas factíveis.

A oitava Fase - Referências e exemplos de ações nos territórios – teve a finalidade de exemplificar ações concretizadas no território, evidenciando que é possível alcançar respostas concretas na prática das ações matriciais. MacNiff (2002) reporta que somente tentando mudar algumas coisas é que descobrimos a natureza delas, caracterizando assim a Pesquisa-Ação como um processo de aprimoramento, o que se adequa harmoniosamente com esta proposta.

### **2.4.3 Procedimento de registro e análise dos dados**

Os dados coletados nas Oficinas foram registrados no “Diário de Bordo” da pesquisadora. Segundo Gerhardt e Silveira (2009), o “Diário de bordo” ou “diário de campo”, é onde se anotam, dia após dia, os eventos da observação e a progressão da pesquisa, que incluem também a dimensão interpretativa das anotações, contendo descrições e também reflexões do pesquisador participante, considerando que “durante a observação de um fato, o pesquisador já pode registrar algumas análises sobre o acontecimento. É o relato escrito daquilo que o investigador ouve, vê, experiencia e pensa no decurso da coleta de dados” (Gerhardt; Silveira, 2009, p. 76). Neste mesmo sentido, Oliveira (2014a) relata que enquanto lugar de registros das observações e as pesquisas de abordagem qualitativa de cunho (auto)biográfico, os “Diários de bordo” são registros de vida, registros de práticas.

No início, os participantes, depois de assinarem a lista de presença, anotaram no “Diário de bordo” da pesquisadora a resposta à seguinte pergunta: “Em uma só palavra, escreva qual sua expectativa para a oficina?”. Após a aplicação da Oficina, anotaram a resposta à pergunta: “Em uma só palavra, escreva o que você está levando para casa desta oficina?”. Após a realização das oficinas, que totalizaram nove, sendo duas no Município 2, a pedido da SESAB, por ser um município muito populoso, seguiram-se: Organização por município dos dados coletados das observações e participações registradas pelo pesquisador durante Oficina e Análise crítica dos resultados observados.

Para análise dos dados obtidos com a Oficina de Educação Permanente foi feito: 1)

Relato da aplicação da Oficina em cada uma das oito fases, sob a ótica do pesquisador; 2) Organização dos principais resultados relatados pelos participantes; 3) Análise inferencial dos resultados relacionando-os com o referencial teórico/documental pertinente. Ao final, buscou-se relacionar os resultados quantitativos obtidos por meio dos questionários e escala, com os dados coletados na Oficina de Educação Permanente.

## **2.5 Considerações Éticas**

Este estudo seguiu a Resolução N° 466/2012 que regulamenta a pesquisa com seres humanos no Brasil e, portanto, iniciou a pesquisa de campo somente após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Sul da Bahia, sob o Parecer Número 5.678.596, CAAE: 6 2203922.9.0000.8467, datado de 02 de outubro de 2022.

### 3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

#### 3.1 A Reforma nossa de cada dia - Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial no Brasil - da força transformadora às fragilidades contemporâneas

Por inumeráveis anos, os loucos e aqueles que não se adaptavam ao sistema e suas normas de conduta moral, foram segregados socialmente, aprisionados em instituições psiquiátricas conhecidas popularmente por manicômios. A morte social e física de muitos, a degeneração da vida permeada pela despersonalização, da perda de identidade, acometeu pessoas de todas as idades no Brasil, como relatado no livro e documentário *Holocausto Brasileiro*. Assim como os judeus fazem questão de lembrar o *Holocausto* sofrido por seu povo no período da Segunda Guerra Mundial, para que isto não se repita mais na história da humanidade, não se pode esquecer o que aconteceu em terras brasileiras, com a mesma intenção: de que não volte a existir esta página obscura da Saúde Mental no Brasil. Memórias são poderosas, mobilizadoras, no sentido de evitar novos apagamentos.

A forma de lidar e conceber a loucura e o louco perpassou diversos caminhos, na sua maioria em um lugar discriminatório, de exclusão. Como exemplo, segundo Silva (2019), no período da Idade Antiga e da Idade Média, a demonização da loucura era presente, cujo tratamento era o exorcismo, através de meios religiosos, uma vez que o louco personificava o mal. No Renascimento, por volta do século XVI - final do século XVI, as portas para estudar a loucura sob a ótica da razão, da Ciência, apontam para novas formas de compreensão. Em concordância, Marques (2015) acrescenta que até os tempos atuais permanecem as interpretações religiosas, em algumas culturas, o que se faz presente no discurso popular, cercado de preconceitos. Sugere-se que esta forma de pensar não está restrita apenas aos templos religiosos, mas permeia muitas vezes alguns ambientes de cuidado, uma vez que, como sujeitos integrais, os profissionais refletem seus paradigmas e histórias de vida relacionadas à loucura.

A cultura do extermínio, da invisibilização do louco, na trilogia do “In” – insociável, indesejável, incompreensível - ainda é muito presente em terras brasileiras. Neste sentido, o conceito de **necropolítica**, de Mbembe (2018), responde ao modo que o Estado se comporta, no qual a expressão máxima da soberania está em grande medida, no poder e na capacidade de decidir quem deve morrer e quem pode viver, sendo que no Capitalismo, a oportunidade de viver e morrer é desigual. Isto se aplica ao pensamento colonial, que destruiu e ainda mata indígenas, pretos e pobres. Ressalta-se que grande parte das pessoas que habitavam os

manicômios eram pretos, pardos e pobres. O *Holocausto Brasileiro* configura esta afirmativa, na qual historicamente, pessoas com transtornos mentais encerradas em hospitais psiquiátricos sofreram a ação necropolítica do Estado e da sociedade, responsáveis no mínimo, por omissão e por permissão de tantas mortes naquelas instituições cerceadoras da liberdade.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) ocorreu nos anos finais da década de 70, porém, não foi fruto direto do fomento e mobilização dos usuários, os quais, no sentido spivakiano (Spivak, 2010), são concebidos como subalternos, não têm poder ou espaço de fala, enquanto improdutivos para o sistema e para capital. Foi através do agenciamento que se tornou possível ao louco subalterno falar. Segundo Amarante (2007), Reis (2021) e Oliveira *et al* (2012), foi o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), com diversificada participação de profissionais, além de intelectuais, estudantes, usuários, familiares, que deu início à uma luta factível, em prol dos direitos das pessoas com transtornos mentais que viviam aprisionadas nas instituições psiquiátricas. Segundo Amarante e Nunes (2018), os primeiros movimentos relacionados à assistência psiquiátrica brasileira surgiram quando profissionais recém-formados se depararam com um contexto de violência e descaso nos serviços de SM. Denúncias sobre as violências ali praticadas, cercadas pelo silenciamento dos usuários, críticas ao modo mercantil que a loucura vinha sendo manipulada, com a prevalência de instituições privadas, além da crítica ao pensamento manicomial, marcado pelo paradigma médico-centrado, medicamentoso e hospitalocêntrico, efervesceram o movimento antimanicomial.

Deste modo, Emerich e Onocko-Campos (2019) reforçam que os trabalhadores foram força motriz essencial para constituir, sustentar, criticar e transformar o contexto manicomial vigente, cujos protagonistas também estavam articulados com outros movimentos, tais como a Luta Antimanicomial e a Reforma Sanitária, que fomentavam por novos modos de cuidado. Destas lutas vieram os serviços substitutivos, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), conforme os autores, integram uma política pública em que o Estado se responsabiliza pela oferta de cuidado, e de sua ampliação e qualificação para tratamento das pessoas com sofrimento psíquico intenso e transtornos mentais.

As conquistas advindas de muitos desafios para atualmente existirem estes serviços de cunho comunitário, fundamentados nos princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira, sofrem ameaças e enfrentam novos desafios diariamente, em suas práticas, sendo continuamente atravessados por vieses manicomiais. Reis (2021b) destacou que recentemente no país, foi remontado um processo de retrocessos na Política de Saúde Mental, no qual o Estado publica documentos que legitimam a volta dos manicômios, em total contradição com os modos de cuidado psicossociais. Estes processos fazer emergir questões da colonialidade ainda presentes

nas ações do Estado, as quais em tempos manicomializados passados, mostraram a intencionalidade e a omissão deste diante do *Holocausto* já mencionando, tentando remontar um sistema exploratório da loucura e de outros quadros diagnósticos relativos à saúde mental dos sujeitos, de todas as idades, para que eles lhes gerem lucros:

Os documentos do Governo que legitimam a volta dos manicômios direcionam, indiretamente, a transformação do louco em um “gerador de dinheiro” para os grandes empresários hospitalares e farmacêuticos, com altos investimentos da verba pública, sem citar os custosos equipamentos de Eletroconvulsoterapia. Vale ressaltar que mais recentemente, em 2021, a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias (CONITEC) no SUS, emitiu uma consulta pública que propõe o uso de Eletroconvulsoterapia a crianças autistas com comportamento agressivo, provocando protestos de diversas entidades, das quais mais de duzentas assinaram uma Nota de protesto (Abraça, 2021) [...] (Reis, 2021b, *on line*).

Relembra-se que a Declaração dos Direitos Humanos (UNICEF, 1948) garante em seu escopo que desfrutar dos direitos e das liberdades estabelecidas é para todos, sem qualquer tipo de distinção. Raça, cor, sexo, língua, religião, origem nacional, origem social, nascimento, opinião política ou de outro tipo, riqueza, ou qualquer outra condição não é impeditivo. A liberdade é uma garantia universal, inclusiva, sendo da ordem do inadmissível a violação legitimada de direitos relativa a essas propostas de retrocesso no cuidado destes usuários, vindo por parte do próprio Estado. Conforme Amarante (1995), a Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) veio justamente para criticar e transformar este paradigma da psiquiatria, que fere direitos, uma vez que cerceiam a liberdade e impõem tratamentos invasivos e segregadores. Frente a essas recentes medidas no Brasil, compreende-se que a Reforma Psiquiátrica não ficou estagnada no tempo, ao contrário, precisa continuar acontecendo diariamente, no cotidiano e nas relações do trabalho vivo, que se processa no presente dos profissionais, usuários e comunidades.

Em contrapartida às mudanças que ferem direitos humanos, evidenciou-se no Brasil um novo ciclo de ações em protesto, mesmo em período pandêmico, no qual o Movimento Social da Luta Antimanicomial ativou uma série de manifestações em todo Brasil, na contramão dos retrocessos propostos pelo Governo Federal, e com a chegada do novo Governo. Esse movimento mantém-se na ativa e na vigília constante, para que haja uma retomada do modelo de atenção psicossocial, assegurando a revogação de Leis, Notas, Portarias, Resoluções, Decretos compondo um conjunto de 25 documentos normativos, que segundo Araújo e Torrenté (2023), precisam ser revogados. Deste modo foi feita:

uma reivindicação expressa no documento Revogações necessárias para uma Política de Saúde Mental, álcool e outras drogas, elaborado por um conjunto expressivo de movimentos sociais, entre eles a Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial (Renila), a Frente Ampla em Defesa da Saúde Mental (FASM), o

Movimento de Usuários, a Associação Brasileira de Saúde Mental (Abrasme), a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) e o Conselho Nacional de Saúde (CNS) (Araújo; Torrenté, 2023, p. 3).

Neste contexto, o Apoio Matricial, como estratégia de construção compartilhada, assume um papel significativo de articulação nos territórios do cuidado, uma vez que enquanto tecnologia social de caráter dialógico e pedagógico, é um instrumento poderoso para promover transformações e potencializar pessoas, ações coletivas, a fim de contribuir com a luta pela garantia do cuidado antimanicomial. Após mais de 10 anos - a IV Conferência Nacional de Saúde Mental ocorreu em 2010 - será realizada em dezembro de 2023, a V Conferência Nacional de Saúde Mental no Brasil, convocada pela Resolução CNS nº 652, de 14 de dezembro de 2020 (CNS, 2023). Neste momento será ampliado o debate sob o tema “A Política de Saúde Mental como Direito: pela defesa do cuidado em liberdade, rumo a avanços e garantia dos serviços da atenção psicossocial no SUS”.

É visto que os desafios persistem, para além da pandemia do COVID-19, podendo-se observar que se passaram três anos após a convocação da referida Conferência, para que ela se tornasse possível de ser realizada. É relevante citar que entre as Diretrizes de Saúde Mental para o Plano Pluri Anual (PPA) 2024-2027, esta:

**Ampliar a articulação da rede** de atendimentos da Atenção Básica promovendo ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, incluindo a rede de atenção à saúde mental, álcool e drogas, **com incentivo à capacitação profissional para o atendimento mais qualificado e humanizado**, e **garantir a execução do matriciamento em toda a Rede de Atenção Psicossocial (Raps)**, com ampliação da participação direta das pessoas usuárias estão apontadas na Resolução nº 715, que foi homologada pelo Ministério da Saúde (CNS, 2023, *on line*). (grifo nosso)

Para a efetivação do cuidado psicossocial, nos territórios, como propõe a Política de Saúde Mental no Brasil, é essencial a implementação do Matriciamento em toda a rede, conectando-se ao intersetor e em movimento nas comunidades. Mesmo com uma sede fixa para funcionamento dos serviços de SM, o trabalho é dinâmico e deveria se processar muito mais extramuros do que atrás deles. O processo de implementação do Apoio Matricial está diretamente à ruptura de “muros”, sejam de caráter epistemológico, cultural, subjetivo, estrutural, político, de gestão, ou de comunicação, uma vez que está ligado à manutenção do cuidado compartilhado e corresponsabilizado por múltiplos atores, não somente da RAPS, mas em uma rede ampliada, com outros atores implicados nas comunidades de pertença dos usuários. Esta tecnologia social é importante para possibilitar a “Reforma nossa de cada dia”, que acontece nos fazeres coletivos da Saúde, com enfoque na saúde integral dos sujeitos, considerando as iniquidades em saúde, as desigualdades sociais e as diferentes possibilidades

de promover o cuidado qualificado e ampliar o acesso, considerando o complexo processo saúde-doença.

A “Reforma nossa de cada dia” não acontece sem transformações nas relações de trabalho e na cultura. Na verdade, seus fazeres promovem estas transformações. Dalmolin (2006), em seu livro intitulado *Esperança Equilibrista- cartografias de sujeitos em sofrimento psíquico*, destaca que a RPB, junto a outras reformas, utiliza outro termo para se referir aos pacientes, este último utilizado na psiquiatria tradicional. Optou-se pelo nome “usuário”, que reflete uma nova postura política, ética, social e clínica. Sugere-se ser por tratar-se de um sujeito dinâmico e autodeterminado, de direitos, não um portador passivo de alguma doença. Além do usuário, nas equipes de trabalho ainda ocorre a fragmentação do processo de cuidado, que consta, conforme Dalmolin (2006), tanto na literatura especializada, como nos serviços: os profissionais psi, psicólogos e psiquiatras, cuidando respectivamente da alma (psique) e do corpo biológico. O processo saúde-doença é complexo, assim como seus sujeitos e a RPB traz uma dimensão de cuidado que colabora grandemente para atender a esta complexidade no momento em que não fraciona o cuidado e seus atores. Como afirmava Franco Basaglia, reformista italiano, ícone da Reforma Psiquiátrica Italiana, a qual influenciou a RPB:

Estou de acordo que um esquizofrênico é um esquizofrênico, mas uma coisa é importante: **ele é um homem que tem necessidade de afeto, de dinheiro, de trabalho; é um homem total** e nós devemos responder não à sua esquizofrenia, mas ao seu ser social e político (Basaglia, 1980, *apud* Dalmolin, 2006, p. 85). (grifo nosso).

Eu penso que a loucura, **como todas as doenças, são expressões das contradições do nosso corpo, e dizendo corpo, digo corpo orgânico e social**. É nesse sentido que direi que a doença, sendo uma contradição que se verifica no ambiente social, não é um produto apenas da sociedade, mas uma interação dos níveis nos quais nos compomos: biológico, sociológico, psicológico (Basaglia, 1980, p. 79). (grifo nosso).

Partindo desta visão integral de sujeito, a RPB tem no seu escopo a desfragmentação do cuidado, a desconstrução de estigmas e a execução de novas formas de cuidar em liberdade, tendo como palco o território. Paulo Amarante, psiquiatra militante e fomentador no processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira, definiu princípios (Amarante, 1996) e quatro dimensões centrais (Amarante, (2003), que a fundamentam, as quais se alinham afinadamente as diretrizes da *Política de humanização do SUS* (Brasil, 2017b), aos princípios da RAPS (Araújo; Torrenté, 2023), aos Princípios fundamentais da articulação entre SM e AB (Brasil, 2007) e às características do Apoio Matricial (Reis, 2021), como pode-se analisar no Quadro 1.

Quadro 1 – Aproximações entre os princípios/dimensões da reforma psiquiátrica brasileira e princípios/diretrizes da política de humanização do Sus, princípios da raps, princípios fundamentais da articulação entre SM e AB e características do Apoio Matricial

PRINCÍPIOS/ DIMENSÕES DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA (Amarante, 1996)	PRINCÍPIOS/ DIRETRIZES DA POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO DO SUS (BRASIL, 2017B)	PRINCÍPIOS DA RAPS (Araújo; Torrenté, 2023)	PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS DA ARTICULAÇÃO ENTRE SM E AB (BRASIL, 2007)	CARACTERÍSTICAS DO MATRICIAMENTO (Reis, 2021)
PRINCÍPIOS	PRINCÍPIOS	PRINCÍPIOS	PRINCÍPIOS	CARACTERÍSTICAS
<p><b>1-Desinstitucionalização</b> Deve ser promovida a reintegração social nas suas comunidades, dos usuários que estiveram muito tempo em instituições.</p> <p><b>2-Noção de território</b> O cuidado em SM deve ser desenvolvido no território, sendo este não apenas um espaço geográfico, mas dinâmico, participante e integrado ao cuidado.</p> <p><b>3-Organização da atenção à saúde mental em rede</b> Os serviços da SM devem estar organizados em rede e articulados com outras redes de atenção à saúde e de outros setores.</p> <p><b>4-Intersetorialidade</b> O cuidado integral requer diversidade de setores atuando integradamente.</p> <p><b>5-Atenção integral, contínua e de qualidade</b> Com base no fortalecimento do vínculo, o usuário deve ter</p>	<p><b>1-Transversalidade</b> A Política Nacional de Humanização deve se fazer presente e estar inserida em todas as políticas e programas do SUS. Transversalizar é reconhecer que as diferentes especialidades e práticas de saúde podem conversar com a experiência daquele que é assistido.</p> <p><b>2-Indissociabilidade entre atenção e gestão</b> As decisões da gestão interferem diretamente na atenção à saúde. Por isso, trabalhadores e usuários devem buscar conhecer como funciona a gestão dos serviços e da rede de saúde, assim como participar ativamente do processo de tomada de decisão.</p> <p><b>3-Protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos</b> Qualquer mudança na gestão e atenção é mais concreta se construída com a ampliação da autonomia e vontade das pessoas</p>	<p><b>1-Atenção em saúde mental</b> Deverá ser universal, equitativa e integral.</p> <p><b>2-Organização dos serviços</b> Robusta, ampla, territorializada, acessível, qualificada e integral para ser substitutiva ao hospital psiquiátrico.</p> <p><b>3-Diversidade</b> Culturalmente sensível e socialmente adequada, acolhedora das necessidades sociais e pluriversas de saúde mental das diferentes regiões, populações (povos) e segmentos sociais. (gênero, idade, etc.)</p> <p><b>4-Atenção inclusiva baseada em direitos humanos</b> Desinstitucionalizadora, atuação direcionada à reinserção social e à garantia de direitos humanos e dignidade das pessoas.</p> <p><b>5-Atenção à crise qualificada e abrangente</b> Trabalhadores deverão acolher a</p>	<p><b>1-Noção de território</b> As ações de SM na AB devem ser de base territorial e as ações devem estar circunscritas no espaço de convívio social dos usuários. As potencialidades dos recursos comunitários à sua volta devem ser incluídas aos cuidados em saúde mental.</p> <p><b>2-Organização da atenção à saúde mental em rede</b> A rede de cuidados da SM deve organizada a partir da AB, articulando redes e utilizando o Apoio Matricial.</p> <p><b>3-Intersetorialidade</b> Promover a articulação intersetorial entre seus múltiplos serviços e pontos de atenção.</p> <p><b>4-Reabilitação psicossocial</b> Desenvolver ações de mobilização de recursos comunitários, buscando construir espaços de reabilitação psicossocial na comunidade.</p>	<p><b>1- Dialógico</b> Opera através do diálogo entre os diferentes atores do processo de cuidado em saúde.</p> <p><b>2-Territorial</b> Obedece à lógica territorial, devendo ser implementado no território, com vistas à sua transformação e ao fortalecimento dos vínculos.</p> <p><b>3-Intersetorial</b> Ocorre entre os mais diversos setores para garantia do cuidado integral do sujeito.</p> <p><b>4-Pedagógico</b> Proporciona novas aprendizagens, trocas de informação e produção de conhecimentos.</p> <p><b>5-Rede Sistêmica</b> Articula redes diversas, de modo sistêmico, integrando ações e serviços, com múltiplas conexões, remetendo</p>



garantido seu cuidado continuado em suas necessidades integrais, por profissionais devidamente qualificados.

envolvidas, que compartilham responsabilidades.

crise psicossocial com rapidez e eficiência, em rede e em todos os seus níveis de atenção. Garantia de formação adequada e educação permanente, e disponibilização de recursos necessários.

### **5-Multiprofissionalidade/ Interdisciplinaridade**

Integração de profissionais de diversas formações, com atuação em equipes e entre equipes.

### **7-Desinstitucionalização**

Reintegração dos usuários cronicamente asilados às suas comunidades.

### **8-Promoção da cidadania dos usuários**

Promoção da cidadania em um sentido amplo, além do exercício dos deveres e direitos cidadãos.

### **9-Construção da autonomia possível de usuários e familiares**

Implementar ações que contribuam para o usuário assumir o controle de suas condições de vida e busquem superar a relação de tutela e as possibilidades de reprodução de institucionalização e/ou cronificação

ao princípio da integralidade, equidade e universalidade do acesso.

### **6- Multiprofissional**

Inclui múltiplos profissionais das diversas redes, não apenas de Saúde, independentemente do nível de escolaridade.

### **7- Transdisciplinar**

Acontece no “entre”, na interseção, na transversalidade dos saberes, no “trabalho vivo”, considerando a diversidade destes saberes presentes no território, independente da formação dos sujeitos.

### **8-Horizontalidade**

A gestão é compartilhada não havendo hierarquias de poderes e saberes, atuando de modo circular.

### **9-Construção Compartilhada**

Visa produzir saúde na coletividade e de modo conjunto, corresponsabilizando o cuidado entre todos os participantes.

## **DIMENSÕES**

## **DIRETRIZES**

### **1-Dimensão epistemológica**

Ligada à produção de saberes, à desconstrução de fundamentos manicomial e conceitos da psiquiatria tradicional, e construção de novos conceitos e noções de diálogo multi/interdisciplinar.

### **1-Dimensão técnico-assistencial**

Dinâmica e relacional, articula teoria e prática em uma nova organização de serviços e espaços de produção de subjetividades e socialização, na produção de vida.

### **3-Dimensão jurídico-política**

Produção de leis, engajamento continuado e ação de diferentes atores em diferentes segmentos sociais (movimento social, reforma do Estado, universidades etc.), pactuados para dar voz e lutar por direitos e exercício da cidadania, visando a transformação social.

### **4-Dimensão sociocultural**

### **1-Clínica Ampliada**

Cuidado clínico compartilhado, com fragmentação dos saberes, que considere a singularidade do sujeito e a complexidade do processo saúde/doença com um olhar ampliado.

### **2-Co-gestão**

Gestão participativa e horizontal, com análise, discussão e decisões compartilhadas.

### **3-Acolhimento**

Construir relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/ serviços, trabalhador/ equipes e usuário com sua rede sócio afetiva.

### **4-Ambiência**

Criação de espaços saudáveis que proporcionem encontros.

### **5-Valorização do trabalho e do trabalhador**

Dar visibilidade à experiência dos trabalhadores, inclui-los na tomada de decisão.

### **6-Defesa dos Direitos do Usuário**

### **6-Concepções dinâmicas e complexas**

Fomento, entre trabalhadores(as)/ gestores(as) de saúde, concepções de sofrimento mental como processos da interseção dinâmica e sinérgica de condicionantes ecoetnobiopsicopsicológicos.

Assegurar aos (às) trabalhadores(as) formação adequada para atuação nesses níveis de complexidade.

### **7-Intervenção ampliada**

Estratégias de saúde devem ser construídas em bases não medicalizantes, não iatrogênicas e não patologizantes.

### **8-Política de drogas**

A elaboração da política de drogas deverá ser antiproibicionista, tendo a redução de danos como orientadora do cuidado oferecido.

### **9-Dimensionamento do problema e de suas determinantes**

A análise/diagnóstico da situação de saúde mental deverá nortear ações e estratégias. Com o auxílio de métodos epidemiológicos e das ciências sociais, devem-se

Construção de um novo imaginário social, inclusivo, que atua na quebra de estigmas e estereótipos da loucura, provocando na sociedade reflexões sobre a loucura para transformá-los.

Incentivar o conhecimento desses direitos e assegurar que eles sejam cumpridos em todas as fases do cuidado, e o exercício da cidadania.

#### **7-Fomento das grupalidades, coletivos e redes**

Fomento, estímulo e fortalecimento de ações em grupos, visando o exercício da cidadania, a inclusão e a ampliação da resolutividade.

#### **8-Construção da memória do SUS**

Construção coletiva de cartilhas e registros as de memória e história articuladas para propor reflexão, conhecimentos sobre a construção de identidades e a compreensão dos movimentos.

identificar e analisar os principais problemas de saúde mental que acometem os diferentes grupos sociais/segmentos (por raça/cor da pele, gênero, classe social, idade, por território, entre outros), de modo a serem construídas estratégias de enfrentamento para esses problemas, levando-se em conta sua produção interseccional.

#### **10-Financiamento**

A dotação orçamentária do governo federal para a política de saúde mental deverá se aproximar dos 5% do orçamento da saúde, como preconizado pela Organização Mundial da Saúde.

Fonte: Elaborado pela autora com base em Amarante (1996), Brasil (2017b), Araújo e Torrenté (2023), Brasil (2007) e Reis (2021).

Tais afinidades descritas no Quadro 2 apontam para um Sistema bem integrado documental e estrategicamente. Dentre os desafios que acometem o acontecer da RPB nos territórios, na AB, na implementação do Apoio Matricial, tem-se a formação dos profissionais e os próprios paradigmas culturais ambíguos, que concorrem entre si no “chão de fábrica” dos fazeres da Saúde Mental pública – Reforma antimanicomial versus Psiquiatria tradicional.

Dentro da esfera das questões culturais, a Reforma Psiquiátrica Brasileira trouxe um lugar de humanização do cuidado para o sofrimento de diversos grupos vulneráveis, como LGBTQIAPN+<sup>12</sup>, população indígenas, cigana, negros, deficientes (físicos, visuais, auditivos), e outros menos mencionados como anãos, corcundas, desfigurados, mutilados, advindos de guerras, refugiados dentre outros. Abriu-se a possibilidade para uma escuta mais equânime, que diferencia, particulariza o sofrimento de cada sujeito, respeitando sua vulnerabilidade e contexto de vida, não sendo mais tratados como uma massa de indesejáveis. Os níveis de sofrimento mental destas pessoas também são intensos e eram invisibilizados em tempos manicomiais. Como exemplo, pode-se citar, segundo Souza et al (2020), que as estatísticas preocupam pelo aumento nas taxas de suicídio entre indígenas adolescentes e jovens, sendo ainda mais complexas, uma vez que envolvem questões transculturais, requerendo uma atenção ainda mais especial.

Um ponto da RPB que fortalece as ações territoriais e a inclusão social dos usuários com sofrimento psíquico intenso e transtornos mentais, são as ações de Economia Solidária. Oliveira *et al.* (2015) destacam que é necessário construir práticas em saúde mental que superem a lógica do isolamento e possam produzir cuidados no território que fomentem a autonomia, facilitem o exercício da cidadania e a reconstrução das subjetividades destes sujeitos. Saúde Mental e trabalho operam na transversalidade e, neste movimento, a Economia Solidária permite um projeto de organização socioeconômica com princípios opostos ao mercado capitalista, pois segundo Singer (2002), ele suplanta a livre concorrência com a associação, estruturando as relações econômicas solidárias entre produtores e consumidores. Assim, a Economia Solidária associada à SM, visa à inclusão social dos usuários. Segundo Santos (2022), diante da carência de olhar e suprir as necessidades dos usuários, projeto e programas de base territorial podem ser desenvolvidos, visando facilitar o processo de desinstitucionalização. Este autor afirma que o trabalho a partir da economia solidária busca a emancipação das pessoas, seu bem-estar na produção e expressão de sentidos pela arte e outras atividades e a inclusão social por meio do

---

12 Sigla que abrange pessoas que são Lésbicas, Gays, Bi, Trans, Queer/Questionando, Intersexo, Assexuais/Arromânticas/Agênero, Pan/Poli, Não-binárias e mais.

trabalho no território. Singer (2002) afirma que a Economia Solidária neste âmbito é também uma resposta organizada à exclusão pelo mercado, em relação a quem não deseja ser movido pela sociedade competitiva, em concordância com Andrade e Burali (2013). Então, conforme Santos, Portugal e Nunes (2022), é a solidariedade que gera as formas de produção, troca e inclusão. É preciso então que as políticas públicas fortaleçam essas iniciativas, sendo ela uma opção ética, política e ideológica, que une excluídos para construir empreendimentos geradores de renda.

No Brasil, a RPB traz uma nova proposta de olhar as pessoas que fazem uso problemático de álcool e outras drogas. A reforma não passa somente por instituições manicomial hospitalares, mas questiona outras formas de aprisionar para cuidar, como as Comunidades Terapêuticas, casas de recuperação, na maioria, privadas e de teor religioso no Brasil. Como já mencionado, através da Nota Técnica N. 11/2019 (Brasil, 2019) legitimaram-se e fortaleceram-se estas instituições no Governo anterior, através do financiamento com verba pública. Paulo Amarante (2019) mostra que os argumentos técnicos usados para a publicação da nota, mascararam decisões de cunho político e antidemocrático, pois desconsiderou o Conselho Nacional de Saúde nas tomadas de decisão, afirmando que “A nota é parte de uma estratégia consciente e bem determinada de desmonte do SUS e da reforma psiquiátrica e de restauração e ampliação dos interesses privados que atuam na saúde pública” (Amarante, 2019, p. 35).

O Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2017), em parceria com o Ministério Público Federal, realizou inspeção nacional em Comunidades Terapêuticas, gerando um relatório de mais de 150 páginas, sendo que em todas as vistoriadas, foram identificadas práticas violadoras de direitos humanos. Considerando a oferta de financiamento público a esse modelo de instituição, desvalorizando as políticas de saúde mental de base comunitária, preconizadas pela legislação brasileira, o referido relatório da Inspeção Nacional, segundo o CFP (2017), direciona a reflexão e propõe que o Estado tome posição diante disto, afirmando que “o horizonte está na compreensão de que manicômio não se resume aos muros dos antigos e tradicionais hospitais psiquiátricos, mas, muito além disso, constitui uma lógica que se concretiza nas relações humanas, tendo como imperativos a segregação e a anulação de sujeitos” (CFP, 2017, p. 10).

Houve, porém, progressos, ainda que seja necessária a realização de mais ações fora dos serviços, relacionados ao enfrentamento do estigma relativo à Saúde Mental e seus usuários, que está presente na população brasileira, segundo Nunes e Torrenté (2009). É importante ressaltar que, no Governo atual, debates anteriormente “demonizados” e silenciados têm sido

reabertos, como os relacionados a descriminalização das drogas e a ampliação de CAPS no território nacional, mesmo em meio às contradições, uma vez que foi criado recentemente pelo *Decreto 11.392 de janeiro de 2023* (CNS, 2023b), o Departamento específico para as Comunidades Terapêuticas, transferindo-as para o Sistema Único de Assistência Social, sob o protesto do Conselho Nacional de Saúde. Em contrapartida, vale lembrar que situações há muito postergadas em termos da RPB também têm sido discutidas e avançadas, como a questão que envolve os usuários encarcerados em manicômios judiciários, que está com os dias contados após a emissão da polêmica Resolução 487/2023 do Conselho Nacional de Justiça (CNJ, 2023).

A questão do uso problemático do álcool e outras drogas ainda é atravessada por diversos estigmas e preconceitos, trazendo a real e urgente necessidade de ser discutida, tanto no âmbito legislativo, como cotidiano – na macro e micropolíticas. A Reforma Psiquiátrica Brasileira, sem dúvida, abriu um novo modo de cuidar, uma possibilidade de recuperar a saúde integral a partir da Política de Redução de Danos (RD), ainda muito questionada e criminalizada culturalmente no país. Em 2019, esta política completou 30 anos no Brasil, porém, Raupp *et al.* (2022) relata que ainda há carência de estudos quantitativos, misto ou longitudinal para garantir evidências em números que fortaleçam esta prática, além de baixos investimentos. Estes autores citam a importância destas práticas inclusive, na Atenção Básica, para garantir transformações territoriais:

primeira década dos anos 2000, quando os PRDs começaram a diminuir, ao mesmo tempo em que a RD foi assumida como orientação da política do MS para atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas (Brasil, 2003). Esse documento constituiu um marco histórico, pois foi quando o Governo Federal assumiu o tema como uma questão de saúde pública e garantiu maior sustentabilidade aos trabalhadores por meio da implementação de CAPS AD. A partir de 2006, a RD também foi incorporada como uma das diretrizes da APS (Brasil, 2017), criando formas de cuidado ampliado, para além dos aspectos físicos e encaminhamentos para internações(...) (Raupp *et al.*, 2022, p.3).

Enfim, entre progressos e retrocessos, diante dos desafios e contradições que integram esse percurso ao longo dos mais de 30 anos da RPB e da Luta Antimanicomial, para estabelecer a “Reforma nossa de cada dia”, compreende-se que continuar a unir esforços no cotidiano de trabalho no território, entre trabalhadores, usuários, familiares e comunidades é importante e como afirmado por Amarante (2019), é preciso persistir em:

**políticas de bases comunitárias, participativas, inclusivas e efetivamente voltadas para as pessoas com sofrimento mental e não para aquelas que as exploram.** O processo de reforma psiquiátrica não tem apenas uma dimensão técnica. É um processo político, de reconhecimento e valorização da vida das pessoas em sofrimento, das pessoas estigmatizadas e excluídas por suas diversidades e demais características. **É, assim, como o SUS, um processo civilizatório, e por isso lutamos por ele!** (Amarante, 2019, p. 35). (grifos nossos).

### **3.2 Saúde Mental na Atenção Básica – Uma integração possível, necessária e produtora de saúde nos fazeres cotidianos dos atores na rede**

A Atenção Básica (AB) é tradicionalmente conhecida por ser a “porta de entrada” nas Redes de Atenção à Saúde, no Sistema Único de Saúde (SUS). Como um sistema que foi construído democraticamente, pensando na Saúde Pública enquanto direito, instituída “para o povo e pelo povo”, a AB simboliza concretamente a intenção de ampliar o acesso a esse direito constitucional no Brasil. A OPAS (2023) afirma que esse setor “oferta atendimento abrangente, acessível e baseado na comunidade, pode atender de 80% a 90% das necessidades de saúde de um indivíduo ao longo de sua vida. Isso inclui [...] a promoção da saúde e prevenção até o controle de doenças crônicas” (OPAS, 2018, *on line*), facilitando o alcance da saúde para todos, considerando os determinantes sociais, econômicos, dentre outros, que extrapolam a fronteira da Saúde.

Este setor constitui-se em espaço para acolher, construir e fortalecer o vínculo continuado, a longo prazo, com as pessoas em sofrimento mental, nos territórios em que vivem, conforme estabelecido pela Política Nacional de Humanização (2017), desde 2003. Os cuidados em Saúde Mental ao nível da AB são delineados também nos Cadernos da Atenção Básica N° 34 – Saúde Mental (BRASIL, 2013), Cadernos na Atenção Básica N° 39 – NASF (BRASIL, 2014), além do Cadernos HumanizaSUS – Atenção Básica (BRASIL, 2012), dentre outros documentos produzidos pelo Ministério da Saúde, não restando dúvidas de que é sua missão intervir também neste âmbito. Como preconizado, a OMS/ WONCA (2008) estabeleceu em um dos seus dez princípios, que a política e os planos da Atenção Básica (AB) devem incorporar cuidados primários para a saúde mental. Na mesma direção, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 2023) definiu a Atenção Primária à Saúde (Atenção Básica – AB) como elemento essencial para construir uma assistência em Saúde mais eficaz e equânime. No Brasil ela é representada pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), espalhadas pelos territórios e suas Equipes de Saúde da Família (ESF), nas quais que o Ministério da Saúde recomenda o máximo 750 pessoas sob o cuidado de um ACS, compondo uma micro área, não especificando o número de famílias (MS, 2009); os Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF); Consultórios de Rua; Centros de Convivência e Cultura, entre outros.

Ressalta-se, porém, no que se refere à AB ser a porta de entrada, que o cidadão com sofrimento psíquico intenso ou transtorno mental pode ingressar na rede por diversas portas, visto que a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) se articula com outras redes. A Política pública de Saúde Mental no Brasil, para além da setorialização do cuidado, centraliza-se na saúde integral dos sujeitos, não na doença como ocorria nos antigos cuidados manicomiais,

sem desconsiderar o complexo processo saúde – doença e as iniquidades sociais. A RAPS apresenta, assim, uma configuração rizomática, sem hierarquias, como as raízes do tipo rizoma, que se interligam e se espalham por emaranhados de múltiplas conexões no território, pela energia dinâmica do “trabalho vivo”, conforme exposto por Quinderé *et al* (2014) e Reis (2021) e em consonância com o conceito de Merhy (2002) sobre as relações travadas na construção do cuidado no dia a dia. Tais afirmações convergem à definição de Quinderé *et al.* (2014), que concebe a RAPS enquanto “uma rede que se articula, sobretudo no plano do trabalho cotidiano, se realiza com fundamento em muitas articulações, e convive com o diferente [...] em especial no âmbito do rico e dinâmico lugar de trabalho de cada um” (Quinderé, 2014, p. 255).

Entretanto, é na vinculação com a Atenção Básica que este usuário vai ter o cuidado mais regular no seu território, onde vive sua família, onde está sua comunidade, no qual ele precisa se sentir parte, ser acolhido, incluído e respeitado como igual, no âmbito da igualdade, e compreendido como diferente, no sentido da equidade preconizadas pelo SUS e pela Declaração Universal dos Direitos Humanos (UNICEF, 1948). E é principalmente nos territórios que os cuidados em Saúde Mental devem se processar, na concepção do trabalho em rede, visando a inclusão e a desinstitucionalização dos usuários, proposto pela visão da Reforma Psiquiátrica Brasileira, conforme estabelece também a Portaria MS/ Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 (MS, 2011), que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), por sua vez, estreitamente ligada à conhecida Lei Antimanicomial, a Lei Nº 10.216, de 6 de abril de 2001 (Brasil, 2001), surgida dez anos antes da Portaria da RAPS, a qual dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Os pontos de atenção desta rede estão espalhados e se interligam pelo território, dos quais a AB constitui-se em ordenador desta articulação em Saúde. Em suma, faz parte dos fazeres da AB corresponsabilizar-se pelos cuidados em SM e justamente pela deficiência desta compreensão por parte de profissionais da AB, da comunidade e até mesmo dos trabalhadores da SM, que há no Brasil, inúmeros casos de usuários “crônicos de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)”, casos estes afirmados nos estudos como os de Rotelli, De Leonardis e Mauri (2001), Severo (2009), Pande (2009) e Reis (2021).

Contudo, Garcia (2020) desenvolveu uma pesquisa partilhada no artigo intitulado “Percepção dos profissionais de saúde sobre saúde mental na atenção básica”, a qual evidenciou que, ainda que haja indicativos da inclusão das ações de saúde mental na Atenção

Básica, isso se dá de forma ainda pontual, sem um planejamento, o que demandará de políticas e ações que fomentem essas interações sob a ótica psicossocial. A pesquisa demonstrou que o fortalecimento da compreensão da Rede de Atenção Psicossocial, o aprendizado sobre como trabalhar em redes de modo articulado (gestão dos processos) e a superação de estigmas para com a SM ainda são desafios para uma melhor integração, estigmas estes ainda é muito presentes no Brasil, mesmo que tenha havido avanços (Nunes; Torrenté, 2009). Pode-se notar que, atravessados por vieses culturais preconceituosos, estereótipos e falta de informação em relação às pessoas com sofrimento psíquico intenso e transtorno mental, dentre outras complexas causas, os profissionais da AB e SM, por vezes, desenvolvem práticas que colaboram para manutenção da institucionalização. A exemplo, autores como Moura e Silva (2015) relataram em suas pesquisas que Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) frequentemente demonstram preconceitos relativos aos usuários de saúde mental, sugerindo que isto compromete suas ações. Severo (2009), em sua Dissertação de Mestrado intitulada “Cronificação nos serviços substitutivos na rede de saúde mental de Natal- RN” e outros autores acima citados, levantaram a crítica, infelizmente ainda válida na década contemporânea de 2020, de que esta “nova cronicidade” é nada menos, provocada pelos serviços de Saúde, que criam novos modos de cronificação, institucionalização e manicomialização. Sugere-se que, em outras palavras, para alguns serviços os “muros manicomialiais” mudaram apenas de lugar.

Saraceno (1999) já afirmava que a desinstitucionalização é um processo que consiste em uma progressiva superação das condições de dependência dos pacientes psiquiátricos das instituições” (Saraceno, 1999, p. 23), sejam hospitais psiquiátricos, clínicas ou não, e dos automatismos que envolvem o ciclo vicioso da doença/resposta, o supõe-se denotar a relevância de um cuidado de cunho territorial para uma reabilitação factível. Ainda que o fato de haver CAPS em um território seja um considerável avanço, isto não atesta a inexistência dos paradigmas e modos manicomialiais de cuidado lubrificando o funcionamento das engrenagens dos serviços. Observa-se, então que, a prática cotidiana, a interlocução, a integração da Saúde Mental na Atenção Básica, possui uma potencialidade e um desafio - dentre outros tantos – de ir no sentido contrário ao movimento que direciona seus atores a esta “nova institucionalização”. E este percurso no sentido contrário precisa passar pelas ações nos territórios, no romper as barreiras intramuros dos serviços ainda “contaminados” por uma cultura higienista e excludente. Em consonância, Figueiredo e Onocko-Campos (2009) reportam-se à inserção da SM nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e afirmaram que o trabalho nos territórios, em rede, não somente de serviços, mas uma rede social, produz saúde



mental:

[...] nos chama a pensar sobre a inserção da assistência em Saúde Mental nas Unidades Básicas. Descentralizar a Saúde Mental para os territórios foi uma conquista cara à Reforma Psiquiátrica e consideramos necessário aprimorar esse modelo, **vinculando cada vez mais a assistência com a análise e utilização do território e da rede social, a fim de desenvolver uma clínica implicada com a constituição de sujeitos mais saudáveis em sua afetividade e em suas relações sociais, e mais potentes para transformar a realidade** (Figueiredo; Onocko-Campos, 2009, p. 136). (grifos nossos).

Diversos trabalhos científicos atestam que a interação entre SM e AB é uma via produtora de saúde. Em sua Tese de Doutorado, intitulada “Estratégias de inclusão da Saúde Mental na Atenção Básica no Rio de Janeiro: um movimento das marés”, a pesquisadora Ândrea Souza (2012) já defendia a Atenção Básica “como um local privilegiado de discussão e construção de novas práticas e novos olhares sobre o sofrimento psíquico. A atenção em saúde mental requer o desenvolvimento de políticas intersetoriais integradas que ampliem o acesso e a rede de oferta de serviços” (Souza, 2012, p. 53). Em um breve relato histórico, a autora narrou que as primeiras iniciativas de se trabalhar a saúde mental de modo comunitário aconteceram nos Estados Unidos e Europa, porém, eram de cunho controlador, “medicalizante”. No Brasil, destacou a experiência exitosa da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, conveniada com universidades, com articulações com o sistema de saúde local, multiprofissionalidade, integração com a comunidade e ênfase na formação dos profissionais – praticando o tripé Ensino, Pesquisa e Extensão universitária, na busca por resolutividade.

Souza (2012) afirma que somente na “III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 2001 reitera-se a necessidade de ampliar as ações de saúde mental para o eixo territorial e intensifica-se o debate sobre a importância da reorientação do modelo assistencial” (Souza, 2012, p. 53). Mencionando a estratégia da Clínica Ampliada, esta autora traz que o Ministério da Saúde (Brasil, 2006) propõe então as três estratégias necessárias para a implantação das ações de Saúde Mental na Atenção Básica: o Apoio Matricial; a formação diferenciada e a inclusão de indicadores da Saúde Mental no sistema de informação da Atenção Básica. E sobre os fazeres cotidianos das interações territoriais da SM na AB, Souza (2012) ressalta que:

[...] quando estamos vivendo o território, torna-se necessário lançarmos mão de outros princípios, que não apenas os técnicos. É preciso um compartilhamento do cotidiano, é necessário afetar-se com a vida das pessoas e para isso não existe uma “receita”, um “protocolo”, **é preciso viver com intensidade as situações colocadas; assim, estaremos desenvolvendo uma clínica de fato ampliada**, inventando novas maneiras de promover a saúde mental no território (Souza, 2012, p. 58). (grifo nosso).

Neste contexto da Clínica Ampliada, Dimenstein *et al.* (2009) corrobora que a presença das equipes de SM na AB agrega valor ao cuidado em Saúde Mental, através da implementação do Apoio Matricial, sintonizando cada participante ao processo de cuidar coletivizado:

o fato de **a presença das equipes de saúde mental na UBS ser muito positiva**, pois elas passam a conhecer a realidade da unidade e **formular intervenções sintonizadas; o processo deve se dar por meio de uma construção coletiva** entre os diferentes atores envolvidos, ou seja, os passos e estratégias devem ser traçados em conjunto para que sejam operacionalizáveis (Dimenstein *et al.*, 2009, p. 70) (grifos nossos).

Afirmando que esta articulação, este encontro da Saúde Mental com a Atenção Básica produz uma tensão produtiva, no acontecer do Apoio Matricial, Figueiredo e Onocko-Campos (2009) ainda acrescentam que nesta tensão se torna explícita uma imprecisão sobre as fronteiras dos saberes, pertencas de poder e de responsabilidades. Há acordos e desacordos e desconstruções necessárias para produzir saúde:

Quando se trata de pacientes que apresentam transtornos psíquicos mais graves, não há desacordo sobre a necessidade da intervenção e do núcleo da Saúde Mental. **Mas arma-se uma grande peleja quando o que está em jogo são questões subjetivas que não se encaixam na rigidez dos diagnósticos**, como as dificuldades afetivas e relacionais, a capacidade maior ou menor de enfrentar os problemas cotidianos ou outras necessidades que demandam orientação e escuta acolhedora. Nesses casos, **a potência do Apoio Matricial está justamente em desfazer a delimitação entre as diferentes disciplinas e tecnologias**, e, através das discussões de caso e da regulação de fluxo, reverter o processo de “psicologização” do sofrimento (Figueiredo; Onocko-Campos, 2009, p. 136). (grifos nossos).

Compreende-se então que é no Apoio Matricial, que se processa através dos diálogos entre equipes, por vezes com a presença de usuários e familiares, onde se entrecruzam os saberes e não saberes, os temores e incompreensões, que se envolvem as subjetividades, coletividades presentes no desafio cotidiano do cuidado. É neste encontro que se desfazem, se tecem e “re-tecem” os pontos, que se constrói mais que uma imensa “colcha de retalhos”: que se compõe um novo tecido, com as mais diversas, possíveis e infinitas cores e linhas de um tear. Nesta construção coletiva a produção de saúde é mais efetiva, não somente para os usuários, mas para os trabalhadores, ao participar da colheita de maior resolutividade.

A marcante experiência de Figueiredo e Onocko-Campos (2009), em seu artigo “Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado?”, retrata ainda hoje temores, angústias e inseguranças dos profissionais da AB, próprias do trabalho cotidiano em contato com o sofrimento, denotando também suas vulnerabilidades pela falta de recursos teóricos e técnicos para atuarem junto aos usuários com sofrimento mental e intenso e transtornos mentais, seus familiares em conexão com a comunidade interna e externa

à Unidade Básica de Saúde/Serviços de Saúde Mental. Jorge *et al.* (2014), Bonfim *et al.* (2013), Reis (2020; 2021) os Cadernos de AB -Nº 3- NASF (BRASIL, 2014) e o Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental (BRASIL, 2011c), convergem neste sentido, ao abordarem a insegurança, temores, falta de conhecimento e a resistência das ESF diante da sua lógica de trabalho e do preconceito com a SM, acrescentando que o sucesso das ações matriciais está também relacionado a romper estes temores e não saberes. Estas resistências, segundo Brasil (2011) e Reis (2020), podem vir de várias direções, por diversos motivos além dos citados, inclusive por parte da própria gestão. Ressalta-se que a escuta mútua “intra equipe” necessita ser praticada, dentro de cada setor, exercitando cotidianamente o preparo para ações de escuta mais ampliada, para que, segundo Reis (2021) “a interação com o território ocorra de modo factível e produtor de saúde” (Reis, 2021, p. 149).

É importante esclarecer que no âmbito da AB, o não saber como proceder, para além do acolher a dor do usuário, da recepção humanizada, se diferencia de ter a compreensão dos transtornos mentais e dos meandros psicológicos, conhecimentos específicos da Saúde Mental. Em retaguarda, porém, Jorge *et al.* (2014), Reis (2020) e Figueiredo e Onocko-Campos (2009), também apontam que no Matriciamento há caminhos e confortos, construídos coletivamente no sentido de prover conhecimentos/preparo/Educação Permanente e eficiência na resolutividade de problemas, bem como do fortalecimento de vínculos e do cuidado continuado e corresponsabilizado.

Neste mesmo sentido, trabalhos recentes destacam a relevância da Saúde Mental na Atenção Básica, como a Tese de Doutorado de Nunes (2019), na qual após analisar a interação entre um CAPS Infantojuvenil e a Atenção Básica, identificou um agenciamento coletivo, utilizando como estratégia de articulação a micropolítica do encontro, como plano de produção do cuidado, gerado pela multiplicidade das conexões existenciais, desterritorializando e reterritorializando práticas limitantes ao cuidado, mudando de perspectivas clínicas e visões biopatológicas, para considerar o usuário/trabalhador como sujeitos ímpares. Nesta pesquisa, os profissionais encontraram no trabalho intersetorial, no Apoio Matricial, uma prática necessária, que articulou outras redes e direção às demandas dos usuários. Tais fatos apontaram para a potência da construção de ações interssetoriais, cujo cuidado desenvolvido entre CAPS e AB caracterizou-se por ser compartilhado, resolutivo, acolhedor e integral, ampliando as possibilidades de conexão entre os diferentes serviços, favorecendo ações integradas, diálogos, gerando assim um cuidado em Saúde Mental.

Semelhantemente, Larissa Moro (2021), em sua tese de Doutorado, evidenciou a essencialidade da Saúde Mental na Atenção Básica e dentre os diversos fatores que atravessam

esta relação de cuidado compartilhado destacou a atribuição de estigma e a percepção de estigma entre profissionais da Atenção Básica (AB). Nesta tese, que agrupou artigos, dos quais o intitulado “Estigma Associado à Saúde Mental Entre Profissionais da Atenção Básica à Saúde” (Moro; Rocha, 2022) apontou que a menor atribuição de estigma está relacionada ao maior conhecimento em Saúde Mental (SM), em ter formação em SM e realizar atividades de SM, sendo que as variáveis que mais influenciam a relação entre conhecimento e atribuição de estigma são o contato pessoal, a formação e o fato de realizar ações de saúde mental. O estudo concluiu o quanto são importantes as práticas de Saúde Mental na Atenção Básica e a formação das equipes para a redução do estigma.

Pode-se dizer que a proximidade na atuação da SM e AB amplia possibilidades de quebrar paradigmas, levar informação, bem como de desenvolver, na prática, ações mais efetivas, tanto para o cuidado, como para a inclusão social dos usuários, em nível da relação/vínculo com os profissionais das equipes e da rede intersetorial, bem como com a comunidade. Na mesma direção, Reis (2021), em sua Dissertação de Mestrado, conclui que profissionais da Atenção Básica apresentaram relatos de que a aproximação dos setores da SM e AB, através do Apoio Matricial, contribuiu sensivelmente para a quebra de paradigmas e de estigmas associados à Saúde Mental e seus usuários, bem como para a aquisição de novos saberes. Neste âmbito, Bispo Júnior e Moreira (2017) convergem ao afirmarem que treinamentos e Educação Permanente são potencializados na interação entre SM e AB, através dos NASF, e em muito contribuiriam para melhorar a atuação dos profissionais da AB em ações com usuários/equipes de Saúde Mental, suprimindo deficiências nas formações dos profissionais.

Como observado, o Apoio Matricial em Saúde Mental é um recurso fundamental para os processos de integração da SM na AB, retirando-a de “trás dos muros” dos serviços especializados e promovendo a inclusão social do usuário nas Redes de Atenção à Saúde, intersetor e principalmente, na comunidade de pertença. Nascimento (2007) e Reis (2020; 2021) argumentam que a visão integrada dos profissionais da SM e AB, propicia o aumento da resolutividade, estreitando vínculos e desmistificando o Apoio Matricial. À medida que as interações, as ações matriciais vão evoluindo, a ideia de que seria um peso, um trabalho a mais para as equipes de AB cai por terra, como afirmado por Nascimento *et al.* (2022), ao serem realizadas as interações, consultas conjuntas, atendimentos em grupo e visitas compartilhadas. Dá-se, então lugar às múltiplas possibilidades de caminhos, ao real sentido do Matriciamento: de soma, multiplicação e resultados mais efetivos em Saúde Mental, para usuários, trabalhadores, comunidade e intersetor, como coprodutores de saúde.

### **3.3 O Matriciamento – desafios e possibilidades na potencialização da RAPS nos territórios**

#### **3.3.1 Sobre o novo e o “emaranhado” produtor de saúde**

O *Informe mundial sobre a saúde mental - Transformar a saúde mental para todos* fala, como explicitado em seu título, sobre a necessidade urgente de realizar mudanças estruturais para a Saúde Mental (OPS; OMS, 2023). O documento relata que tais mudanças implicam na reconfiguração das condições subjacentes à vida cotidiana das pessoas, para melhorar suas capacidades individuais, familiares e comunitárias, visando o bem-estar, por meio de ações em nível macro e micropolítico – “fortalecer as regras e regulações, mudar normas e os valores e introduzir mecanismos de apoio adequados para abordar as desvantagens, defender os direitos humanos e garantir um acesso justo e equânime à infraestrutura, aos serviços e às oportunidades para todos” (OPS; OMS, 2023a, p.164), incluso também mudanças significativas nas relações de cuidado que se processam entre profissionais-usuários-familiares-comunidade.

O referido documento apresenta estudos de caso que se direcionam neste sentido, como o das *Communities That Care* (CTC) - traduzindo, “Comunidades que cuidam ou se preocupam” - constituindo-se de forma sistêmica – em rede – para prevenção em Saúde Mental, afim de reduzir os riscos, os comportamentos de risco para a saúde mental e melhorar a proteção social para a população jovem. A OPS e OMS (2023) confirmam que em comunidades de países de renda superior, durante 20 anos, houve casos de pelo menos 500 comunidades em que a prevenção foi eficaz em relação à violência, à criminalidade e ao consumo de substâncias psicoativas na adolescência. Ou seja, por meio do cuidado sistêmico destas CTC, com práticas científicas de prevenção, inicia-se um grupo com a participação de pontos de atenção, intersetor e pessoas interessadas do território em atuar na intervenção comunitária. Inicia-se com essa articulação e capacitação deste coletivo e, em seguida, faz-se uma pesquisa da localidade, com dados epidemiológicos que proporcionem dados de risco para traçar um perfil do território. A partir de então, o grupo constrói um plano de ação, partindo de uma relação de experiência e opções baseadas em evidências fundamentadas. As intervenções das CTC são feitas nos mais diversos níveis, desde abordagens sociais, mídias, programas, orientações, dentre outras.

Este exemplo de resposta às necessidades emergentes da atualidade em relação à Saúde Mental, em muito se assemelha às ações de Apoio Matricial e aponta para a necessidade do cuidado em redes que atuem diante das demandas identificadas nas comunidades. Ou seja, parte-se do próprio território. Porém, ainda que fundamentado documentalmente, na esfera

cotidiana apresenta desafios em vista de obstáculos de cunho subjetivo, epistemológico e cultural, dentre outros. A esse respeito, Treichel, Onocko-Campos e Campos (2019), Pereira e Maia (2018), Reis (2020; 2021), Bonfim *et al.* (2013), Jorge *et al.* (2014) lembram do aspecto das resistências às articulações e ações coletivas, em uma cultura ainda permeada pela hegemonia da clínica “médico-centrada”.

Tais resistências também se relacionam a um processo formativo, como já discorrido, que não corresponde, na prática, aos novos modos antimanicomiais de cuidado, de produzir cuidado coletivo em Saúde Mental, o que decorre em temores dos profissionais frente aos novos desafios. Benedetto Saraceno (2011), psiquiatra italiano reformista, apresentou em seu artigo intitulado *A cidadania como forma de tolerância* a analogia com a história de Robinson Crusóé, que pode explicar não somente o serviço de saúde e a relação com seu entorno, mas outros aspectos que provocam reflexões sobre atitudes diante de novos desafios. Como náufrago, Crusóé inicialmente só conseguia enxergar o que restou do naufrágio para suprir suas necessidades e assim sobreviver. Diante do desconhecido, sente-se ameaçado pela ilha deserta e agarra-se aos saberes passados para manter-se vivo. Quando se acabam os recursos do naufrágio, faz-se necessária a adaptação ao novo contexto de vida e Crusóé abre-se para aprendizagens antes não permitidas pelos saberes já adquiridos. Como aludido nas escrituras sagradas, na experiência de conversão do apóstolo Paulo, “caem-lhe as escamas dos olhos” e agora Crusóé pode enxergar a gama de recursos a sua volta, antes invisibilizada. Em consonância, Yasui (2010) afirma que os serviços de Saúde Mental (CAPS) - suas equipes - podem funcionar como uma ilha deserta, mas de acordo com a natureza da proposta desses serviços, podem aprender a olhar ao seu redor e construir uma rede de cuidados compartilhados, corresponsabilizados, utilizando recursos que já existiam no território.

Saraceno (1999), em outro dos seus escritos, destaca que a articulação do serviço, inserindo-o no território, facilita a visibilidade dos “recursos escondidos”, fazendo com que os CAPS possam usufruir de inúmeros recursos, tal como a atuação de outros profissionais, espaços físicos, insumos e outras possibilidades advindas do intersetor, de serviços e setores diferentes da Saúde, como Educação, Assistência Social e outras possibilidades no “chão de fábrica” dos fazeres cotidianos. Essas possibilidades podem produzir transformações na forma de trabalho e, conseqüentemente, na forma de pensar as pessoas com sofrimento psíquico e transtornos mentais. Coincidentemente, no mesmo ano desta publicação de Saraceno, Gastão Wagner Campos (1999) aborda o Apoio Matricial, ou Matriciamento, como um arranjo inovador que no cotidiano impulsiona a criação de novos padrões relacionais entre profissionais, equipes, usuários, redes, elevando a potência do comprometimento e rompendo

barreiras, para a produção de saúde. Compreende-se que, conforme a proposta de Campos (1999), o Matriciamento se processa no “entre” seus atores. O “entre” é um lugar de interseção, um espaço transdisciplinar que possibilita um processo de participação coletiva, de base fundamentada e enfoque na resolutividade. Este *modus operandi* traz em si uma forma organizacional de trabalho e, ao mesmo tempo, arrisca-se dizer ter um sentido aproximado daquele que envolve as comunidades temporárias, trazidas por Ailton Krenak (Minc *et al.*, 2023) – a possibilidade de criar comunidades livres, que aproveitem pequenas ilhas de tempo, e se encontrem em torno de um assunto que mobilize seus participantes, criando uma ideia de diálogo que focalize aquele momento único de interação. Uma comunidade que pode se constituir com tantas diferenças, sejam de origem, formação, cultura etc. E essas diferenças produzem um emaranhado de complexidades, capazes de produzir uma gama de possibilidades criativas, como se processa no Matriciamento.

### **3.3.2 Sobre conceito, desafios, avanços e possibilidades do Apoio Matricial**

Tomando como base o que foi dito na seção anterior, pode-se supor que o Matriciamento também compreende um campo diverso de desafios semelhantes, enquanto processo de construção coletiva. Krenak (Veloso, 2020), ao abordar o universo do saber e das trocas, da Ciência e de sua produção, aponta que “o desafio das instituições de ensino superior é ir muito além das fronteiras da religião, das crenças e do pensamento para constituir cosmovisões – diferentes visões de mundo” (Veloso, 2020, *on line*), na contramão do *status quo*, expandindo o campo da subjetividade e suas perspectivas individuais para seus participantes se compreenderem como sujeitos coletivos. O Matriciamento questiona o *status quo* e se propõe a ampliar sentidos.

É nesta ampliação de sentidos que, segundo Pinheiro (2020), outros estudos foram ampliando o conceito de Apoio Matricial, “com a compreensão do suporte de cuidados e da construção de novos conhecimentos, por meio de processos educativos (...). Essa estratégia de gestão do cuidado e de trabalho em saúde contempla, dentre outras ações, as de assistência em saúde mental na atenção primária à saúde (Pinheiro, 2020, p. 81). Compreende-se que essas interações acrescem a resignificação dos atores participantes e de suas falas, corresponsabilizando o cuidado. Nas interações da Saúde Mental com os territórios, em especial com a Atenção Básica, o cunho organizacional e estratégico desse arranjo para o trabalho em saúde, tem objetivos de obter resultados mais efetivos para as pessoas com transtornos mentais,

não somente graves, mas leves e moderados, e pessoas com sofrimento psíquico em geral.

Campos e Domitti (2007) reportam que o Matriciamento é efetivado por uma equipe de Referência, que se responsabiliza a longo prazo por conduzir o caso, visando ampliar e fortalecer os vínculos entre profissionais e usuários, e pelo Apoio Matricial especializado, que é ofertado pela equipe de especialistas, como uma retaguarda, um suporte assistencial e pedagógico. Assim, o Apoio Matricial:

(...) objetiva assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde. Trata-se de uma metodologia de trabalho complementar àquela prevista em sistemas hierarquizados, a saber: mecanismos de referência e contra-referência, protocolos e centros de regulação. O apoio matricial pretende oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às equipes de referência. Depende da construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias entre os componentes de uma equipe de referência e os especialistas que oferecem apoio matricial (...) (Campos; Domitti, 2007, p. 399-400).

Deste modo, o Apoio Matricial se caracteriza como uma tecnologia social produtora de saúde entre equipes, através da construção compartilhada, em um processo sintonizado a uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica transdisciplinar e intersetorial que problematiza o modelo hegemônico de cuidado em Saúde Mental, sendo também apresentado pelo documento como uma estratégia de aproximação dos pontos de atenção envolvidos no cuidado integral ao usuário dos serviços de Saúde Mental, visando a corresponsabilização das equipes e fortalecimento do vínculo do usuário com a Atenção Primária (Brasil, 2011a; Reis, 2021). A Figura 2 ilustra as características que estão presentes no conceito de Matriciamento.

Figura 2 - Características do Apoio Matricial ou Matriciamento



Fonte: Elaborado pela autora com base em Reis (2021).



Nessa proposta de mudança da lógica de assistência, para implementar o Matriciamento, Zanardo, Bianchessi e Rocha (2018) dão ênfase ao fato de que as equipes de trabalho necessitam fazer esforços em prol de uma comunicação mais estreita entre si – não somente Saúde Mental e Atenção Básica – mas, também, com outros serviços, como hospitais e outras instâncias que partilhem o cuidado na integralidade. Estes autores afirmam que as práticas entre essas equipes ainda são incipientes. A partir dessas colocações, Reis (2021) acrescenta que é a SM quem coordena o Matriciamento, enquanto apoio especializado, mas essa articulação é conjunta com a Atenção Básica e outros serviços participantes do cuidado integral, cabendo à gestão municipal de Saúde delegar autonomia mínima para suprir a provisão de recursos afim de que haja o desenvolvimento do cuidado de modo adequado.

Complementar a este sentido, Brasil (2011) sintetiza que o Matriciamento necessita para sua operacionalidade de alguns tipos de rede, as quais: rede de serviços de saúde; rede intersetorial; e rede de apoio social e/ou pessoal do sujeito. Com essa compreensão, os trabalhadores envolvidos ampliam sua visão no cuidado, bem como a resolutividade em saúde. Porém, diante da complexidade do processo, que envolve diversos fatores, surgem múltiplos desafios para sua implementação.

Por não terem sempre a mesma compreensão, surgem inúmeros equívocos que podem prejudicar a articulação entre essas redes, além da participação dos profissionais implicados. Sobre essa visão equivocada do Matriciamento, Pinheiro (2020) a apresenta em sua tese de Doutorado, como um desafio, uma dificuldade, uma vez que a equipe de Apoio Matricial é vista muitas vezes como uma forma de vigilância, fiscalização e os seus participantes como espiões da gestão. Em concordância, Barros *et al.* (2015), em uma pesquisa realizada com apoiadores matriciais de São Paulo, relatou que as equipes de referência se sentiram fragilizadas por entenderem que o Apoio Matricial era uma forma de vigilância, no momento em que as equipes precisavam realizar discussões sobre suas demandas de trabalho com outros, expondo fraquezas e incompetências. Também referiam outros aspectos subjetivos, sendo que os NASF expressaram a não assimilação completa pelas Equipes de Saúde da Família (ESF) sobre a novidade advinda do Matriciamento, o que dificultou a implementação desta lógica de trabalho. Reis (2020) identificou em sua pesquisa que o Apoio Matricial, ao ser introduzido pelo NASF, além de visto como ameaçador, era tido como sobrecarga de trabalho. Barros *et al.* (2015) acentua que o papel do NASF em casos assim também é o de apontar outras formas de Matriciamento, diante desta dificuldade de discussão e reflexão das ESF sobre suas práticas. Sugere-se que outras práticas matriciais podem contribuir para quebrar resistências, a exemplo de Fóruns intersetoriais de Saúde Mental, como exemplificado por Reis (2020), em que ocorrem

discussões mais ampliadas no Intersector, sendo processos que podem facilitar a formação de vínculos e aproximar os serviços, contribuindo para desfazer equívocos.

Parte destes equívocos podem vir também de deficiências no conhecimento de documentos e legislações da Saúde, por parte dos trabalhadores. O Apoio Matricial, ou Matriciamento é uma prática solidamente fundamentada pelos documentos emitidos pelo Ministério da Saúde. Nascimento (2019) reforça que hoje, mesmo sendo uma diretriz do ministério da Saúde, o Matriciamento está sujeito ao esforço relativo de cada equipe de CAPS e vem sofrendo avanços, porém, por vezes, recuos (Nascimento, 2019, p. 218). Ainda que em meio ao seu percurso desafiante, ele foi acolhido como uma estratégia potente para a efetivação do cuidado em Saúde Mental entre equipes, que vem sendo fortalecida ao longo do tempo. Reis (2020) relatou que, dos 42 documentos/publicações analisados em sua pesquisa documental sobre Apoio Matricial, emitidos entre no período de 1880-2018, esta tecnologia social foi fundamentada por pelo menos 21 materialidades documentais emitidas pelo Ministério da Saúde no Brasil, como apresentado no Quadro 2:

Quadro 2- Documentos/Publicações do Ministério da Saúde que fundamentam a prática do Apoio Matricial no Brasil.

DOCUMENTOS PESQUISADOS	ASSUNTO DE REFERÊNCIA DO DOCUMENTO*	ANO DE PUBLICAÇÃO
1. Circular Conjunta Nº 01/03, de 13/11/2003	<i>Saúde Mental e Atenção Básica: O vínculo e o diálogo necessários. Inclusão das ações de Saúde Mental na Atenção Básica.</i>	2003
2. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial.	-	2004
3. HumanizaSUS: equipe de referência e apoio matricial.	-	2004
4. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas.	<i>Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.</i>	2005
5. Relatório de Gestão 2003-2006.	<i>Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança no modelo de atenção.</i>	2007
6. Saúde Mental e Atenção Básica: O vínculo e o diálogo necessário.	-	2007
7. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. Política Nacional de Humanização.	-	2007
8. Diretriz do Nasf: Núcleo de Apoio a Saúde da Família.	-	2009
9. Relatório final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersectorial.	-	2010
10. Legislação em Saúde Mental - 2004 a 2010.	-	2010
11. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010.	<i>Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do</i>	2010

	<i>Sistema Único de Saúde (SUS).</i>	
12. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.	<i>Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).</i>	2011
13. Portaria nº 3088, de 23 de dezembro de 2011.	<i>Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).</i>	2011
14. Saúde mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica.	-	2011
15. Guia prático de Matriciamento em saúde mental.	-	2011
16. Cadernos de Atenção Básica Nº 34.	<i>Saúde Mental</i>	2013
17. Cadernos de Atenção Básica Nº 39.	<i>Núcleo de Apoio à Saúde da Família</i>	2014
18. Coleção Progestores: para entender a gestão do SUS. CONASS.	-	2015
19. Caderno Humaniza SUS. V.5	-	2015
20. Saúde Mental em Dados – 12	-	2015
21. Rede de Atenção Psicossocial e o Sistema Único De Saúde (SUS).	-	2016

Fonte: Elaborado pela autora com base em Reis (2020, p. 75-80).

\* Foram descritos apenas os documentos cujos conteúdos não foram explicitados na titulação do documento.

Como visto, o Apoio Matricial é uma prática legítima, uma tecnologia social fundamentada, advinda do contexto gerado pela Reforma Psiquiátrica Brasileira, reforçado por documentos elaborados ao longo dos anos, para atender às novas demandas do cuidado psicossocial estabelecido pelo novo modo de pensar e atuar dos serviços da Saúde Mental antimanicomial. A força transformadora da referida Reforma abriu novas portas para um cuidado continuado em Saúde, mais humanizado e integrado à comunidade de pertença das pessoas com sofrimento psíquico e transtornos mentais. Este movimento é afirmado por Merhy (2002) propondo a reflexão e transformação sobre os modos de trabalho:

“... se não alterarmos o modo como os trabalhadores de saúde se relacionam com o seu principal objeto de trabalho – a vida e o sofrimento dos indivíduos e da coletividade – não basta corrigirmos procedimentos organizacionais e financeiros das instituições de saúde. **Um dos grandes desafios é à busca de um outro modo de operar o trabalho em saúde** e de construir a relação do trabalhador com os usuários, efetivos e potenciais...” (Merhy, 2006). (grifo nosso).

Frente ao novo cenário, essa tecnologia afronta e é afrontada pela cultura estruturalmente psicofóbica, seja nos meandros profissionais da Saúde, ou do território de pertença dos usuários, este território pulsante, dinâmico e não neutro, proposto pelo geógrafo Milton Santos (2001):

(...) território não é um dado neutro nem um ator passivo. Produz- se uma verdadeira

esquizofrenia, já que os lugares escolhidos acolhem e beneficiam os vetores da racionalidade dominante, mas também permitem a emergência de outras formas de vida. Essa esquizofrenia do território e do lugar **tem um papel ativo na formação da consciência**. O espaço geográfico não apenas revela o transcurso da história como indica a seus atores o modo de nela intervir de maneira consciente (Santos, 2001, p. 80). (grifo nosso).

Diante dessa complexidade, travam-se no cotidiano do “trabalho vivo”, citado por Merhy (2002), que se desenrola neste território ativo, os desafios e as possibilidades de potencializar a Rede de Atenção Psicossocial, sendo o Apoio Matricial uma forma de ampliar a resolutividade e a formação de consciência referida por Santos (2001). Estudos foram desenvolvidos no âmbito de apontar estes aspectos – desafios, avanços, possibilidades - sempre no intuito de fortalecer esta prática criativa e democrática. Relembrando sua história, Treichel, Onocko-Campos e Campos (2019) relataram que o Matriciamento, elaborado no início da década de 1990, passou a ser implementado pelos profissionais da rede do Sistema Único de Saúde (SUS) de Campinas-SP, enquanto estratégia de cogestão para organizar o trabalho entre profissionais na área da Saúde Mental, consolidando-se nesse segmento, mas expandindo-se atualmente também para outras áreas.

Em 2007, foi feita uma “reconstrução teórico-conceitual da metodologia de gestão do trabalho em saúde baseada em equipes de referência e apoio matricial como base para apoiar pesquisas que avaliassem limitações e potências dessa modalidade organizacional” (Treichel, Onocko-Campos ;Campos 2019, p. 3) e, desde então, seguem-se novos estudos que, conforme preconizado por Campos e Domitti (2007), identificariam desafios de ordem estrutural, ética, política, cultural, epistemológica e subjetiva para o desenvolvimento do Apoio Matricial entre Saúde Mental e Atenção Básica.

Na ocasião de dez anos após a implementação do Apoio Matricial nas redes de saúde por meio dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), Treichel, Onocko-Campos e Campos (2019), em pesquisa de revisão bibliográfica, realizaram o rastreamento de artigos produzidos de 2008 a 2018, chegando a 38 artigos nos quais foram identificados impasses e desafios para consolidação e efetividade do Matriciamento na Atenção Básica, como exposto no Quadro 3. Outros autores também identificaram diversos desafios para efetivar o Matriciamento, como Alvarez, Vieira e Almeida (2019), Eslabão *et al.* (2019), Gerbaldo *et al.* (2018), Moraes e Tanaka (2012), os quais: A desvalorização do Matriciamento por parte da gestão e demais trabalhadores da Saúde; dificuldades dos profissionais da AB e SM adotarem o Apoio Matricial; a existência de uma lógica de trabalho baseada no modelo biomédico, dentre outros.

Os vínculos empregatícios precarizados constituem-se como um problema para o Apoio Matricial, gerando alta rotatividade no quadro de trabalhadores da Saúde (Reis, 2021). Tal rotatividade dificulta a construção e fortalecimento dos vínculos dos profissionais com usuários e familiares e outras equipes de trabalho, uma vez que a relação é interrompida. Avaliando essa dificuldade, Vasconcelos (2012) enfatiza que a rotatividade contínua destes trabalhadores é estimulada pela privatização, terceirização e precarização das relações de trabalho das políticas sociais do Brasil, recrutando profissionais cada vez mais jovens e menos engajados politicamente. Em sua pesquisa, Lazarino *et al.* (2019) confirmou que profissionais expressaram que muitas construções coletivas são perdidas devido à rotatividade e muitas vezes, há de se começar tudo novamente com os novos profissionais que ingressam.

Quadro 3 - Impasses e Desafios para consolidação e efetividade do Matriciamento na Atenção Básica segundo Treichel, Onocko- Campos e Campos (2019) e outros Autores

	<b>IMPASSES/ DESAFIOS DO MATRICIAMENTO</b>	
	<b>SÍNTESE DE TREICHEL, ONOCKO- CAMPOS E CAMPOS (2019)</b>	<b>CONVERGÊNCIAS COM OUTROS AUTORES</b>
<b>OBSTÁCULOS ESTRUTURAIIS</b>	Fragmentação da rede com baixa integração ou burocratização do fluxo entre serviços.	Não priorização para trabalhar em rede
		Falta de articulação da rede de saúde
		Fragmentação das intervenções em saúde mental
	Perpetuação da lógica do encaminhamento, sem continuidade das ações entre os níveis de atenção e com baixa responsabilização pelo seguimento dos pacientes.	Prática da política dos encaminhamentos
	Falta de uniformidade na estruturação dos serviços.	-
	Inexistência/deficiências dos serviços de informação.	-
	Burocratização do processo de trabalho por meio dos instrumentos de gestão.	Hierarquia e a burocracia presentes no funcionamento da rede de saúde
	Alta rotatividade dos profissionais	Rotatividade
		Precarização do vínculo empregatício
	Falta de clareza dos profissionais quanto ao papel do serviço e de sua atuação neste.	Não reconhecimento da Atenção Básica como <i>locus</i> de cuidado em Saúde Mental
	Negligência das questões relativas ao território em que os usuários estão inseridos.	Não priorização para reunir intersetorialmente
		Baixa ou nenhuma frequência do Matriciamento
Dificuldades de acesso aos serviços por parte dos usuários.	Dificuldade de acesso	

<b>OBSTÁCULOS SUBJETIVOS E CULTURAIS</b>	Dificuldade/negativa dos profissionais em lidar com questões relacionadas à saúde mental.	Carência de sensibilidade sobre assuntos da SM
		Insegurança na abordagem dos casos de saúde mental por conta de despreparo, medo e preconceito
	Tratamento médico/fármaco-centrado.	Visão tradicional de cuidado (“médico-centrada”/medicalização)
		Medicalização e a institucionalização sendo veladamente compreendidas como dispositivos de controle dos usuários de saúde mental
	Predomínio de uma visão fármaco-dependente entre os usuários.	Visão de cuidado centrado na medicalização
		Sensação de impotência dos profissionais de saúde não-médicos.
	Dificuldade em realizar ações intersetoriais.	Vínculo intersetorial enfraquecido
Falta de interesse e de envolvimento das equipes de referência para a discussão de casos de saúde mental no território		
Distanciamento/desprestígio entre as categorias profissionais.	Conflitos interpessoais entre as equipes	
<b>OBSTÁCULOS DECORRENTES DO EXCESSO DE DEMANDA E DA CARÊNCIA DE RECURSOS</b>	Precarização da estrutura física dos serviços.	Falta de recursos
	Incompatibilidade da demanda de produtividade do profissional com a lógica proposta pelos serviços.	-
	Falta de profissionais e equipes incompletas.	Equipes incompletas
		Número insuficiente de profissionais de saúde, em particular dos CAPSs
Sobrecarga dos serviços/excesso de demandas	Falta de tempo	
<b>OBSTÁCULOS EPISTEMOLÓGICOS</b>	Falta de delineamentos claros sobre estratégias para prática do Matriciamento, coordenação dos casos e seguimento longitudinal.	Precariedade de conhecimento sobre assuntos do Matriciamento
		Desconhecimento sobre o Matriciamento
	Falta de conhecimentos/habilidades/formação específicos para o desenvolvimento do trabalho a ser realizado.	Falta de treinamentos e capacitação em Saúde Mental
		Equívocos sobre o Matriciamento
		Precariedade de conhecimento sobre assuntos da SM
		Inadequação de conhecimentos específicos em saúde mental
		Falta de clareza sobre o funcionamento dos CAPSs por parte de profissionais de saúde vinculados a este tipo de serviço
	Perpetuação do entendimento biológico sobre o processo saúde-doença em detrimento do olhar biopsicossocial com centralidade do processo de trabalho no	Visão tradicional de cuidado (biocêntrica)
Persistência de uma lógica manicomial e ambulatorial		

	modelo curativista e individual.	Coexistência de concepções e práticas derivadas do modelo asilar e da clínica ampliada na assistência em saúde mental
	Compartimentalização das ações em saúde em especialidades	Visão fragmentada do cuidado por ser atribuído a profissionais da área “psi”
OBSTÁCULOS POLÍTICOS E DE COMUNICAÇÃO	Suscetibilidade e variação das condições diretivas e investimentos conforme as decisões políticas dos atores municipais e comissionamento dos cargos de gestão.	Problemas relacionados à gestão pública
		Mudanças de setor
	Modelo de gestão verticalizado com dificuldade de comunicação entre os profissionais e a gestão.	Dificuldades de comunicação
		Problemas de comunicação
Deficiência ou inexistência de serviço de contrarreferência.	-	

Fonte: Elaborado pela autora, com base em Treichel, Onocko- Campos e Campos (2019, p. 8-9), Reis (2020; 2021), Gonçalves e Peres (2018).

Ainda que apresente desafios para sua implementação, o Matriciamento entre SM e AB tem demonstrado também trazer muitos avanços, sendo um recurso facilitador do cuidado integral e corresponsabilizado dos indivíduos, melhorando significativamente a articulação dos pontos de atenção no território, em rede sistêmica. Estão em concordância sobre esta afirmativa, autores como Amaral *et al.* (2018), Costa, Lima, Silva e Fioroni (2015), Lima e Dimenstein (2016), Reis (2021), dentre outros, bem como de que o Matriciamento tem produzido maior sensibilização dos trabalhadores da AB para as demandas da SM, no que se refere à elaboração de caminhos para intervirem no território. Moro *et al.* (2020) acrescenta que o Apoio Matricial “mostrou ter efeitos na diminuição dos encaminhamentos, na maior participação das equipes nas ações de saúde mental e no aumento da resolutividade da atenção” (Moro *et al.*, 2020, p. 399). Por fim, em consonância com Lima e Dimenstein (2016), Moro *et al.* (2020) identificaram um consenso na literatura, no que se trata da necessidade de avanços na Reforma Psiquiátrica Brasileira, enfatizando o aspecto de que o cuidado integral dos usuários se relaciona diretamente ao Apoio Matricial e sua possibilidade de interligar redes assistenciais. Destacaram, porém que são necessárias ações que consolidem a estratégia do Matriciamento, como uma estratégia para qualificar a atenção em SM na Atenção Básica.

Em pesquisa desenvolvida em sua Dissertação de Mestrado, Reis (2021) elencou, além de desafios já mencionados, os avanços em município do Extremo-sul baiano, a partir da percepção de trabalhadores da Saúde Mental e Atenção Básica. Semelhantemente, Gonçalves e Peres (2018) realizaram uma pesquisa sobre obstáculos, caminhos e resultados do Apoio Matricial, bem como outros autores seguem investigando estes aspectos, no intuito de tornar esta prática ainda mais efetiva nos territórios. O Quadro 4 procurou sintetizar os avanços e possibilidades proporcionados pelo Matriciamento, a partir de pesquisas científicas,

organizando-os por Campos, os quais: Campo dos saberes; Campo da gestão e da estrutura; Campo da integralidade e da resolutividade; Campos da comunicação, cultura e da subjetividade.

Quadro 4 – Avanços e possibilidades gerados pelo Matriciamento segundo Gonçalves e Peres (2018) e outros autores

<b>AVANÇOS/ POSSIBILIDADES DO MATRICIAMENTO</b>	
<b>CAMPO DOS SABERES</b>	Promove o compartilhamento de saberes em saúde mental
	Otimiza a educação permanente
	Facilita a troca de conhecimentos e experiências entre profissionais de saúde
	Propicia uma visão ampla do processo saúde-doença, fundamentada no modelo biopsicossocial
	Promove o estudo em equipe (Grupos de estudo)
	Gera equipe profissional capacitada e comprometida
<b>CAMPO DA GESTÃO E DA ESTRUTURA</b>	Organiza o cuidado em Saúde mental no território e em rede
	Facilita e promove interações mais regulares entre equipes e das equipes (reuniões internas)
	Produz planos de cuidado compartilhado (PTS)
	Produz impacto positivo no fluxo da rede de saúde
	Melhora o fluxo no setor de SM
	Tem a capacidade de aproximar os diferentes níveis de atenção
	Estabelece de um sistema de cogestão e a diminuição dos encaminhamentos
	Melhoria da estrutura dos serviços de saúde trazendo conhecimento sobre a existência de equipamentos intersetoriais no território
	Qualifica o SUS em prol da assistência em saúde mental
	Promove a implementação dos objetivos da Reforma Psiquiátrica Brasileira
Promove o estabelecimento de parcerias no território	
<b>CAMPO DA INTEGRALIDADE E DA RESOLUTIVIDADE</b>	Fomento da corresponsabilização a propósito do planejamento familiar junto a mulheres com transtornos mentais
	Promove a aproximação interdisciplinar
	Facilita a integralidade do cuidado e amplia a resolutividade dos problemas
	Traz a possibilidade de práticas integrativas
	Viabiliza a corresponsabilização do cuidado em SM de modo ampliado
	Promove a continuidade da realização de intervenções e o estabelecimento de pactuações de classificação de risco
	Facilita a emergência de ações de desinstitucionalização e amplia a acessibilidade
	Fomenta o cuidado no território e facilita a territorialização do cuidado entre SM e AB
	Utilização do acolhimento como tecnologia relacional facilitando o vínculo e a continuidade do cuidado na integralidade dos usuários da SM
	Melhorias no acolhimento e abordagem de pessoas com transtornos mentais
	Fortalecimento de vínculos entre equipe e usuários/familiares
	Evita a perda do paciente (abandono do tratamento ou suicídio)
Ajuda na provisão de cuidado psicossocial respeitando-se as especificidades de cada território e as singularidades de cada usuário	



<b>CAMPOS DA COMUNICAÇÃO, CULTURA E DA SUBJETIVIDADE</b>	Favorece a participação da família como unidade e objeto de cuidado, compartilhando responsabilidades com os profissionais de saúde
	Favorecer a construção e o estreitamento das relações afetivas dos usuários no território
	Favorece a adesão aos tratamentos
	Aproximação entre as equipes de saúde a torna a assistência em saúde mental mais efetiva e fluida
	Traz a possibilidade de prática interativa e dialógica
	Promove o alinhamento da comunicação e ampliação do diálogo entre setores
	Promoção de autonomia e inclusão social
	Mudança de paradigmas e atuação em relação a pessoas com transtornos mentais
	Problematiza os estigmas associados aos transtornos mentais

Fonte: Elaborado pela autora com base em Gonçalves e Peres (2018) e Reis (2020; 2021).

Observou-se que os estudos elencados apontam maior número de desafios do que de avanços/ possibilidades, o que denota a necessidade de ampliar estudos para desenvolver estratégias que tornem o Matriciamento mais efetivo. Ressalta-se que Gonçalves e Peres (2018) alertam para o fato de o apoio Matricial ser um arranjo organizacional genuinamente brasileiro, enfatizando que a importação de estratégias bem-sucedidas no exterior no tocante à articulação entre a atenção primária e a saúde mental não seria sinônimo de sucesso, tendendo a serem infrutíferas pela descontextualização.

Vale enfatizar que o Matriciamento, mesmo apresentando inúmeros e complexos desafios, mostra-se ser um recurso necessário para produzir uma assistência mais produtora de saúde mental para a comunidade, uma vez que se aproxima dela, combinando os pontos de atenção da rede e os serviços de SM e AB para promover o cuidado integral e disruptivo de preconceitos, facilitando a inclusão social de pessoas com sofrimento psíquico intenso e transtornos mentais ainda vigentes na cultura brasileira.

### **3.3.3 O Apoio Matricial em ação – Di-versificando possibilidades de construção compartilhada**

O Matriciamento tem em si uma potencialidade múltipla na geração de ações matriciais compartilhadas, para a produção de Saúde Mental em rede. A principal característica do Matriciamento talvez seja exatamente esta: a construção compartilhada de caminhos do cuidado. Deste modo, ele “di-versifica”, harmoniza e forma rimas com as possibilidades que cada participante traz. Aqui trataremos de alguns destes “versos diversos”.

O *Guia prático de Matriciamento em Saúde Mental* (Brasil, 2011c) elenca uma série de ações matriciais que podem ser desenvolvidas na coletividade. Uma delas é o *Projeto*

*Terapêutico Singular* (PTS), que consiste em um plano de cuidado especial para o indivíduo, ou família, que apresenta uma situação que requer atenção mais aprofundada. Ele é desenvolvido conjuntamente com os participantes das redes, familiares e usuários, planejando e corresponsabilizando cada participante nessa construção. Jorge *et al.* (2015) o define como:

elaborado conjuntamente entre equipes, usuários e familiares. Portanto, almeja a criação de um plano compartilhado, o qual assume o acompanhamento do usuário, considerando aspectos sociais, familiares e psíquicos. O PTS é uma discussão de caso em equipe, **um grupo que incorpora a noção interdisciplinar e que recolhe a contribuição de várias especialidades e de profissões distintas**. De fato, o que se busca com o AM e o projeto terapêutico é a assistência integral do usuário e sua demanda, desde sua entrada na APS até seu percurso em toda a rede assistencial (Jorge *et al.*, 2015, p. 113). (grifo nosso).

Slomp, Franco e Merhy (2022) apontam que o PTS tem sido, em muitos casos, um feito cotidiano dos CAPS, e o recurso para outras equipes que enfrentam algum caso mais complexo, que as paralisa ou desorganiza. Ele é centrado no trabalho vivo (Merhy, 2002), ocorre no instante da relação construtiva entre trabalhadores, usuários-cidadãos, participando da construção do seu próprio cuidado, junto ao coletivo corresponsabilizado.

Outra ação matricial de grande potência é a *Educação Permanente*. Capacitar continuamente, construir saberes conjuntamente é uma forma de “manter a roda girando”, os saberes circulando e sendo construídos juntos pelos seus participantes. É necessário que haja investimentos nesse processo de aprendizagens, pois, conforme afirmado por Silva (2017), ele é um “recurso para trabalhar as competências dos profissionais e o aprendizado significativo no território e entre os serviços” (Silva, 2017, p. 34). O autor cita que essa ação matricial aproxima as equipes, fortalece os vínculos e a integração entre os serviços, além de qualificar a assistência e a formação dos profissionais, trazendo mais solidez à Saúde Mental na APS. A Educação Permanente também é uma forma de suprir as deficiências da formação dos profissionais, como já abordado. Como exemplo de processo de Educação Permanente que produziu no Brasil resultados promissores para a SM na AB, tem-se o Projeto Percursos Formativos da Raps/Engrenagens da Educação Permanente (Reis, 2020), o qual capacitou diversos profissionais no Brasil, para a implementação do Apoio Matricial, incluindo a Linha de cuidado Saúde Mental na Atenção Básica. Para construir o PTS, o *Guia prático de Matriciamento em Saúde Mental* (Brasil, 2011c) sugere seguir os seguintes pontos: Abordagens biológica e farmacológica; Abordagens psicossocial e familiar; Apoio do sistema de saúde; Apoio da rede comunitária; e o trabalho em equipe, discriminando quem fará o quê.

O Matriciador pode partir de um roteiro, como o sugerido por Brasil (2011c) no Quadro 5, porém, entende-se que entre equipes pode-se elaborar, conforme as demandas específicas de

cada uma.

Quadro 5 - Roteiro sugerido por Brasil (2011c) para discussão de casos para Apoio Matricial em Saúde Mental

<b>ROTEIRO PARA DISCUSSÃO DE CASOS PARA APOIO MATRICIAL DE SAÚDE MENTAL</b>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Motivo do Matriciamento</b></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• intervenções biológicas ou psicossociais realizadas</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Informações sobre a pessoa, a família e o ambiente</b></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• compartilhamento do caso (referência e contrarreferência)</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Problema apresentado no atendimento</b></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Configuração familiar (genograma)</b></li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• nas palavras da pessoa</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Vida social</b></li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• visão familiar</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• participação em grupos</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• opinião de outros</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• participação em instituições</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>História do problema atual</b></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• rede de apoio social</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• início</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• situação econômica</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• fator desencadeante</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Efeitos do caso na equipe interdisciplinar</b></li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• manifestações sintomáticas</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Formulação diagnóstica multiaxial</b></li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• evolução</li></ul>	

Fonte: Elaborado pela autora com base em Brasil (2011c, pp. 21-22).

A *Clínica Ampliada*, já mencionada nesta pesquisa, é mais uma das ações relacionadas ao Apoio Matricial. Rigotti (2016) reporta que essa ação inclui o paciente e a relação com ele como elementos constitutivos da clínica. Nela, os usuários são atendidos juntamente por dois ou mais profissionais, ou por uma equipe, para que, sob diversos olhares, haja uma escuta compartilhada de diferentes saberes, com vistas ao cuidado integral. Segundo Campos (2017), a Clínica Ampliada pode ser sintetizada como um processo de acolhimento e ressignificação do sujeito e de sua fala, onde ele é o centro, o protagonista, bem como a saúde, e não a doença. Segundo este autor, ela se utiliza de tecnologias leves, como a escuta sensível, para identificação das vulnerabilidades, a interação com o território, o acolhimento e a visita domiciliar. Nesta ação matricial, dialógica, ampliam-se saberes, enfocando a integralidade do sujeito, não sendo desprezado os saberes dos territórios.

Outra modalidade de ação é a *Roda de Conversa*. Segundo Melo *et al.* (2016), ela consiste em um método socrático de diálogo, em que se troca de ideias com seus interlocutores, estimulando a reflexão, convergindo Santos (2019), que afirma que esse tipo de ação matricial é um instrumento que rompe com uma matriz hierarquizada, que se comunicava apenas por encaminhamentos, referências e contrarreferências, partindo das situações vividas para provocar reflexões sobre as práticas do cuidado. Felipe *et al.* (2006 *apud* Melo, 2016) expressa

seu sentido, explanando que na Roda de Conversa:

como por meio da conversação se problematiza a realidade para que a conscientização possa ocorrer. Uma aprendizagem significativa, vista como a compreensão de significados, que se relaciona às experiências anteriores e vivências pessoais dos aprendizes, permitindo a formulação de problemas desafiantes que incentivam o aprender mais, o estabelecimento de diferentes tipos de relações entre fatos, objetos, acontecimentos, noções e conceitos, desencadeando modificações de comportamentos e contribuindo para a utilização do que é aprendido em diferentes situações (Felipe *et al.*, 2006 *apud*, Melo *et al.*, 2016, p. 302 ).

Outra modalidade de ação matricial é a *Visita domiciliar* conjunta, realizada no território, por um grupo de profissionais, juntamente com o ACS. Brasil (2011c) afirma a importância destas visitas apontando que a:

visita domiciliar faz parte do arsenal terapêutico dos serviços de saúde de base territorial. Supõe-se que centros de atenção psicossocial e equipes de saúde da família competentes realizem, com regularidade, visitas domiciliares a usuários que, por diversas razões – em especial, dificuldade de deambulação ou recusa –, não podem ser atendidos nas unidades de saúde (Brasil, 2011c, p. 35).

Os *Grupos Terapêuticos na AB* são uma modalidade de ação matricial bastante eficiente, havendo resultados na adesão e continuidade do cuidado. Reis (2019) apresentou resultados da experiência em município do extremo-sul baiano, no qual as equipes NASF articulavam a ação de SM na AB, sendo utilizadas por vezes, rodas de Terapia Comunitária Integrativa com os usuários e trabalhadores das ESF. Brasil (2011c) afirma sobre esta estratégia matricial que: “pequenos grupos é um recurso fundamental nas práticas de saúde desenvolvidas na atenção primária. Seu manejo adequado permite organizar melhor os processos de trabalho e também ampliar a capacidade assistencial, sem perda de qualidade, muitas vezes até ampliando-a” (Brasil, 2011c).

Mais uma estratégia fortalecedora das ações da SM na AB é a realização de *Grupos de estudo em Saúde Mental*, que também são oportunidades fortalecedoras de aprendizagens. Reis (2020) abordou que além das trocas de conhecimento sobre SM, a interação entre equipes fortaleceu o vínculo entre elas e também com usuários e familiares que participaram.

Pode-se citar também na experiência desta mesma autora que os *Fóruns Intersetoriais de SM* são ações matriciais capazes de dar visibilidade aos usuários, fortalecendo suas autoestimas, e também aos assuntos da SM em todo o intersetor, proporcionando partilhas, integração e corresponsabilização. Em suma, não se pretende esgotar as possibilidades de ações matriciais que o Matriciamento proporciona, uma vez que, enquanto “tecnologia social viva”, podem surgir novas formas coletivas de cuidado, baseadas na criatividade e demandas em SM que emergem dos territórios.

### 3.3.4 Matriciamento - Bahia, Brasil, outras trilhas em uma breve pesquisa bibliográfica

No Brasil, têm sido desenvolvidos estudos de revisão, pesquisas empíricas e relatos de experiências sobre o Apoio Matricial, abordando tanto os avanços ou alcances, como os desafios que essa tecnologia social apresenta no contexto da Saúde Mental na Atenção Básica, para ser consolidada e tornar-se uma prática mais regular, em diferentes territórios. O Quadro 6 sintetiza dezenove avanços e vinte e nove limites e desafios para o Apoio Matricial, com base em algumas publicações brasileiras. Ressalta-se que há estudos que abordam os dois aspectos, como os de Reis (2019; 2020; 2021) e de Pinheiro (2020), dentre outros.

No que concerne às publicações relativas ao Estado da Bahia, os estudos ainda são escassos. De fato, apenas cinco estudos foram encontrados (Amaral *et al.*, 2018; Bispo; Moreira, 2017; Braga; Mota, 2014; Silva *et al.*, 2012; Carvalho, 2021), a partir de uma revisão cuidadosa, além daqueles produzidos pela própria pesquisadora (Reis, 2019; 2021).

Amaral *et al.* (2018) desenvolveu sua pesquisa em uma UBS de Salvador, e abordou os efeitos do Apoio Matricial em Saúde Mental na Atenção Básica, considerando a compreensão e manejo por parte de agentes comunitários de saúde. Esse foi um estudo que empregou a observação participante e entrevistas junto a 12 agentes comunitários de saúde e os resultados foram analisados por meio de análise de conteúdo. Foram identificados efeitos positivos em quatro dimensões, a saber: a) mudanças na atitude dos profissionais; b) ampliação do acesso aos serviços; c) desenvolvimento de novas práticas de cuidado e d) aumento da resolutividade. Os autores concluem que o Apoio Matricial produziu mudanças incontestáveis na compreensão e na atuação prática dos profissionais, bem como mudanças de caráter organizacional na USF e em sua relação com a rede de serviços. Em vista disso, infere-se que o Apoio Matricial consiste em uma intervenção efetiva na qualificação da atenção e do cuidado em Saúde Mental.

Bispo e Moreira (2017) realizaram uma pesquisa com seis municípios da Região Sudoeste, com o objetivo de analisar como os processos de educação permanente são vivenciados e como estão incorporados no cotidiano dos profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e das Equipes de Saúde da Família (ESF). Concluiu-se haver pouco preparo técnico para implementação destas ações por essa equipe, denotando “um processo formativo frágil para o apoio matricial gera incompreensões, expectativas irreais sobre o trabalho do outro e conflitos entre aqueles que deveriam ser parceiros” (Bispo; Moreira, 2017, p. 9). Além disto, foi reportado pela maior parte dos enfermeiros e médicos que participaram da pesquisa que não haviam vivenciado nenhum tipo de formação sobre NASF ou Apoio Matricial.

Um breve artigo desenvolvido por Braga e Mota (2014) o processo de implantação do Matriciamento em Saúde Mental na rede de um município localizado no norte da Bahia, enfatizando o papel organizativo da rede de saúde mental através deste equipamento. As autoras concluem que, no processo de implantação, foram observados pelo menos dois obstáculos. O primeiro deles é a resistência ou insensibilidade que os profissionais da rede têm de entender que a saúde mental deve ser atendida por todas as unidades de saúde, sejam elas básicas ou especializadas, de urgência e emergência. De acordo com as autoras, essa insensibilidade tem origem na formação do profissional, que não aprofunda o estudo dessa temática, deixando o profissional inseguro diante dessa demanda. O segundo obstáculo está no âmbito das condições políticas locais, que acarretam mudanças constantes das equipes, comprometendo a qualidade do trabalho, já que há descontinuidade nas ações.

Outro artigo, escrito por Silva *et al.* (2012), relatou uma experiência na cidade de Salvador, Bahia, de intervenção de Matriciamento na Equipe de Saúde da Família, com foco para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), seu preparo para as ações matriciais, de modo a fomentar a construção de novas formas de relação entre Saúde Mental e Saúde da Família. Este trabalho revelou desafios relativos aos conflitos ligados à subjetividade dos agentes comunitários, visto seu território de atuação profissional ser o mesmo em que ele vive.

Carvalho (2021), numa pesquisa de mestrado, também usando a abordagem qualitativa investigou os sentidos produzidos por psicólogas em um município no interior da Bahia, levando em conta os documentos oficiais de orientação técnica que norteiam sua prática. Com base na análise dos documentos e das entrevistas realizadas com duas psicólogas, o autor conclui que é possível compreender que o teor dos documentos oficiais se refletiu em mudanças estruturais que ocorreram na organização das equipes com a instituição do NASF. Isso porque as psicólogas revelaram que reorientaram suas práticas com base na circulação de cartilhas com conteúdo técnico/científico, confirmando, assim, de trajetórias profissionais profícuas às propostas do NASF.

Ressalta-se que a aplicabilidade do Matriciamento tem se expandido a outros segmentos, como exemplifica o trabalho de Souza *et al.* (2022), no contexto da Atenção Básica e Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). Treichel, Onocko-Campos e Campos (2019) relataram a existência em outras áreas, com a Traumatologia, a Dermatologia, Reabilitação Física. Até o momento, porém, não foi encontrada, para fins desta pesquisa, na Bahia, alguma pesquisa quantitativa que enfoque avanços e desafios do Apoio Matricial no contexto da Saúde Mental na Atenção Básica.

Quadro 6 – Publicações que abordam os avanços e desafios do Matriciamento no Brasil

AUTOR	ANO	LISTA SÍNTESE DE AVANÇOS E DESAFIOS IDENTIFICADOS
<i>Nascimento</i>	2007	<b>AVANÇOS</b>
<i>Souza et al.</i>	2007	1) Amplo reconhecimento do Matriciamento para a ampliação do cuidado das equipes de saúde para com os usuários com transtornos mentais
<i>Dimenstein et al.</i>	2009	2) Aumento da compreensão sobre transtorno mental/sofrimento psíquico;
<i>Figueiredo e Onocko-Campos</i>	2009	3) Achados e criações no âmbito de novas possibilidades de práticas, espaços de apoio e intervenção na AB e SM;
<i>Mielke e Olchowsky</i>	2010	4) Maior troca de conhecimentos e atendimentos compartilhados;
<i>Onocko-Campos et al.</i>	2011	5) Resolutividade aumentada dos problemas;
<i>Minozzo</i>	2001	6) Aumento da possibilidade de inclusão social;
<b>BRASIL</b>	2011c	7) Papel organizativo do Matriciamento, com a reorganização da entrada do usuário para os serviços de SM e ampliação do acesso;
<i>Morais e Tanaka</i>	2012	8) Tomada de decisões coletivas e pactuadas com maior garantia de concretização das ações;
<i>Tenório</i>	2012	9) Desenvolvimento de Plano Terapêutico Singular (PTS);
<i>Bonfim et al.</i>	2013	10) Maior sensibilização e compromisso das ESF e equipes de SM;
<i>Jorge et al.</i>	2013	11) Maior articulação entre os sujeitos envolvidos e fortalecimento do vínculo e das conexões entre equipes;
<i>Braga e Mota</i>	2014	12) Melhoria do acolhimento dos usuários nos territórios de pertença;
<i>Jorge et al.</i>	2014	13) Melhoria na promoção da autonomia e liberdade das pessoas com sofrimento psíquico e transtornos mentais;
<b>BRASIL</b>	2014	14) Maior visibilidade das demandas em SM nas ESF;
<i>Hori e Nascimento</i>	2014	15) Instrumentalização mais qualificada dos atores do matriciamento com maior acesso de informações;
<i>Pegoraro et al.</i>	2014	16) Emergência de uma visão de integralidade do sujeito;
<i>Costa et al</i>	2015	17) Reflexões coletivas baseadas em fundamentação teórica;
<i>Jorge et al</i>	2015	18) Diminuição do estresse das equipes, na medida em que conseguem compartilhar responsabilidades dos casos
<i>Hirdes</i>	2015	19) Retaguarda especializada para equipe da atenção básica;
<i>Lemes et al</i>	2016	<b>DESAFIOS</b>
<i>Iglesias eAvellar</i>	2016	1) Indisposição/ resistências dos profissionais da AB em trabalhar com SM e dificuldades de diálogo entre ambas as áreas;
<i>Reis et al</i>	2016	2) Negação de articulação em ações coletivas;
<i>Rigotti</i>	2016	3) Questão cultural da estigmatização da loucura e preconceito em como lidar com as pessoas com transtornos mentais, os quais se fortalecem pela ignorância ou pela discriminação e afeta também negativamente a participação dos usuários nas ações, visto os mesmos já haverem desenvolvido um autopreconceito, com medo de sofrerem novas discriminações;
<i>Salvador e Pio</i>	2016	4) O “eficientismo” e exigência de produtividade em saúde gerando a ideia do Matriciamento como sobrecarga, repasse de funções e não como contribuição, demonstrando limite de visão;
<i>Lima e Dimenstein</i>	2016	5) O clientelismo nas formas de contratação do pessoal prejudicando a qualidade dos serviços;
<i>Soares e Oliveira</i>	2016	6) Fragilização dos vínculos dos usuários dos serviços pela alta rotatividade dos profissionais, com a mudança de profissionais e de políticas de assistência a cada eleição culminando na precarização das contratações de pessoal;
<i>Athié et al</i>	2016	7) Burocratização do atendimento;
<i>Bispo e Moreira</i>	2017	
<i>Klein e Oliveira</i>	2017	
<i>Hirdes e Silva</i>	2017	

<i>Amaral et al.</i>	2018	8) Dificuldades por parte da gestão ou pouco compromisso para organização dos encontros de Apoio Matricial e com a articulação de ações entre AB e SM, incluindo a falta do diálogo entre profissionais de saúde e gestores acerca de como implantar o Matriciamento em saúde mental;
<i>Gonçalves e Peres</i>	2018	
<i>Silva</i>	2018	9) A tensão entre flexibilidade e desvio do papel dos profissionais do NASF e dificuldades de apoio da gestão a esta equipe;
<i>Dantas e Passos</i>	2018	10) Despreparo das ESF para acolhimento e cuidado de pessoas com transtornos mentais pela falta de informação, conhecimento e habilidades para lidar com assuntos e usuários com sofrimento mental e transtornos mentais;
<i>Pereira e Maia</i>	2018	11) Dificuldades para reorganização para atuar no Matriciamento;
<i>Iglesias e Avelar</i>	2019	12) Deficiência na formação profissional para trabalhar na lógica do apoio matricial, a carência de aperfeiçoamento em saúde mental, visto a formação não acompanhar os avanços que a prática exige, com a baixa qualificação das equipes da AB e SM para interações, com “estranhamento” entre as equipes;
<i>Coren</i>	2019	13) Dificuldades para se atuar em Apoio Matricial visto a permanência do centro da atuação predominar no modelo clínico biomédico hegemônico, da atenção curativa e centrada na doença, com proposta de cuidado pela AB centrada na prescrição de psicotrópicos, na medicalização dos sintomas por impotência dos profissionais diante das vulnerabilidades sociais, dificultando o trabalho interprofissional e a interlocução dos saberes, operando com a política do encaminhamento e a não corresponsabilização do cuidado;
<i>Treichel, Onocko- Campos e Campos Santos</i>	2019	14) Descontinuidade do acompanhamento;
<i>Reis</i>	2019	15) Fragmentação da rede;
<i>Reis</i>	2020	16) Falta de profissionais;
<i>Pinheiro</i>	2020	17) Dificuldades nas condições de trabalho, gerando sobrecargas;
<i>Laureano da Silva e Ribeiro</i>	2020	18) Pressão da população e da AB para atendimentos individuais, por questões culturais ou de desinformação sobre o trabalho do NASF;
<i>Santos</i>	2020	19) Tensões advindas da proposta de corresponsabilização;
<i>Moro et al.</i>	2020	20) Responsabilização da população pelos ACS, que as definiram como com poucas propostas alternativas de tratamento na comunidade;
<i>Reis</i>	2021	21) Falta de perfil dos profissionais para realizar Apoio Matricial;
<i>Carvalho</i>	2021	22) Desconhecimento da possibilidade de atuação do Apoio Matricial;
<i>Moro</i>	2021	23) Dificuldade de entendimento na proposta do Apoio Matricial;
<i>Moro e Rocha</i>	2022	24) Pouca participação dos familiares por afastamento dos serviços;
		25) Falta de informação da população sobre a assistência em rede e no território;
		26) Pouco diálogo sobre a formação dos profissionais de Saúde, ainda centrada nos muros de cada categoria profissional;
		27) Falta de adesão aos tratamentos por parte dos usuários devido ao descrédito que muitos profissionais nas ações de Apoio Matricial;
		28) Dificuldades de comunicação entre profissionais e usuários, podendo ser de ordem cognitiva, emocionais ou socioculturais;
		29) Escassez de avaliações formais que apontem se os objetivos do Apoio Matricial têm sido alcançados.

Fonte: Elaborado pela autora com base em pesquisa bibliográfica.



### **3.4 A Formação profissional para o SUS/Saúde Mental: percalços e saídas possíveis entre o “ser”, o “saber” e o “saber fazer”**

*Ninguém deita remendo de pano novo em roupa velha, porque semelhante remendo rompe a roupa, e faz-se maior a rotura. Nem se deita vinho novo em odres velhos; aliás rompem-se os odres, e entorna-se o vinho, e os odres estragam-se; mas deita-se vinho novo em odres novos, e assim ambos se conservam.*

*Mateus 9:16,17 (Bíblia Sagrada)<sup>13</sup>*

Nesse capítulo será discutida a relevância da formação profissional dos trabalhadores que atuam no SUS, no campo da saúde mental, sob uma perspectiva crítica, abordando o caráter inter e transdisciplinar para atuação profissional no Apoio Matricial em contraposição ao caráter disciplinar e fragmentado que tem marcado a formação acadêmica e profissional dos cursos de saúde. Assim, a questão da formação profissional será pensada tanto em termos teórico-técnicos, no contexto da graduação, como também políticos, incluindo ainda a necessidade de se pensar nos processos de Educação Permanente e similares ao longo da trajetória profissional dos trabalhadores de Saúde da SM e AB.

Desde o seu surgimento, a implementação do Matriciamento se depara com dificuldades que se estendem até os tempos atuais. Gastão Wagner de Souza Campos (1999), idealizador do Apoio Matricial, retratou em seu artigo, que havia “uma tendência das profissões e especialistas de reduzirem seu campo de responsabilidade ao núcleo restrito de saberes e competências de sua formação original” (CAMPOS, 1999, p. 402). Em pesquisa sobre o Matriciamento entre SM e AB, Reis (2019) relata que:

De fato, já era previsto em Relatórios de Gestão do MS emitidos em período pós-idealização do Matriciamento que “não há dúvida de que a implantação, expansão e qualificação do apoio matricial é um dos principais desafios para a gestão da Política de Saúde Mental do país (...) e para a garantia de acessibilidade à atenção, um dos maiores desafios do SUS” (Reis, 2019, p. 30).

Convergindo a esta afirmação, Oliveira (2014), ao abordar em sua Dissertação de Mestrado o processo de formação e prática do Apoio Matricial, referenciou como dificuldade para o Matriciamento, o império da lógica biomédica nas formações em saúde, com a negação da determinação social da saúde, o estímulo à disciplinaridade e a adoção de conteúdos temáticos desconectados. Uma formação profissional em Saúde tradicional, aliada a problemas na estrutura física dos serviços e à predominância da organização vertical e hierárquica dos processos em Saúde resultam em encaminhamentos marcados pela fragmentação do cuidado e

---

<sup>13</sup> Disponível em: <https://www.biblionline.com.br/acf/mt/9/17+>

precarização dos processos comunicacionais (Morais, 2010).

Dentre outras precarizações, Souza (2012), Nascimento (2019) e Silva (2017) ressaltam o fato da falta de investimento na formação dos profissionais de saúde, que vem a prejudicar suas práticas. Nascimento (2019) relaciona a dificuldade de incorporação de novas premissas à prática cotidiana à falta de investimento na formação, convergindo ao pensamento de Silva (2017), que agrega que sua pesquisa também apontou para a falta de investimento na instrumentalização dos profissionais, tanto das equipes de referência, quanto das de Apoio Matricial, identificando inabilidade dos profissionais e desarticulação entre os serviços de saúde. Souza (2012), por sua vez, enfatizou que, havendo investimento, a consequência reflete diretamente na forma diferenciada de operar no SUS, sem reproduzir formas tradicionais e retrocessas de funcionamento, agregando diversidade, criatividade e resolutividade e contribuindo para a reorganização da atenção à saúde.

Atingindo diretamente as questões de investimento, há também desafios de natureza política a serem enfrentados no âmbito do SUS. A publicação da Portaria nº 2.979/19, por exemplo, altera o modelo de financiamento da Atenção Primária à Saúde (APS) e institui o programa *Previne Brasil*, que extingue o NASF. Assim, o acesso dos usuários ao serviço volta a ser feito por meio de listas de pacientes para serem atendidos por médicos e enfermeiros, em um claro retrocesso ao modelo médico-centrado e individualizado (Rede APS, 2019). O NASF é constituído por um Programa do MS que prevê equipes multiprofissionais fundamentais às ações articuladas e implementadas nos territórios, cujo Apoio Matricial é sua tecnologia social estratégica de atuação. Estas equipes articulam entre a Saúde Mental e Atenção Básica, além de outros diversos pontos de atenção das RAS, de modo transdisciplinar. O *Previne Brasil* não prevê o financiamento para este programa, eliminando incentivos para as ESF, denotando assim a “extinção da prioridade para a Estratégia Saúde da Família” (Rede APS, 2019, p. 7). Neste contexto de formação e atuação, e também político adverso, o princípio da *integralidade* em Saúde claramente não é atendido.

Ademais, na visão de Emerich e Onocko-Campos (2019), para que a Reforma Psiquiátrica Brasileira se efetive na prática faz-se necessária a construção de novos modos de cuidar dos usuários em intenso sofrimento psíquico, caso contrário, a exclusão dos usuários nos serviços territoriais será um fato comum. Santos *et al.* (2007) afirmam, neste sentido, em seu trabalho intitulado *Reforma Psiquiátrica como eixo integrador na formação profissional em saúde*, que

**Diminuir o impacto do estigma da enfermidade mental constitui em um dos maiores desafios para melhorar a atenção aos transtornos mentais na comunidade.** A estigmatização desses transtornos é particularmente intensa (...) o que

representa significativos **obstáculos ao sucesso do tratamento**. As principais consequências da discriminação (...) o distanciamento social e as desvantagens relacionadas à obtenção de emprego e moradia. O estigma da doença mental (...) exacerba a sobrecarga da doença, levando ao prejuízo das relações sociais.” (Santos *et al.*, 2007, p. 209) (grifos nossos)

Ao falar-se de formação profissional no campo da Saúde, deve-se pensar para além da aquisição de conhecimentos, uma vez que o “saber” se confirma quando integralizado ao ato – aprende-se de fato, fazendo. Ou seja, a formação é um fenômeno complexo, que envolve além das subjetividades de quem ensina e aprende, a aplicação destes saberes, sob a urdidura da cultura em que se processam. Sendo assim, sugere-se que o “saber fazer” em saúde é atribuído ao conjunto do “ser”, das relações pedagógicas, das práticas e das teorias aplicadas no cotidiano da formação profissional.

Franco (2018) descreveu em seu trabalho intitulado *A humanização do trabalho em saúde sob análise* que o processo de trabalho da AB ainda possui baixa resolutividade por ter sido constituído sob uma formação “médico-centrada”, com processos de prática clínica centrada na medicalização. Reforçando essa tese, a Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA, 2017), também pontua que a despeito de existirem muitas possibilidades de cuidados em SM na AB, procedimentos técnicos como o acolhimento e a escuta qualificada são pouco explorados pelas equipes da ESF, que ainda mantêm a lógica assistencialista e medicalizadora no processo de cuidado.

No que diz respeito à medicalização, Augsburger e Gerlero (2017)<sup>14</sup> *apud* Garcia *et al* (2020) pontuam a necessidade de se analisar os efeitos do acesso ampliado a psicofármacos na Atenção Básica, uma vez que seu uso pode ser paradoxal: por um lado se constituem como um direito em saúde, mas, por outro, podem acelerar os processos de medicalização da vida. Assim, segundo Camargo Jr. (2003), no lugar da integralidade da atenção estaria a medicalização, e esse problema só será resolvido quando se compreender a relevância de outras competências técnicas e mesmo de saberes não profissionais, se reconhecer as limitações que cada técnica tem e se compreender de forma ampliada os determinantes sociais do processo saúde-doença. Portanto, para Camargo Jr (2003), seriam, minimamente, necessárias transformações na organização dos serviços e mudanças relevantes na própria formação profissional.

Na mesma direção, Garcia *et al.* (2020) reiteram que o modelo médico-centrado promove uma assistência médico-hegemônica, a qual resume-se ao ato prescritivo enquanto

---

<sup>14</sup> AUGSBURGER, A. C.; GERLERO, S. S. La accesibilidad al tratamiento psicofarmacológico en la estrategia de atención primaria de la salud: una mirada crítica sobre las paradojas del derecho a la salud [Internet]. **Cad Bras Saúde Ment.** 2017; V. 9, N. 24, p. 96-122. Disponível em: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/5048>

produtor de procedimentos e de cuidado em saúde. Tal modelo, restringe as tecnologias que se apoiam no acolhimento, nos processos educacionais e no vínculo, que promovem a autonomia do usuário no autocuidado e, conseqüentemente, poderiam evitar o excesso de demanda para os serviços especializados. Nesse sentido, vale lembrar o que foi dito por Reis (2021), em Dissertação de Mestrado, citando o documento produzido pela WHO/WONCA (2009), que aponta os princípios fundamentais para integrar a Saúde Mental aos cuidados primários: “a política e os planos têm que incorporar cuidados primários para a saúde mental; é necessária a formação adequada dos profissionais de cuidados primários; profissionais e instituições especializadas em saúde mental devem estar disponíveis para apoiar os cuidados primários [...]” (Reis, 2021, p. 160). Além disso, para Garcia *et al.* (2020), o modelo de atenção médico-centrado precisa ser superado para incluir todos os demais profissionais da equipe, já que todos são igualmente importantes para criação de vínculo e do acompanhamento do usuário e da família no território.

Supõe-se que a maioria das universidades no Brasil ainda adota uma formação tradicional nos cursos de saúde, sobretudo nos de medicina, caracterizado por processos fragmentados, distanciados da comunidade e pela centralidade da prescrição medicamentosa aos usuários. Ceccim e Feuerwerker (2004) enfatizam a necessidade de mudanças na graduação das profissões de saúde, em prol da promoção da integralidade, argumentando a importância da aquisição de uma compreensão ampliada da saúde que possibilite uma atuação multiprofissional e interdisciplinar, considerando os usuários enquanto sujeitos do seu cuidado. É essa formação voltada para a atuação multiprofissional e interdisciplinar que vai permitir que haja a inovação das práticas de atenção à saúde. Estes autores confirmam que há “legitimidade legal, técnica e política para a formulação de uma política de Estado com o objetivo de ordenar a formação de profissionais em consonância com as necessidades de saúde da população” (Ceccim; Feuerwerker, 2004, p. 1400), sendo da competência do setor da Educação e da Saúde esta construção. Nota-se que esta formulação repercute diretamente no preparo dos profissionais para o Matriciamento, visto as interações entre SM e AB requerem dos participantes uma visão ampliada de cuidado, com aplicabilidade nos meios comunitários, para que sejam alcançados os objetivos de inclusão e desestigmatização das pessoas com sofrimento psíquico intenso e transtornos mentais.

A esse respeito, em seus informes técnicos institucionais, o Programa de Saúde da Família (PSF) (atualmente referido como Estratégia de Saúde da Família), definido pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, apresenta a descrição do trabalho entre os participantes da ESF, dispondo que este se processa em uma relação de trabalho democrática,

baseada na interdisciplinaridade e não mais na multidisciplinaridade, associada à não-aceitação do refúgio da assistência no positivismo biológico, que **requer uma nova abordagem que questione as certezas profissionais e estimule a permanente comunicação horizontal** entre os componentes de uma equipe (Brasil, 2012, p. 317). (grifo nosso).

Como é possível perceber, a integralidade e a horizontalidade devem orientar a lógica que determinará as mudanças necessárias na formação de profissionais, uma vez que nesses conceitos está implicada uma compreensão ampliada da saúde, a noção de que deve haver uma articulação de saberes e práticas multiprofissionais e interdisciplinares e o reconhecimento das necessidades complexas dos usuários (Ceccim; Feuerwerker, 2004). Neste sentido, a integralidade vai se contrapor a lógica da relação verticalizada e de visão limitada do cuidado. Sendo assim, a transformação desta relação tensa e verticalizada, para outra que considere a alteridade dos usuários, repercutirá certamente em resultados promotores da autonomia destes.

Como apontado por Merhy (2002), o trabalho vivo, que se dá no ato e no território, passa por relações de afetos, com produção de vínculos e trocas nesta visão interativa de cuidado. Neste contexto, são possíveis aprendizagens mútuas, favorecendo a continuidade do processo demandado nas atividades matriciais, sugerindo-se que, na perspectiva do Matriciamento, a formação necessita prover conhecimentos que levem ao entendimento de que usuários e profissionais são ambos sujeitos imbricados nos processos horizontais de cuidado, exercendo uma relação de trocas mútuas. Aprende quem cuida e quem demanda cuidados, aprende-se *no* cuidado, aprende-se junto e na experiência situada, disseminada e emoldurada pela rede. E nesta dinâmica criativa e imprevisível do trabalho vivo, ressalta-se, como reportado por Reis (2019), que o próprio Apoio Matricial contribui com a possibilidade de gerar reflexões sobre saberes engessados e afirmados pela cultura de saúde no Brasil, facilitando ao próprio profissional médico os demais profissionais de saúde repensarem sobre suas práticas tradicionais no âmbito da SM nas Redes de Atenção em Saúde.

### **3.4.1 Que profissional se quer formar e como fazê-lo?**

A frase de Nicolescu (1999), citada no contexto epistemológico - “A antiga visão continua senhora deste mundo. De onde vem esta cegueira? De onde vem este desejo perpétuo de fazer o novo com o antigo?” (Nicolescu, 1999, p. 1) - foi pronunciada há 24 anos, mas parece bastante atual, quando se adentra o território, observando-se o modo de atuar e visões de mundo/de sujeito expressas no cotidiano dos trabalhadores de Saúde e Saúde Mental. Estes

saberes e fazeres falam também dos processos formativos vigentes e das instituições de ensino que preparam para o exercício profissional. De acordo com Emerich e Onocko-Campos (2019), e reforçando o que já foi dito na seção anterior, o processo formativo dos trabalhadores da saúde no Brasil historicamente foi orientado pelo modelo positivista, que fragmenta o conhecimento e distancia o profissional do usuário do serviço e enfatiza a formação tecnicista, verticalizada e “médico-centrada”.

Em pesquisa recente na Universidade Federal da Bahia (UFBA), Rios e Caputo (2019) revelaram que discentes produziram relatos confirmatórios da distância da formação em relação à realidade da população, com a “inexistência de experiências relacionadas ao conceito ampliado da saúde e a determinação social do processo saúde-doença no currículo médico, o que, segundo os participantes, propicia a formação de profissionais tecnicistas e com poucas habilidades no campo das relações humanas” (Rios; Caputo, 2019, p. 190). Tal situação incorre em dificuldades no desenvolvimento de práticas coletivas, como o Apoio Matricial e na sua fluência em rede nas comunidades.

Por ocasião do *Projeto Percursos Formativos da RAPS*, iniciado pelo MS no ano de 2013, Reis (2019) constatou a frequente ausência dos profissionais médicos e dentistas em ações coletivas, como oficinas e rodas de sensibilização realizadas com as Equipes de Saúde da Família para implantação do Apoio Matricial nos territórios em município no Estado da Bahia, o que aponta para um vínculo enfraquecido, tanto com suas ESF de pertença, como com o território de sua atuação, implicando posteriormente em pouco envolvimento no Apoio Matricial. A ênfase na figura médica e no uso da medicação como formas principais ou absolutas do cuidado em Saúde desfavorece também práticas democráticas e interdisciplinares como o Matriciamento e o cuidado integral à saúde dos usuários, havendo estudos que demonstram problemas éticos e críticas sobre a influência da indústria farmacêutica na formação do profissional médico (Angell, 2007).

Para dar conta de formar um profissional com as habilidades e competências para atuar em um novo arranjo, inovador, de cuidado, Emerich e Onocko-Campos (2019) argumentam que o processo formativo deva estar calcado em três eixos, que podem ser interseccionados, e devem ser impulsionados por experimentações e vivências práticas. São eles: o eixo do sujeito, o eixo da instituição e o eixo coletivo.

No eixo do sujeito perpassa a crença de que a formação em Saúde Mental deve envolver mobilização e transformação da subjetividade dos trabalhadores, a partir das vivências e experiência de vida de cada um. O sujeito precisa ter acesso a conteúdos teóricos relativos à clínica, gestão, políticas públicas e deve se apropriar de conceitos que sustentam o

cotidiano das ações para que desenvolva habilidades e competências práticas. Ele precisa saber responder os porquês, para quês e para quem se desenvolvem ações, no contexto dos campos da Saúde Mental e da Saúde Coletiva, e também em relação ao núcleo de formação.

Além disso, participar de espaços de Controle Social para superar os retrocessos recentes impostos aos SUS também é essencial, no sentido de fazer avançar a atual política pública de saúde. O dispositivo da supervisão destaca-se ainda nesse processo. É por meio dele que as experiências são narradas, acolhidas, problematizadas e elaboradas, com vistas à construção de sentido daquilo que é vivenciado. Por fim, os autores falam da importância da complementaridade no processo de formação. Nas palavras dos autores: “Além do aspecto técnico-profissional, entendemos ser importante ratificar a potência que pode ter a complementaridade de modos de atuação dos profissionais, de estilos pessoais, do encontro do humano com o humano” (Emerich; Onocko-Campos, 2019, p. 7).

No que diz respeito ao eixo da instituição, os autores lembram que o trabalho em Saúde Mental ocorre necessariamente nas instituições e com elas. Citando Bleger (1991<sup>15</sup>, p. 74 *apud* Emerich; Onocko-Campos, 2019, p.7), conceituam instituição como “o conjunto das normas, das regras e das atividades agrupadas em torno dos valores e das funções sociais”. Elas criam normas que servem como leis que organizam a vida física, mental e social dos sujeitos, “permitindo que as pulsões sejam metaforizadas e metabolizadas em desejos socialmente aceitáveis e valorizados” (Enriquez, 1991<sup>16</sup>, p. 74 *apud* Emerich; Onocko-Campos, 2019, p.7).

Nos contextos institucionais ocorre a formação de grupos, que propiciam que as relações sejam pensadas de forma intersubjetiva entre sujeitos-grupos-instituição. A existência de falhas neste pacto firmado entre instituição, grupos e sujeitos, ameaça tanto a instituição como a relação de cada sujeito com ela, o que pode desencadear sofrimentos variados da/na instituição. Dessa forma, no processo de formação profissional é fundamental se deparar com mudanças na organização do trabalho e estar aberto ao novo nas experimentações institucionais. Assim, a formação para o trabalho na Saúde Mental deve contemplar aspectos teóricos e institucionais com vistas a garantir a compreensão da complexidade do que está em jogo, haja vista que o espaço institucional de trabalho pode causar sofrimento aos trabalhadores, quando eles não entendem os elementos desse sofrimento, ou seja, a causa, o

---

<sup>15</sup> BLEGER J. O grupo como instituição e o grupo nas instituições. *In*: KAES, R.; BLEGER, J.; ENRIQUEZ, E.; FURNARI, F.; FUSTIER, P., ROUSSILLON, R. *et al.* **A instituição e as instituições**. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1991. p. 59-73.

<sup>16</sup> ENRIQUEZ E. O trabalho da morte nas instituições. *In*: KAES, R.; BLEGER, J.; ENRIQUEZ, E.; FURNARI, F.; FUSTIER, P.; ROUSSILLON, R.; *et al.* **A instituição e as instituições: estudos psicanalíticos**. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1991. p. 53-79.

objeto, o sentido e razão do sofrimento experimentado.

Por fim, o eixo coletivo parte da crítica à racionalidade gerencial hegemônica, na qual a gestão exerce o poder sobre os trabalhadores, controlando-os, por meio “da subordinação do trabalho a funcionamentos padronizados, tomando o trabalhador como recurso a ser moldado a partir do interesse dos equipamentos nos quais trabalha” (Onocko-Campos, 2019, p. 10). Nessa modalidade de gestão, os desejos, interesses e poder de criação e de resistência dos trabalhadores são invisibilizados. Para superar esse problema, os autores defendem que sejam criados espaços de cogestão entre trabalhadores. Tais espaços são conformados por relações dialéticas que resultam em tomada de poder pelo grupo, emergindo daí a corresponsabilização pelas decisões e pelos seus desdobramentos. O saber acumulado e compartilhado de profissionais com diferentes formações opera com base em uma análise do contexto em que se inserem, para que seja possível a práxis.

Dessa forma, nos processos formativos deve haver participação ativa dos profissionais na construção e avaliação dos projetos pedagógicos desenvolvidos, bem como deve ser encorajada a composição de fóruns ou outras estratégias grupais que objetivam potencializar o poder de negociação entre os interesses coexistentes. Para os autores, essa experiência de coletividade durante o processo formativo permite ao trabalhador e ao gestor atuar rumo à construção de uma postura também coletivista junto aos usuários, “na gestão de seus projetos de cuidado, na negociação junto com os profissionais de referência e na experiência em processos grupais nos serviços” (Onocko-Campos, 2019, p. 11).

Nesta participação ativa, inclui-se a diversidade dos trabalhadores implicados, pois o trabalho interdisciplinar, sendo necessário às ações matriciais, envolve também profissionais de formações em nível técnico, ou mesmo com nível médio ou fundamental de escolaridade. Recepcionistas, motoristas, serviços gerais, técnicos de enfermagem, técnicos de saúde bucal partilham, nos territórios, do acolhimento cotidiano dos usuários nos serviços de AB e/ ou SM, necessitando também de conhecimentos sobre SM e sofrimento psíquico no seu processo formativo, que propiciem o lidar humanizado com estes sujeitos e seus familiares.

Santos *et al* (2007) relataram a experiência de ensino da *Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz)*, que tem o objetivo de integrar os conteúdos pertinentes ao primeiro ano da educação profissional em saúde oferecido pela Escola. Ressalta-se que esta instituição foi criada em 1985, no contexto da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), com a intenção de articular as dimensões política, cultural, social, técnico e científica, permitindo a circulação de diferentes linguagens e saberes no processo formativo. Em seu escopo de ofertas, está a formação de profissionais de nível médio para os setores da saúde e ciência e



tecnologia em saúde, abrangendo adolescentes em formação técnica que desejam profissionalizar-se e adentrar o mercado de trabalho e trabalhadores da saúde em busca de aperfeiçoamento em suas formações originais, proporcionando-lhes com seus cursos a “compreensão da dimensão coletiva do processo saúde-doença e das determinações sócio-históricas do trabalho em saúde, para que possam contextualizar seu trabalho dentro do campo de conhecimento e práticas da saúde” (SANTOS *et al*, 2007, p. 196).

Segundo Santos *et al* (2007), esta Escola é uma das tentativas em contribuir para superar as fragilidades da formação de pessoal para os quadros intermediários diante dos novos desafios em saúde. Ao longo de etapa de sua formação, jovens estudantes desenvolveram ações em classe e nos territórios sobre a Reforma Psiquiátrica, discutindo o estigma e a exclusão social das pessoas com transtornos mentais, evidenciando a assimilação e avanços. Os pesquisadores ressaltaram que:

Essas situações deixam claro que para além da divulgação do conhecimento sobre a área de saúde mental, devemos insistir na **utilização de elementos mais potentes que incidam mais incisivamente sobre atitudes e comportamentos dos jovens, através da aproximação com as pessoas portadoras de transtornos mentais** (...). O debate social sobre o novo paradigma da atenção psicossocial, os novos dispositivos e as novas práticas junto ao paciente com transtornos mentais, assim como a discussão sobre a segregação do louco e o combate ao estigma, proporcionaram um terreno fecundo para a compreensão de questões cruciais à formação do aluno como cidadania e inclusão social, que extrapolam o âmbito estrito da saúde mental e são fundamentais para a formação do jovem profissional de saúde. (SANTOS *et al*, 2007, p. 210, 211). (grifo nosso).

Souza (2012) argumenta que, para haver uma formação que prepare para a prática de tecnologias de cuidado que garanta o cuidado e o acesso universal e equânime à população é necessário que haja investimentos crescentes, tendo em vista que os serviços comunitários em saúde mental estão em expansão. Tais serviços têm sido alvo de discussões em nível mundial, nas quais organismos de referência internacional reconhecem a prática de cunho interdisciplinar e territorial como mais adequada à assistência em Saúde Mental. A exemplo, cita-se a *World Psychiatry Association* (2010<sup>17</sup>, *apud* Souza, 2012) que preconiza que serviços de SM precisam priorizar as demandas dos usuários, atuando como serviços móveis, próximos à comunidade, que acessam a moradia dos sujeitos, adotando os Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) como base para desenvolver os tratamentos. Uma formação adequada aproxima seus atores e os corresponsabiliza, sendo requisito necessário para o Apoio Matricial.

O distanciamento das equipes de referência dos usuários enquanto sujeitos, humanos, ativos e com subjetividades, traz em si tanto a necessidade de aproximação por parte dos

---

<sup>17</sup> World Psychiatry Association (WPA). **Guidance on steps, obstacles and mistakes to avoid in the implementation of community mental health care.** World Psychiatry. 2010.

profissionais em relação às realidades dos pacientes, bem como revela a complexidade e as limitações das atitudes (aqui tratadas como concepções e crenças interiorizadas), dos saberes (conhecimento formal institucional e informal) e das práticas profissionais hegemônicas. Tais limitações, de ordem complexa, acentuam-se pelo distanciamento do saber formal e o “chão de fábrica”, territórios de *praxis* em saúde. De acordo com Amarante & Cruz (2015), os profissionais que atuam com Saúde Mental poderiam ter em suas formações, conhecimentos que abranjam esta complexidade que caracteriza a existência humana, com reflexões mais amplas e problematizadoras. Com inspiração freiriana (apoiada no “Método Paulo Freire”) para formações em saúde, pode –se dizer que a teoria nunca é totalmente resolutive, que a interação teoria-prática é quem promove a superação da ideia de que o aprendizado é um fator fixo, constituindo-o como transitório, com a possibilidade contínua de criar e recriar, aprender e reaprender (FREIRE, 1982).

Compreendendo este movimento dinâmico dos processos de aprendizado e do território de atuação, mesmo havendo limitações e conflitos inerentes à implementação e adaptação de novos modos produtores de saúde, há universidades, ao nível da graduação e pós-graduação que tem despontado com novas propostas, em vista da expansão dos serviços territoriais para o cuidado em Saúde Mental no Brasil. Nesta perspectiva, pode-se exemplificar a proposta da Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB), que instituiu um programa interdisciplinar de formação em Saúde, a qual oferta, dentre outras, o Bacharelado Interdisciplinar em Saúde, com Componentes Curriculares (CCs) obrigatórios de práticas - Bloco Temático de Práticas Integradas em Saúde - e o CC de Análise de Situação de Saúde, que envolvem diretamente práticas relacionadas à territorialização (UFSB, 2016). Segundo o Projeto Pedagógico do curso, é adotada a Aprendizagem Orientada por Problemas Concretos (AOPC ou, em inglês, CPBL), a qual se configura pelas aprendizagem-orientada-por-projetos e aprendizagem-orientada-por-problemas, articulando-as com os territórios:

compreende a construção orientada do conhecimento pela via da problematização, com **base em elementos da realidade concreta da prática laboral**, tecnológica ou acadêmica em pauta. Essa abordagem submete a percepção da aprendizagem inicial a um processo crítico de constante questionamento, mediado por literatura de referência (acadêmica, científica etc.) (...) Desse modo, **essa etapa do processo educativo visa à elaboração de novas questões a serem continuamente retomadas e superadas pelo educando** (...) mediante a identificação de problemas (...) definidos contingencialmente pelas práticas vivenciadas nos estágios curriculares e extracurriculares incorporados nos programas de ensino (UFSB, 2016, p. 33, grifos nossos).

Tal modelo converge para o preparo adequado de profissionais para atuar na dinâmica dialógica do Matriciamento, cuja característica envolve a problematização em Saúde,

contando com a interdisciplinaridade e a intersetorialidade, visando ampliar a resolutividade dos problemas territoriais.

É certo que a atuação de um profissional de saúde reflete seus aprendizados, a forma com que foi educado formal e informalmente, para concretizar sua *praxis*. Educadores, seja em nível técnico ou nas graduações e pós-graduações, têm uma responsabilidade social de conciliar conteúdos teóricos e práticos na formação de profissionais, os quais necessitam ser preparados para uma atuação ampliada, corresponsável, como preconizado pelo SUS, incluindo a SM e suas práticas.

Em sua Dissertação de Mestrado, Silva (2017) concluiu que não obstante o Matriciamento seja compreendido como uma estratégia assertiva, ainda encontra obstáculos para sua consolidação, principalmente nos aspectos da qualificação profissional e do desconhecimento de seu conceito. Observa-se então que, mesmo com estes obstáculos do âmbito do “saber” e do “saber fazer”, pesquisas consideram que o Apoio Matricial é um dispositivo eficaz na promoção da saúde integral em saúde mental, o que certamente será ainda mais potencializado com a implementação de aperfeiçoamentos na formação dos profissionais que o executam.

No âmbito do “ser”, o Matriciamento requer que haja a disponibilidade, fator *sine qua non* para que ele aconteça e seja efetivo de fato. O “ser” perpassa não somente as atitudes, no sentido já referenciado, mas as subjetividades, a condição psicológica, emocional, cognitiva que caracteriza e possibilita o humano tornar-se terra fértil para receber as sementes de uma nova semeadura. Em concordância com essa visão, Souza (2015) relatou ser imprescindível aos profissionais a disponibilidade para o novo, afim de que sejam adotadas práticas diferenciadas das até então conhecidas, que permitam que saberes e posições dos profissionais se desloquem, em ambas as áreas, Atenção Básica e Saúde Mental. Da mesma forma, Oliveira (2014) pontua que é preciso que o profissional esteja aberto para compartilhar o poder e aprender a exercer a crítica sobre os modelos de gestão e atenção, a colaborar na construção de espaços de discussão e deliberação coletivas. Em outras palavras, esta autora defende que se deve estar disponível para relações dialógicas a fim de administrar coletivamente os conflitos e prover caminhos viáveis, possíveis, pertinentes em saúde. Deste modo, pode dizer que a condição do “ser” possibilita a quebra ou a manutenção de paradigmas, inicialmente na esfera subjetiva de cada profissional, contribuindo ou não para a engrenagem em uma nova proposta cultural de saúde mental e suas práticas no Brasil.

Mudanças da condição de “ser” com vistas às transformações do “saber” e “do saber fazer” exigem transformações radicais nos processos formativos dos profissionais de saúde, as

quais dependem de vontade política. Ceccim e Feuerwerker (2004) lembram que é necessário recuperar a tarefa constitucional designada pela reforma sanitária brasileira de formulação de políticas de formação em saúde. Como determina a Constituição de 1988, deve haver ação intersetorial na formulação dessas políticas, cabendo ao setor da saúde contribuir para que a educação se vincule ao mundo do trabalho e às práticas sociais em saúde. A Constituição ainda determina que cabe ao SUS o ordenamento da formação de recursos humanos na área de saúde no Brasil. Ademais, de acordo com os autores, o título relativo aos recursos humanos da Lei Orgânica da Saúde, orienta que a política voltada para os trabalhadores da área deve também organizar um sistema de formação em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além de programas de educação permanente aos profissionais.

O setor da educação, por sua parte, cumpre igualmente o papel de ordenamento do sistema de formação em virtude do fato de esse setor ter domínio sobre os instrumentos de gestão e ter legitimidade de regulação da educação nacional. Assim, essa ação intersetorial deve cumprir as funções de regulação de Estado no que diz respeito à formação na área da saúde (Ceccim; Feuerwerker, 2004). Por outro lado, vale resgatar a análise crítica produzida por Ceccim e Pinto (2007), quando se trata das políticas que ordenam a Educação Superior no Brasil. De acordo com os autores, esse nível de educação é majoritariamente ofertado pela rede privada ou por instituições filantrópicas/comunitárias/confessionais. Além disso, o país falha ao dispor de fortes e eficientes mecanismos de avaliação da qualidade de ensino. Há necessidade de oferta de vagas em instituições públicas, de modo a de fato produzir a inclusão social, combater as desigualdades regionais e sociais e promover a participação no desenvolvimento locorregional por parte do sistema de saúde. Isto requer investimento em relações intersetoriais entre o setor da saúde e o setor da educação e, também, nas relações interinstitucionais entre os gestores estaduais e municipais de saúde e educação.

Aliada a uma real expansão da educação superior, deve estar atrelada uma radical transformação do modelo formador, pautado na interdisciplinaridade, na integralidade, na humanização, na educação permanente na implicação com o desenvolvimento de linhas do cuidado na rede assistencial. No entanto essa transformação radical prescinde do enfrentamento do problema inerente às regulações presentes no setor. De acordo com os autores

O país não possui tradição de regulação pelo Estado do exercício profissional, da formação, da certificação de competência ou da autorização de práticas de trabalho. Isto impede que qualquer medida de ordenamento, como as constatadas em diversos países, conte com a aceitação das corporações profissionais e respaldo legislativo (Ceccim; Pinto, 2007, p. 269).

Assim, existe uma carência regional de médicos especialistas que não pode ser explicada somente pela falta de médicos. Ela denuncia a ineficiência do Estado em buscar

associar demandas sociais, formação de profissionais e de especialistas, regulação ocupacional, montagem de equipes multiprofissionais e interdisciplinares, redes de apoio matricial entre serviços, trabalhadores e gestores. Para compreender os sentidos da carência de médicos especialistas, é necessário compreender a montagem do sistema de saúde e as distâncias atuais entre o sistema formador e as necessidades de saúde da população e de montagem do sistema de saúde (Ceccim; Pinto, 2007, p. 276).

Diante deste cenário, é importante ressaltar que tanto a formação médica, como as demais formações em saúde, tem sofrido mudanças ao longo dos últimos anos, em tentativas de aproximar os profissionais das necessidades territoriais. Em seu trabalho sobre *Estratégias atuais para mudanças das profissões em saúde*, Feuerwerker (2006) destaca que a reorganização das práticas de saúde passa necessária e simultaneamente por mudanças na formação. Em concordância, a pesquisa de Rios e Caputo (2019) demonstrou que os cursos de Medicina são alvo de diferentes discussões e políticas, com o fim de reorientar o processo formativo dos futuros médicos para atender aos seguintes itens: alinhamentos às necessidades do SUS; atuação interprofissional e aproximação com a Atenção Primária em Saúde. Nota-se que estes três pontos são fundamentais para a eficiência das práticas matriciais da SM na AB nos territórios. Para efetivar este alinhamento, o Estado, por meio de programas, “estimula ou impõe transformações significativas no perfil dos futuros profissionais, em sua distribuição geográfica e principalmente em sua formação, de acordo com o projeto político dos governantes e as demandas da sociedade civil” (Rios; Caputo, 2019, p. 185). O *Programa Mais Médicos*, com proposta interdisciplinar, ilustra bem esta iniciativa estatal, indo de encontro de forma favorável às reais necessidades da população brasileira.

Acrescentando, Campos e Pereira Júnior, (2016), recordam a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), apresentada pela Portaria nº 2.488, de 21 de Outubro de 2011, que estabeleceu a revisão de diretrizes e normas para a organização da AB, reforçando a incorporação dos NASF, a realização de especialização em Saúde da Família, residência multiprofissional e/ou de Medicina de Família e de Comunidade, com possibilidade de ter cadastrados dois médicos na mesma equipe, com carga horária de 30 horas/ 20 horas, ampliando assim o acesso e as possibilidades de participação deste profissional nas ações nos territórios. Ressalta-se que esta PNAB previa também atividades de educação permanente e Apoio Matricial.

Outro ponto norteador, neste mesmo sentido, são as novas *Diretrizes Curriculares Nacionais* (DCN) (Brasil, 2014<sup>18</sup> *apud* Rios; Caputo, 2019), as quais preconizam no seu artigo

---

<sup>18</sup> BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES nº3 de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação**

26, que o ensino médico necessita desenvolver ações extensionistas, voltadas principalmente à assistência, sem caráter assistencialista, a qual determina que a graduação em Medicina terá uma formação geral, caracterizada pela transversalidade em sua prática com determinação social humanista, com compromisso em defender a cidadania, a dignidade humana, a saúde, afim de que seja garantida a formação de profissionais coerente com a Resolução. A pesquisa de Rios e Caputo (2019) protagonizou a Educação Popular em Saúde como prática que atende estes requisitos, a qual tem se constituído em uma metodologia produtora de impacto no processo formativo dos profissionais, capacitando médicos para o relacionamento com futuros pacientes e para o trabalho em comunidade.

Mais do que isso, as formações de profissionais da saúde devem superar o ranço disciplinar, avançando no sentido da inter e da transdisciplinaridade. Nicolescu (1999) inspirado na física quântica, defende que:

A transdisciplinaridade como o prefixo “trans” indica, diz respeito àquilo que está ao mesmo tempo entre as disciplinas, através das diferentes disciplinas e além de qualquer disciplina. Seu objetivo é a compreensão do mundo presente para o qual um dos imperativos é a unidade do conhecimento. [...] Da mesma forma, a maior ou menor satisfação dos três pilares metodológicos da pesquisa transdisciplinar gera diferentes graus de transdisciplinaridade. A pesquisa transdisciplinar correspondente a um certo grau de transdisciplinaridade se aproximará mais da multidisciplinaridade (como no caso da ética); num outro grau, se aproximará mais da interdisciplinaridade (como no caso da epistemologia); e ainda num outro grau, se aproximará mais da disciplinaridade (Nicolescu, 1999, p. 16-17).

Complementando essa definição, Almeida Filho (1997) propõe que esse conceito atrelado à área da Saúde Coletiva permite a “possibilidade de comunicação não entre campos disciplinares, mas entre agentes em cada campo, através da circulação não dos discursos (pela via da tradução), mas pelo trânsito dos sujeitos dos discursos” (Almeida Filho, 1997, p. 17).

A Educação Permanente também é recurso potente para o aprendizado continuado sobre o Apoio Matricial em Saúde Mental. Essa modalidade de educação, de acordo com Emerich e Onocko-Campos (2019), é pautada na lógica da aprendizagem pelo trabalho, sem dissociação entre aprender e ensinar, ou seja, ela permite a construção do conhecimento por meio da sequência “ação-reflexão-ação. Para Brasil (2004)<sup>19</sup> *apud* Emerich e Onocko-Campos, 2019), a Educação Permanente envolve a noção de que a capacitação dos profissionais deve levar em conta as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle

---

**em Medicina e dá outras providências.** Brasília, 20 de Junho de 2014. Disponível em: [http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=15874-rces003--14&category\\_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-rces003--14&category_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192) Acesso em 17 de set. de 2023.

<sup>19</sup> MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Portaria nº 198 GM/MS, de 13 de Fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências.** Diário da União. 13 Fev 2004.

social em saúde, tendo como finalidade a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho. Além disso, deve ser estruturada a partir da problematização do processo de trabalho. Dessa forma, promove o entrelaçamento entre ensino, trabalho e cidadania, garantindo que a rede do SUS se transforme em um espaço de educação profissional (Gigante; Campos, 2016<sup>20</sup> *apud* Emerich e Onocko-Campos, 2019). Emerich e Onocko-Campos (2019) ressaltam também a importância dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde Mental, que permitem o aprofundamento de ações na prática e de discussões teóricas em torno do trabalho em saúde.

Sob esta ótica, Silva (2017) relata a obtenção de bons resultados com os profissionais de saúde. Como exemplo, em Tese de Doutorado, Nascimento (2019) observou em sua pesquisa que a Educação Permanente produziu efeitos similares em experiências em Belo Horizonte e em Salvador, quanto a produzir iniciativas de Matriciamento, evidenciando sua importância para a qualificar a assistência à saúde mental na perspectiva do território. Através de outra experiência reportada por Reis (2019), foi constatado que a Educação Permanente é recurso efetivo para trabalhar as competências dos profissionais, o aprendizado significativo no território e entre os serviços de toda a Rede de atenção. Em publicação intitulada “A Reforma Psiquiátrica no cotidiano”, Merhy e Amaral (2007) fazem afirmações convergentes, que remetem à necessidade de um processo de educação continuada que priorize a relação entre cuidadores e usuários de forma diferenciada, quebrando com o formato típico da Psiquiatria tradicional “médico-centrada”, na qual o médico é o sujeito e o usuário, o objeto, qualificando o ato cuidador por uma tensão contínua que envolve a relação de tutela e autonomia.

Assim, é preciso formar profissionais críticos, reflexivos, atentos às demandas das necessidades das pessoas com sofrimento mental que são excluídas da sociedade, humildes e respeitosos para estabelecer diálogos com outros campos do conhecimento, e mais bem preparados para ouvir o sofrimento. Tal formação demanda engajamento político e participação ativa na proposição, execução e avaliação de modos de funcionamento dos equipamentos de saúde, da RAPS e do SUS (Yasui, 2006). Nas palavras experientes de Campos (1999), percebe-se então que as mudanças necessárias não ocorrem da noite para o dia, passando por uma mudança cultural e prosseguindo através da instituição de “processos facilitadores para a formação de uma outra subjetividade profissional, centrada na abertura para o diálogo e na capacidade de assumir compromissos com a saúde dos usuários” (Campos, 1999, p. 4000).

---

<sup>20</sup> GIGANTE, R. L.; CAMPOS, G. W. S. Política de formação e educação permanente em saúde no Brasil: bases legais e referências teóricas. **Trab Educ Saúde**. 2016; 14(3):747-63.

Deste modo, ressalta-se também que estes processos de formação dos profissionais devem envolver múltiplas instituições sociais: os setores da saúde e da educação, as universidades, os serviços, assim como as instâncias de participação e de controle social. Para que a prática seja diferente e inovadora, o enfoque da formação deve mudar, com a oferta de novas oportunidades de aperfeiçoamento, não ficando restrita somente à especialização e residência profissional (Ceccim; Pinto, 2007).

Por fim, Reis (2021) lembra, apoiando-se em Nascimento (2019), que na formação dos profissionais de Saúde e SM, o que há de mais complexo é a compreensão dos sujeitos. É com base nessa compreensão que se dá a influência decisiva dos processos de mudança e de consolidação das transformações necessárias na dimensão sociocultural, que é o que, em última instância, permitirá as mudanças desejadas na implementação de modelos inovadores. O conceito de Intelectual Orgânico de Gramsci é utilizado por Nascimento (2019) para dizer que os profissionais de saúde devem estar comprometidos com as classes subalternas, no sentido do confronto com o poder hegemônico naturalizado no sistema de saúde. Isto é, eles devem ser formados para se sentirem implicados com a causa da Reforma Psiquiátrica. Portanto, a forma que se constrói a relação do profissional com os modelos de cuidado passa necessariamente pelo campo político e cultural. Para a autora, há limites na formação teórico metodológica, técnico assistencial, mas, também, político institucional do profissional de saúde para o exercício do novo modelo advindo da Reforma Psiquiátrica Brasileira, que traz novos equipamentos e propõe novos modos de cuidado. Portanto, pensar em formação no processo de Matriciamento implica pensar em subjetividades, em transformação de posturas políticas, que se relacionam às relações de poder neste âmbito.

### **3.5 Relações de poder e Apoio Matricial – contextos e algumas vulnerabilidades socioculturais como desafios para uma prática democrática no cotidiano do cuidado em Saúde Mental**

*E quando a informação e a opinião se sacralizam, quando ocupam todo o espaço do acontecer (...) (temos) um sujeito fabricado e manipulado pelos aparatos da informação e da opinião, um sujeito incapaz de experiência.*

*Bondía*

O Brasil tem uma história permeada estruturalmente por regimes que marcaram sua sociedade de modo a refletir a cultura da subalternidade, tanto no registro da ordem do



simbólico, intangível - presente no imaginário social - como do concreto, visível, palpável, vivenciado por tempos de Colonização, Escravidão e Ditadura Militar. Para falar da Saúde Mental no Brasil e suas formas de trabalho e paradigmas entranhados no cotidiano das relações humanas, é preciso considerar as relações de poder que as atravessam, na esfera da produção do cuidado em Saúde Mental, as quais refletem esta herança autoritária, que afeta diretamente os processos de inclusão.

Os períodos Colonial e Escravocrata silenciaram, apagaram a existência, a subjetividade e a coletividade de negros, indígenas e pobres no país, naturalizando até os dias atuais, práticas que excluem. Fanon (2012), no livro *Os condenados da terra*, expressa que o pensamento decolonial traz a luta antirracista e também antimanicomial, atribuindo à guerra colonial e suas violências físicas e simbólicas, a causa de desordens mentais. Para Fanon, o colonialismo era a violência em estado puro e o caminho possível para a libertação passaria, sobretudo, pela libertação do indivíduo, uma “descolonização do ser”, conscientizando-se de sua humanidade, para desenvolver um pensamento novo e criar um homem novo, livre de toda forma de colonização. Ocupando a dimensão do não ser, determinada pelo poder hegemônico, as pessoas subalternizadas, com sofrimento psíquico intenso em decorrência dos processos de exclusão e das violências colonialistas, dos preconceitos, não possuem espaços de fala, ou direito à fala, a não ser por agenciamento, como já afirmava por Spivak (2010). Fanon (2012) acreditava que são as palavras que fazem o indivíduo sentir, então, transformando em linguagem o indizível do vivido, o intolerável e habitado na zona do não ser, gera-se então um processo revolucionário da alma, sendo atravessada por processos de curas. Ressalta-se que Fanon, em sua luta antirracista e antimanicomial, imaginava uma humanidade livre de toda forma de colonização, seja cultural, física ou mental.

Como algumas heranças decorrentes da Colonização e da Escravidão, interferem nas relações de poder que afetam indígenas, pretos, e ainda mais mulheres pretas, com opressões cotidianas e redução de acesso à Saúde, incluindo a Saúde Mental. Estudos recentes com povos indígenas demonstraram que indígenas têm sofrido incidência crescente de suicídio, com maioria de casos para pessoas do sexo masculino, com baixa escolaridade, na faixa etária de 15 a 24 anos, tendo como fatores de risco para o suicídio a pobreza, baixos indicadores de bem-estar, desvantagem socioeconômica, desintegração das famílias, vulnerabilidade social, fatores históricos e culturais e falta de sentido de vida e futuro (Souza *et al.*, 2020). Estes dados preocupantes certamente refletem os prolongamentos presentes do poder colonialista, evidenciando a vulnerabilidade deste grupo.

Os modos de adoecer e morrer da população negra no Brasil refletem também contextos

de vulnerabilidade expressos em iniquidades em saúde. Apenas em 1997 surge a primeira proposta de Política de Saúde para a População Negra. O povo preto, pobre, foi o mais atingido pela pandemia, em vista da dificuldade de acesso à saúde. A Pesquisa Nacional de Saúde (IBGE, 2021) evidenciou que após a pandemia houve agravos a esta população ao nível da Saúde Mental. A saúde mental está inclusa neste âmbito do adoecimento, onde o racismo, a pobreza, o preconceito torna ainda mais vulnerável esta camada da população. Em 2016, a cada dez suicídios em adolescentes e jovens, seis eram negros, estando presentes agravantes como sentimentos de não pertencimento, exclusão e não aceitação de si mesmo por parte do próprio adolescente/jovem, sua família e/ou amigos, e *bullying*.

### **3.5.1 Mulheres e fatores interseccionais - trânsito nas relações de poder e a Luta Antimanicomial**

Historicamente, as mulheres negras sofreram (e ainda sofrem) efeitos múltiplos de diferentes opressões do poder hegemônico, como o machismo, sexismo, racismo, colonialismo e neocolonialismo. Em suma, mulheres, mulheres pretas, pessoas com sofrimento mental e transtornos mentais graves exemplificam grupos subalternizados constituídos de sujeitos heterogêneos, que, como expresso por Gayatri Spivak (2010), têm o seu lugar de fala negado, suas subjetividades precarizadas, como fruto de uma violência epistêmica continuada que cerceia seu desenvolvimento. Estes públicos carecem de espaços de desenvolvimento e expressão. Houve inúmeras mulheres que tiveram suas vidas atravessadas por instituições asilares, seja por uso de drogas, ou transtorno mental. Sendo pretas e pobres, agravou-se a opressão sofrida, conforme Pereira e Passos (2017), a qual se relaciona à interseccionalidade, destacando os determinantes sociais de gênero e classe. Pereira e Passos (2017) afirmam que muitas mulheres pretas foram aprisionadas em asilos por questões raciais, ou por serem mulheres que fugiam às regras do machismo, do sexismo imposto, bem como foram aquelas que exerceram a força de trabalho nos primeiros hospícios brasileiros. Estas autoras ressaltam que também tiveram seu sofrimento invisibilizado por ser diluído como “característica, fraqueza feminina”. Tal questão, pode-se dizer, foi agravada pelo fato de enquanto mulheres e negras, terem suas subjetividades negadas, sendo situadas no mundo do “não ser” e conforme afirmam as autoras citadas, no mundo ocidental e capitalista branco, a pessoa preta é atribuída a algo ruim.

A Luta Antimanicomial aproximou outros movimentos sociais, por isso, Nascimento *et al.* (2010) também consideram relevante debater acerca da Luta Antimanicomial e a interface com as relações de gênero, raça e classe, relacionando-os às mulheres mais atingidas, as quais

“negras, jovens, pobres, mães, moradoras de áreas periféricas e com baixa escolaridade”, afetadas pelos modelos antimanicomial, carcerário e proibicionista, estruturados pelo capitalismo, racismo e patriarcado” (Nascimento *et al.*, 2020, p. 124). Segundo Schwantes e Zanello (2018), existe uma carreira moral da loucura, onde muitas vezes, por sofrimento psíquico intenso em vista da culpa moral imposta pelos padrões hegemônicos, muitos auto-internamentos acontecem. Romão e Zanello (2018) retratam situações desta sorte, como o caso da escritora Maura Lopes Cansado, internada múltiplas vezes por sua própria vontade, autodiagnosticando-se como louca, devido a seu intenso sofrimento psíquico por não se reconhecer entre as mulheres de sua época (décadas de 1940, 1950), vendo no espaço manicomial um refúgio e um lugar de tratamento e, por vezes, de purgação da culpa moral. Na escrita, ela encontrou uma forma de elaborar sua dor e viver no mundo que a rejeitava e ao qual não se adaptava.

Em seu mais recente livro *Abolicionismo. Feminismo. Já.*, Angela Davis *et al.* (2023) denotam um pensamento, por assim dizer, similar ao antimanicomial, contrário às instituições totais, associado ao feminismo, ao criticarem e combaterem o Estado penal e prisional nas Américas, no sentido da liberdade, confrontando as prisões físicas, estruturais e sociais impostas às mulheres. Enaltecendo uma política de acolhimento, propõem canalizar as verbas destinadas ao aprisionamento, para este fim - acolher. Segundo Davis *et al.* (20123), a proposta e desmonte dos encarceramentos se diferenciam de propostas reformistas que reforçam os cárceres. Elas propõem medidas orientadas por:

passos abolicionistas que reduzem seu impacto geral e oferecem outras possibilidades de bem-estar (...). As cadeias e prisões privam as comunidades de recursos, como atendimento à saúde física e mental, transportes alimentação e moradia. (...) **Em todas as estratégias de desencarceramento, devemos utilizar táticas que melhorem a vida para os mais afetados** e abram espaço para construirmos os mundos de que precisamos (Davis *et al.*, 2023, p. 219) (grifo nosso).

Os padrões de poder coloniais hegemônicos, segundo Pires, Fonseca e Padilha (2016) explicitam a opressão sobre o feminino através de estereótipos inscritos na genealogia moral judaico cristã, que naturalizam a mulher como uma cuidadora natural, exemplificando ilustrativamente as semelhanças entre os estereótipos “das Evas-brasileiras e das Marias-portuguesas com a enfermeira sexualizada ou santificada (...) que reitera a subserviência do feminino ao masculino” (Pires; Fonseca; Padilha, 2016, p. 1.223).

As opressões continuam sendo evidenciadas, ao adentrar-se as relações de poder no mundo do trabalho, como afirmado pelo IBGE (2022), na sua publicação *Desigualdades raciais por cor ou raça no Brasil*, ao referir-se à pesquisa sobre o Mercado de trabalho e distribuição

de renda, no ano de 2021, que apontou que apenas 29,5% dos cargos gerenciais são ocupados por pretos ou pardos. O IBGE (2021), em pesquisa que enfocou as mulheres, apontou que apenas 34,7% ocuparam cargo gerencial, das quais, 39,4% eram mulheres da cor negra ou parda. Segundo o IBGE (2018), o ODS 10 (Objetivo de Desenvolvimento Sustentável) apresenta metas que direcionam para leis adequadas e políticas de distribuição de renda, não discriminatórias e que visem a proteção salarial. O mercado de trabalho é um dos campos no qual os frutos da desigualdade são evidentes, abrangendo diferentes marcadores sociais, como gênero, classe, raça, escolaridade, renda, dentre outros. No Brasil, racialmente falando, negro denomina tanto pardos, quanto pretos, conforme a citada referência de definição oficial (IBGE, 2018). Já o IBGE (2022), o Censo da Educação Superior 2020, também do INEP, demonstrou que das 10 áreas específicas de graduação presencial, as que tiveram maior frequência de matrículas foram Pedagogia e Enfermagem, com “maiores proporções de pretos e pardos, 47,8 (11,6% de pretos e 36,2% de pardos) e 43,7 (8,5% de pretos e 35,2% de pardos)” (IBGE, 2022, p. 10).

O IBGE (2021), realizou uma pesquisa que tratou das *Estatísticas de Gênero Indicadores sociais das mulheres no Brasil*, na qual foi abordado o indicador *Participação das mulheres nos cargos gerenciais* (CMIG 45), que fala da inserção das mulheres em posições de liderança tanto no setor público, como diretoras de órgãos governamentais, nos setores público ou privado, com cargos de diretoria ou gerenciais de empresas privadas. A pesquisa constatou que no país, 62,6% dos cargos gerenciais eram ocupados por homens e 37,4% pelas mulheres, em 2019. Tal desigualdade é ainda maior quando se trata de mulheres brancas e homens brancos, sendo ainda maior do que entre as mulheres pretas ou pardas e os homens pretos ou pardos em 2019 (IBGE, 2021).

### **3.5.2 Ditadura versus democracia – espaços manicomial de silenciamento e exclusão a serviço do poder hegemônico**

O período da ditadura civil-militar brasileira (1964-1985), segundo o Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2012; 2013), também deixou legados desfavoráveis aos tempos presentes. Os hospitais psiquiátricos e manicômios judiciários foram palcos do exercício do poder ditatorial para a exclusão, discriminação e extermínio de oponentes do governo. Reis (2021b), em artigo intitulado *Saúde Mental, necropolítica e direitos humanos – reflexões e resistências no contexto da política de Saúde Mental no Brasil*, afirma que “os manicômios podem

constituir-se então, em espaços de controle e silenciamento, uma vez que instrumentalizam o poder para dominar as pessoas (Reis, 2021b, *on line*).

O direito à memória e à verdade possibilita que se visite tempos passados, trazendo em si o direito à dignidade de cada sujeito e à possibilidade de elaboração de tempos difíceis e complexos. Afirma-se que o poder ditatorial sufoca e oprime subjetividades e coletividades, sendo porta para violação de direitos, o que aponta para reflexões no âmbito de avaliar e repensar o país. Segundo CFP (2012), os resultados dos trabalhos das Comissões da Verdade - ferramentas culturais e institucionais, de investigação e registro, políticas da memória em contextos de pós-guerra e pós-ditadura – ajudam em muito nestas reflexões. E toda atenção é pouca. A seguinte afirmação de pouco mais de dez anos atrás, continua sendo válida para tempos recentes: “os jogos de poder que exercem influência determinante no período irregular em que esses atropelamentos foram cometidos, seguem funcionando no presente” (Oropeza, 2012 *apud* CFP, 2012, p. 16).

Ressalta-se que o direito de não ser submetido à tortura, nem a tratamento cruel, desumano ou degradante deve ser garantido pelo Estado. Segundo a FENAP (2023), o Estado tem o dever de proteger as pessoas sob cuidados em saúde de atos cruéis, praticados por profissionais ou provedores de saúde, públicos ou privados, o que deve ser feito por meio de medidas legislativas, entre outras. Segundo Albuquerque (2018):

Nos ambientes institucionais em hospitais públicos ou privados, o pessoal médico encarregado do cuidado da pessoa sob cuidados em saúde exerce forte controle ou domínio sobre as pessoas que se encontram sujeitas à sua custódia. **Este desequilíbrio intrínseco de poder entre uma pessoa internada e as pessoas que detêm a autoridade se multiplica muitas vezes nas instituições psiquiátricas.** A tortura e outras formas de tratamento cruel, desumano ou degradante, quando infringidas a essas pessoas, afetam sua integridade psíquica, física e moral, supõem uma afronta a sua dignidade e restringem gravemente sua autonomia, o que poderia ter como consequência o agravamento da doença (Albuquerque, 2016, p. 108).

No livro *Como as Democracias morrem*, os autores Levitsky e Ziblatt (2018) abordam situações de países democráticos que tiveram seus regimes fragilizados, ou destruídos por lideranças autocráticas, de modo muito sutil. Utilizando-se da democracia para se instalarem no poder, foram “comendo o prato pelas beiradas” em um regime processual de desmontes, até fragilizar o sistema. Os autores alertam para quatro características que podem culminar neste sentido: tolerância ou encorajamento à violência; propensão a restringir liberdades civis dos oponentes e à mídia; reversão das regras democráticas; e por fim, negação da legitimidade dos oponentes políticos. Tais governos estabelecem relações de poder que ignoram por vezes a própria regulamentação dos processos democráticos que envolvem a construção de políticas públicas.

Como exemplo, pode-se citar no Brasil, os retrocessos sofridos pela Política pública de Saúde Mental, no período da Gestão Federal 2017 - 2022, sintetizado pela Nota Técnica N. 11/2019 (BRASIL, 2019), no qual decisões foram tomadas, documentos produzidos, sem a consulta ao Conselho Nacional de Saúde, sem a participação da sociedade civil, garantida pela Constituição Democrática de 1988, trazendo de volta os hospitais psiquiátricos, dentre outras medidas de cunho manicomial. Reis (2021b) afirma que, enquanto instituições totais, a atuação dos hospitais psiquiátricos pode ser relacionada aos conceitos de biopolítica e biopoder de Foucault: “a biopolítica, afirmada pela cultura, massifica os indivíduos, controlando seus corpos e o biopoder, é constituído através de dispositivos de intervenção sobre os processos vitais, associando dispositivos disciplinares e mecanismos de segurança” (Foucault, 1999 *apud* Reis, 2021b, *on line*). Em suma, a opinião de diversos autores converge ao posicionamento que aponta “o manicômio como o lugar zero das trocas sociais, um lugar social de desvalor” (Yasui, 2010, p. 113).

### **3.5.3 Trânsitos no cotidiano das relações entre profissionais e equipes – desafios nas relações de poder e o Apoio Matricial**

A Medicina é uma formação/profissão almejada por muitos jovens, reconhecida socioculturalmente e pelo Estado como detentora hegemônica do poder sobre os cuidados da saúde do corpo e da psique humanos. Ocupou e ainda ocupa espaços importantes nas práticas em SM e nas decisões em Saúde no Brasil. Segundo Reis (2019), o corporativismo dos profissionais, em meio às relações de poder, produz muitas vezes reivindicações contrárias à perspectiva multiprofissional, à exemplo do Projeto de Lei do Senado (PLS) 268/2002 e ao Projeto de Lei (PL) 7703/2006, conhecido popularmente como “Ato Médico”, que propôs em seu Artigo 4º, definir como atividade privativa do médico a *formulação de diagnóstico nosológico e respectiva prescrição terapêutica* (Brasil, 2006 *apud* Reis, 2019), item vetado pela Presidência da República, “por reconhecer não serem privativas do profissional médico diversas práticas reivindicadas, assim como alguns procedimentos [...] consagrados no SUS” (Reis, 2019, p. 73).

Diversos estudos afirmam a compreensão de que o tratamento das pessoas com transtornos mentais em liberdade, requer aproximação entre cuidadores e usuários, com a quebra dos paradigmas culturais que, por sua vez, travestidos de conceitos científicos tradicionais, já se encontram ultrapassados no âmbito da SM amparada pela Reforma Psiquiátrica no Brasil. Com proeminência da *Lei N° 10.216, de 6 de abril de 2001* (Brasil,

2001), conhecida como Lei Antimanicomial e a Portaria da RAPS, vinda dez anos depois, os serviços substitutivos:

tomam a responsabilidade de **produzir dispositivos, ações que buscam intervir no poder contratual do paciente nos distintos espaços e nas relações de sua vida**, aumentado positivamente seu poder de participação nos processos de trocas sociais. Para Benedetto Saraceno (1996: 16), trata-se aqui de “um processo de reconstrução, um exercício pleno da cidadania e, também, de plena contratualidade nos três grandes cenários: habitat, rede social e trabalho com valor social” (Yasui, 2010, p. 113) (grifo nosso).

Espera-se, então, dos profissionais envolvidos neste cuidado novas posturas, posicionamentos e práticas, que questionem a hegemonia vigente. Tomando como exemplo ilustrativo a Psicologia Social, observada pela ótica de Martín-Baró, que se supõe exemplificar de modo favorável a atuação psicossocial, tem-se um deslocamento das práticas clínicas que servem ao opressor, com base na cultura ocidental, para uma psicologia que devia estar orientada para a libertação dos povos oprimidos, que contribui para a humanização da pessoa e não para sua alienação. Segundo Mendonça *et al.* (2016), Martín-Baró propõe, então, uma nova epistemologia, visando o aprofundamento no conceito psicossocial da libertação, para produzir uma psicologia popular e uma psicologia política, através de uma avaliação objetiva da realidade, que deverá ser feita sob a perspectiva histórica e não pela aplicação repetitiva de esquemas produzidos nos centros do Poder. Para Martín-Baró, a Psicologia Social deve então estudar o comportamento do ser humano por meio do significado e valores que vinculam a pessoa à sociedade. O reducionismo é algo perigoso, do que conclui Martín-Baró que uma perspectiva dialética deve ser adotada, que negue os polos em um processo histórico, e que pessoa e sociedade interajam e mutuamente se constituam. Tal concepção converge aos ideais da Reforma Psiquiátrica Brasileira e sua proposta de desconstrução de relações hierarquizadas na produção de saúde, saindo de trás da mesa, do interior de uma clínica, para o território.

Semelhante a essa forma de conceber o cuidado e o papel social de cada profissional atuante em uma proposta psicossocial, o Matriciamento, enquanto tecnologia social, põe em jogo as relações de poder, ao horizontalizar e partilhar a todo tempo, não somente as responsabilidades, mas também os méritos. Ele não produz estrelismos, mas uma constelação inteira de participantes, que emitem um só brilho, sem hierarquia de poderes e saberes. Essa nova atmosfera, como visto, pode ser interpretada como ameaça, uma vez que ainda há paradigmas dominantes do modelo médico-centrado concorrendo nos mesmos espaços de cuidado. Ao ser compreendido como fiscalização da gestão, por exemplo, o Apoio Matricial pode apresentar fragilidades na sua implementação no território e, deste modo, frustrações

porque a complexidade das discussões que ele propõe requer envolvimento dos profissionais, das famílias e de dispositivos territoriais, segundo Iglesias e Avellar (2017).

Quanto à gestão, é preciso **desconstruir** o paradigma da gestão tradicional para a gestão em redes, o que traz, segundo Brasil (2012), uma nova coerência, que se assente no pressuposto de que o conceito de rede é incorporado para aumentar a horizontalidade e lateralidade, “implicado o nível de compromisso e engajamento de gestores, profissionais de saúde, usuários, familiares e comunidade” (Jorge *et al.*, 2014, p. 70). Sugere-se que tal afirmação denota a importância equivalente de todos os participantes da rede atuarem em oposição à verticalização hierárquica dos fazeres e saberes, valorizando-os igualmente (Reis, 2020, 2021). Como reportado por Pereira (2020), a hierarquia entre os profissionais de Saúde Mental está presente quando a centralização das intervenções não legitima o papel de outros profissionais, como técnicos, mesmo sendo eles experientes e tendo vínculo fortalecido com os usuários e com o território.

Deste modo, da prática, da articulação que brota do Apoio Matricial, ao romper com estruturas hegemônicas de poder, emergem inúmeras possibilidades de estratégias de inclusão social das pessoas com transtornos mentais. A exemplo, pode-se citar os processos de reabilitação psicossocial, que, segundo Pitta (2001), compreende um processo que possibilita ao indivíduo, ainda que com limitações, ter maior autonomia na comunidade. Saraceno (1999) descreve a reabilitação psicossocial como um exercício de cidadania e contratualidade impostas em esferas diferentes e complementares como o morar, a rede de relações sociais e o trabalho.

Segundo Campos (2007), idealizador do Apoio Matricial, essa proposta de cogestão advém também de uma crítica à racionalidade gerencial hegemônica, uma lógica de gestão que controla os profissionais subordinando-os a padrões engessados de funcionamento em que o trabalhador é um recurso que deve ser moldado, não um ser dinâmico, desejante, criativo e militante. Então para suplantar este paradigma excludente, sugere que se invista em espaços de cogestão entre trabalhadores, vislumbrando uma forma circular de interações (Campos, 2007). Yasui (2010) reforça que se as práticas antimanicomiais de cuidado geram saberes, elas também geram inegavelmente poderes no universo dos novos serviços, que hoje se constituíram em ação de Estado. Sugere-se que, enquanto geradoras de poderes, contribuam para a quebra, a desconstrução de estigmas, uma vez que podem gerar processos de contra-ação ao estigma, na concepção de Goffman (1981), nos quais quem é vitimado por ele reage em processos de caráter político, como as militâncias, de caráter socializador, como a ampliação da sociabilidade, de



caráter experiencial, ao ressignificar a doença positivamente, e de caráter relativizador, ao permitir interagir com seus semelhantes, de modo livre, sem controles.

É importante ressaltar que, o Matriciamento possibilita ao usuário caminhos para a autonomia, o que impacta as relações de poder no território, segundo Reis (2021):

facilita ao usuário a autopercepção do seu direito à liberdade, de pertença à comunidade, como igual condição aos demais integrantes, sugerindo-se que, na concepção honnethiana de reconhecimento (HONNETH, 2003), possa vir a afirmar subjetividades e coletividades, uma vez que Honneth (2003) pressupõe que os conflitos sociais têm origem na luta pelo reconhecimento intersubjetivo e social, sendo o gerador de mudanças sociais, através do qual os indivíduos e grupos só constituem suas identidades e são reconhecidos quando aceitos nas relações com o próximo (amor), na prática institucional (justiça/direito) e na convivência em comunidade (solidariedade). Complementarmente, Moraes (2010) e Campos e Domitti (2007) afirmam, deste modo, haver desafios diversos, tanto para desenvolver, como para manter ações matriciais, efetivando práticas da Clínica Ampliada (Reis, 2021, p. 23).

É nesse âmbito que Vasconcelos (2012) alerta para que os movimentos sociais de resistência e luta no âmbito antimanicomial sigam sendo transformados, para que não se fragmentem e dispersem, pois mutuamente se fortalecem.

E no cultivo das trocas proporcionadas pelo Matriciamento, a geração da autonomia é possibilitada, produzindo assim SAÚDE MENTAL, buscando fortalecer os vínculos sociais dos sujeitos. Sendo a Saúde Mental fortemente influenciada por fatores sociais, a convivência e a cidadania, tão almejados pela Reforma Psiquiátrica brasileira, têm assim, na Atenção Básica, o dispositivo potente, junto aos CAPS, para fortalecer a inclusão e as subjetividades dos usuários, ampliando cada vez mais o rompimento de paradigmas impostos, presentes nas relações de poder. E como diz Yasui (2010), as novas técnicas, novas formas, a exemplo do Apoio Matricial, podem gerar novos sujeitos e sujeitos de conhecimento.

Enfim, Caminha *et al.* (2021) destacam que é necessário romper com a relação assimétrica de poder entre os atores nos serviços de Saúde Mental, Atenção Básica e usuários, familiares, pois repercutem negativamente, limitando o acesso e gera dificuldades na resolução das demandas, o que reforça a necessidade de fortalecer a horizontalidade das relações como processo essencial na produção do cuidado em saúde mental.

## **4 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

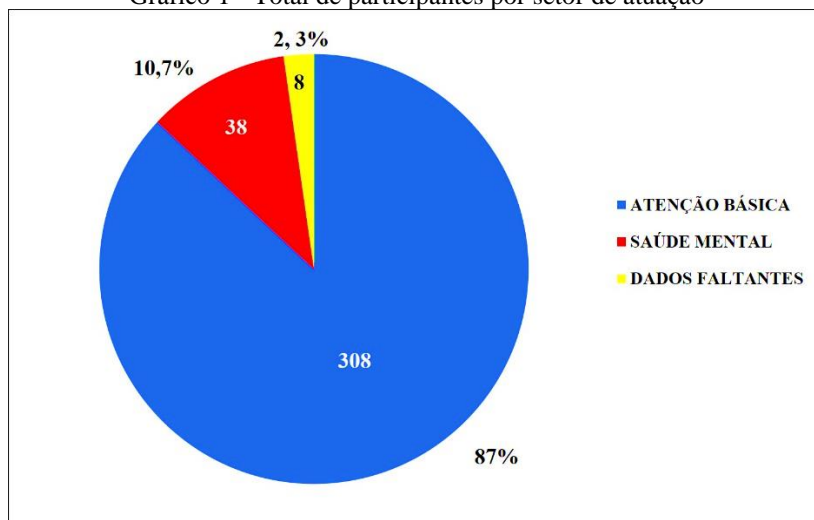
### **4.1 O Matriciamento entre Saúde Mental e Atenção Básica no extremo-sul baiano – avanços e desafios no trabalho em rede**

Esse capítulo propõe-se a apresentar os resultados obtidos na Etapa de Campo, em seus dois momentos: o quantitativo, cuja coleta de dados foi realizada a partir dos questionários e da Escala de Percepção de Avanços e Desafios no Trabalho de Matriciamento, e o qualitativo, cujos dados foram obtidos por meio da realização de Oficinas de Educação Permanente/Oficinas Preparatórias para o Matriciamento ou Apoio Matricial. Essa etapa de campo foi realizada entre os meses novembro de 2022 e abril de 2023, com os trabalhadores da Atenção Básica e da Saúde Mental da Região Extremo-Sul baiana/Região de Saúde Porto Seguro. Ressalta-se que, para fins de preservação da identidade dos participantes da pesquisa, os oito municípios serão identificados por números: Município 1 (M1); Município 2 (M2); Município 3 (M3); Município 4 (M4); Município 5 (M5) Município 6 (M6); Município 8 (M8).

#### **4.1.1 Caracterização dos profissionais da Saúde Mental e Atenção Básica da Região Extremo-sul baiana no que diz respeito ao nível sociodemográfico e profissional**

A presente pesquisa preestabeleceu para a etapa quantitativa o  $n = 15$  para a Saúde Mental (SM) e  $n = 226$  para a Atenção Básica (AB), tendo sido realizado o cálculo para uma amostra mínima de 241 sujeitos. No entanto, observou-se que o total de participantes superou a amostra mínima, já que foram coletados dados de 354 profissionais, atuantes nos oito municípios da Região de Saúde Porto Seguro/Região Extremo-sul na Bahia. Proporcionalmente, pelo quantitativo de serviços e trabalhadores, evidencia-se a maior quantidade de respostas dos participantes da Atenção Básica, como aponta o Gráfico 1.

Gráfico 1 - Total de participantes por setor de atuação



Fonte: Elaborado pela autora com base na questão 21 do questionário – seção Dados Profissionais.

Sendo a amostra de pesquisa estratificada por município, proporcionalmente à sua população de trabalhadores dos setores da SM e AB, percebeu-se que os municípios tiveram participações diferenciadas nas respostas, superando em alguns casos, em mais de 50% o n mínimo (nM) de trabalhadores de cada setor, a exemplo do Município 7, como pode-se notar na Tabela 2. As exceções são para participantes da SM do Município 5 e AB de Município 8 e Município 2, que atenderam apenas à amostra mínima. Além disso, observa-se que os municípios mais numerosos em termos totais de trabalhadores da SM e AB, Município 2 e Município 1, apresentaram proporcionalmente menor engajamento nas respostas ao questionário, se comparados a um dos menos numerosos, Município 7, Município 3 e Município 4, principalmente no âmbito da Atenção Básica.

Tabela 2 - Amostra estratificada mínima (nM) e amostra estratificada participante (nP) por município e por setor de atuação

MUNICÍPIO	nM		nP	
	SETOR			
	nSM	nAB	nSM	nAB
Município 1	06	50	10	51
Município 2	04	61	07	61
Município 3	01	29	06	40
Município 4	0	07	0	39
Município 5	01	07	01	10
Município 6	01	31	05	34
Município 7	01	24	04	51
Município 8	01	17	03	17

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados estratificados para a pesquisa (Tabela 1) e dados coletados pelo questionário.

A Tabela 3 sumariza os aspectos sociodemográficos dos profissionais da Saúde Mental e Atenção Básica da Região Extremo-sul baiana que participaram do estudo. Essa etapa inicial, descritiva dos dados, visa atender ao primeiro objetivo específico do estudo.

Pode-se observar na Tabela 3 que a maioria dos participantes foi do sexo feminino – 83,1%. Não é surpreendente que as mulheres ainda ocupem mais espaços de cuidado que os homens, haja vista que, culturalmente são fazeres ainda marcados pelo estereótipo feminino. A esse respeito, Guimarães (2001) fala da “feminização” de certas atividades, como as ligadas à saúde e a serviços comunitários. Sugere-se ser importante refletir que a ideia cultural de servilidade, de cuidado ainda se reflete fortemente não somente sobre as mulheres, como afirmado por Pires, Fonseca e Padilha (2016), mas principalmente sobre as mulheres negras de forma ainda mais marcante.

A Tabela 3 mostra que a amostra também se constitui em maior parte de pessoas de Etnia/Raça parda, com 66,7% (n = 236). Assim, somando-se a frequência de pardos à de trabalhadores da raça preta, com 13,3% (n = 47) dos pesquisados, pode-se sugerir que a maior parte da amostra foi constituída pela raça negra<sup>21</sup>, totalizando 83% (n = 283). A partir destes dados, infere-se que o acesso da população afrodescendente ao Ensino Superior se faz presente, no que se refere aos profissionais de Saúde Mental e Atenção Básica da Região Extremo-sul baiana. Ainda sobre questões raciais da pesquisa, destaca-se o fato de os profissionais de pesquisa estarem em uma Região que possui comunidades/aldeias indígenas, mas foi observada uma baixa frequência de indígenas autodeclarados – de 2,5% (n = 9).

---

<sup>21</sup> Conforme definição oficial do IBGE (2018) e o *Estatuto da Igualdade Racial* (Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, 2021) a categoria raça negra é constituída de pessoas pardas e pretas.

Tabela 3 - Caracterização sociodemográfica dos profissionais da Saúde Mental e Atenção Básica da região extremo-sul baiana

SEXO	F*	%	ETNIA/ RAÇA	F*	%	ESTADO CIVIL	F*	%	IDADE (ANOS)	F*	%	ESCOLARIDADE	F*	%	MUNICÍPIO EM QUE TRABALHA**	F*	%	
<b>Feminino</b>	294	83,1	<b>Preta</b>	47	13,3	<b>Casado</b>	149	42,1	<b>De 18 a 25</b>	16	4,5	<b>Curso Técnico profissionalizante</b>	44	12,4	<b>M1</b>	61	17,2	
<b>Masculino</b>	58	16,4	<b>Branca</b>	52	14,7	<b>Divorciado</b>	35	9,9	<b>De 26 a 35</b>	80	22,6	<b>Ensino fundamental 1</b>	3	0,8	<b>M2</b>	69	19,5	
			<b>Parda</b>	236	66,7	<b>Solteiro</b>	152	42,9	<b>De 36 a 45</b>	122	34,5	<b>Ensino Fundamental 2</b>	8	2,3	<b>M3</b>	47	13,3	
			<b>Indígena</b>	9	2,5	<b>União estável</b>	7	2,0	<b>De 46 a 55</b>	84	23,7	<b>Ensino Médio</b>	84	23,7	<b>M4</b>	41	11,6	
			<b>Outra</b>	2	0,6	<b>Viúvo</b>	7	2,0	<b>Mais de 56</b>	49	13,8	<b>Ensino superior</b>	112	31,6	<b>M5</b>	17	4,8	
			<b>Amarela</b>	7	2,0						<b>Especialização</b>	92	26,0	<b>M6</b>	41	11,6		
<b>Dados faltantes</b>	2	0,6										<b>Mestrado</b>	5	1,4	<b>M7</b>	56	15,8	
													<b>Não alfabetizado</b>	2	0,6	<b>M8</b>	20	5,6
													<b>Superior incompleto</b>	1	0,3			

Fonte: Elaborado pela autora com base nas questões de 2 a 6 e 14 do questionário.

\* Frequência \*\* Municípios simbolizados por M1 = Município 1, até o M8 = Município 8, em sequência.

Outra questão que pode ser ressaltada, é o fato de o grupo pesquisado ter uma frequência 58 trabalhadores/as no cargo de gestor, sendo que apenas oito (08) participantes eram pretos autodeclarados, dos quais apenas um (01) era do gênero masculino. Em outras palavras, apenas 13, 7% (n = 8) dos trabalhadores da SM e AB pesquisados que estavam em cargos de gestão são pretos, sendo em maioria de outras raças. Por outro lado, os pardos são em número de 54, o que corresponde a 93,1% dos cargos de gestão ocupados, dos quais 58,9% são do gênero feminino. Estes achados se contrapõem aos dados do IBGE (2022), na sua publicação “Desigualdades raciais por cor ou raça no Brasil”, referente à pesquisa sobre o Mercado de trabalho e distribuição de renda, no ano de 2021, que apontou que apenas 29,5% dos cargos gerenciais são ocupados por pretos ou pardos. O IBGE (2021), em pesquisa que enfocou as mulheres, apontou que apenas 34,7% ocuparam cargo gerencial, das quais, 39,4% eram mulheres da cor preta ou parda, o que também está em discordância com os resultados da presente pesquisa. Essa disparidade de resultados pode ser devida à diferença do percentual da população negra no Brasil e na Bahia. Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) Contínua, publicada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2022), o número de pessoas negras constituiu 56% do total da população brasileira em 2022. Já no Estado da Bahia, esse percentual era de 81,1%, em 2018. Assim, é de esperar que na Bahia haja mais negros do que brancos ocupando funções de gestão, porque 8 em cada 10 pessoas neste Estado são negras.

Sobre o Estado Civil, na Tabela 3 as frequências mostraram-se semelhantes para participantes solteiros - 42, 9% (n = 152) - e casados - 42,1% (n = 149). Viúvos e divorciados atingiram baixas frequências. Quanto à idade, pode-se caracterizar a maioria dos profissionais da pesquisa como adultos jovens e maduros, compreendendo maior frequência para a faixa etária de 36 a 45 anos de idade (34,5%, n = 122), seguida da faixa etária de 46 a 55 anos (23,7%, n = 84) e de 26 a 35 anos (22,6%, n = 80), faixas etárias estas de maior produtividade profissional, de modo geral. Vale dizer que o quantitativo de participantes entre 18 a 25 anos, mais jovens compreenderam percentuais bem menores, de apenas 4,5%.

Esta mesma Tabela aponta uma maioria de participantes que cursaram o Nível Superior de Ensino, 31,6% (n = 112), seguida de profissionais com Especialização - 26,0% (n = 92). Tais dados sugerem que os participantes têm se preparado profissionalmente para o exercício de suas práticas, bem como convergem para o resultado da ampliação do acesso ao Ensino Superior no Brasil público e privado, tanto pela expansão dos cursos universitários nas últimas décadas, como pelo o avanço das políticas de cotas, que vem proporcionando melhorias na formação dos profissionais da Saúde Pública, em convergência com dados do IBGE (2022). De acordo com

Nierotka e Trevisol (2019), a elitização, ao longo da história, marcou a educação superior brasileira. Tal elitização esteve fundada na colonização, sofrendo influência direta do sistema escravocrata e da desigualdade socioeconômica da sociedade brasileira. A emergência das políticas de ações afirmativas, neste contexto, foi uma medida reparatória voltada à democratização do acesso à educação superior por uma larga proporção de brasileiros que foram historicamente excluídos dessa modalidade de ensino. Os reflexos desta política podem ser observados nos resultados da presente pesquisa, na medida em que a maioria dos profissionais é negra, tendo uma alta proporção tido acesso ao ensino superior.

Em sequência, a Tabela 4 caracteriza a Formação dos trabalhadores pesquisados. Como se pode observar, parte significativa dos sujeitos que acessou o Ensino Superior, o fez por universidades, faculdades privadas (particulares), com 55,9% (n = 198) da amostra. Essa parece ser a realidade ainda da maioria dos negros e negras que pertencem às classes mais empobrecidas da população e precisam conciliar estudos, normalmente em faculdades privadas, em cursos noturnos, com trabalho. Estes dados convergem com a pesquisa de Ceccim e Pinto (2007), ao afirmarem que a Educação Superior em Saúde no Brasil é majoritariamente ofertada pela rede privada, e que a inclusão social neste aspecto só se dará de modo efetivo com o aumento de universidades públicas/vagas nestas instituições, bem como foi favorecido pela política de cotas. Ainda assim, pode-se observar um percentual relevante, de aproximadamente 23% de profissionais negros (pardos e pretos) que se formaram na rede superior pública, o que reforça a tese de que a expansão de cursos universitários e da política de cotas facilitou o desenvolvimento educacional para esta camada racial dos profissionais pesquisados da Saúde Mental e Atenção Básica.

Dos participantes que cursaram o Ensino Superior, conforme a Tabela 4, 28,5% (n = 21) cursaram Enfermagem, ou seja, a maior parte da amostra. Ressalta-se que são os enfermeiros que exercem a função de administradores das Unidades Básicas de Saúde (UBS) na Região de Saúde Porto Seguro/Região Extremos-sul baiana. Observou-se que na Região em estudo há instituições de Ensino Superior, a exemplo da UNESUL Bahia- Faculdades Integradas, que oferta o curso há pelo menos quatorze anos, o que pode denotar maior disponibilidade de oportunidades para esta graduação. Não obstante, outros cursos de graduação da área de Saúde também tiveram altas frequências, como Odontologia, Psicologia, ou das Ciências Sociais Aplicadas – curso de Assistência Social - como demonstrado pela Tabela 4. A Tabela 4 indica também que apenas um pequeno percentual dos trabalhadores da pesquisa fez seu curso formativo no período de 1970 a 1999 - 8,5 % (n=30). A maior parte, 72,9% (n = 258), concluiu o curso no período de 2000 a 2022, ou seja, é recentemente formada, e 58,8% (n = 208) teve

disciplinas/estágios em Saúde Pública/ Saúde Coletiva. Como já relatado, 26 % (n = 92) (Tabela 3) dos participantes possui Especialização, sendo que a Tabela 4 indica também que os cursos de especialização foram na maioria, na área da Atenção Básica 40,7% (n =144). Assim, apesar da maioria ser de profissionais novos, recém advindos da formação, eles possuem alguma experiência nos territórios por meio dos estágios e/ou conhecimentos mais atuais obtidos nas disciplinas estudadas sobre Saúde Pública/Saúde Coletiva, o que sugere que estejam relativamente atualizados sobre suas áreas formativas. Porém, apenas 3,7 % (n = 13) dos trabalhadores possui especialização em ambas as áreas e 0,3% (n = 1) em Saúde Mental, o que denota que há menos trabalhadores com formação/conhecimento específico sobre Saúde Mental.

Estes resultados apontam para os obstáculos epistemológicos/formativos apresentados por Treichel, Onocko-Campos e Campos (2019), que convergem com Reis (2019; 2020; 2021) e Moro e Rocha (2022), para os quais se destaca a falta de conhecimentos/habilidades/formação específicos para o desenvolvimento do trabalho a ser realizado, no que se refere ao Matriciamento, bem como para atuação com aspectos da Saúde Mental. Ressalta-se que, os autores citados, em conformidade com WHO/WONCA (2009), apontam a necessidade de ser fornecida a formação/Educação Permanente adequada dos profissionais de cuidados primários, enquanto fatores importantes para efetividade do cuidado específico em Saúde Mental. A Educação Permanente tem sido descrita como um recurso imprescindível ao o aprendizado continuado sobre o Apoio Matricial em Saúde Mental. Neste sentido, Silva (2017) reporta os resultados potentes obtidos desta estratégia de capacitação com os profissionais de saúde. Da mesma forma, em sua Tese de Doutorado, Nascimento (2019) conclui que a Educação Permanente produziu efeitos positivos promovendo iniciativas de Matriciamento em Belo Horizonte e em Salvador, que permitiram a qualificação da assistência à saúde mental na perspectiva do território. Vale lembrar que cabe ao Estado a regulação da qualidade deste ensino, somada ao controle social, bem como com a participação da Saúde nestas construções, como apresentado em Brasil (1996), Brasil (1998), Ceccim e Feuerwerker (2004).



Tabela 4 - Caracterização da formação dos profissionais da Saúde Mental e Atenção Básica da região extremo-sul baiana

CURSO DE FORMAÇÃO	ANO DE CONCLUSÃO DO CURSO		TIPO DE INSTITUIÇÃO DE ENSINO		DISCIPLINAS ESTÁGIOS EM SAÚDE PÚBLICA/ COLETIVA		ÁREAS DE DISCIPLINAS E ESTÁGIOS		ÁREA DA PÓS-GRADUAÇÃO								
	F*	%	F	%	F	%	F	%	F	%							
<b>Enfermagem</b>	101	28,5	<b>até 1970 a 1999</b>	30	8,5	<b>Parceria público-privada</b>	1	0,3	<b>Não</b>	82	23,2	<b>Ambas as áreas</b>	13	3,7	<b>Ambas as áreas</b>	13	3,7
<b>Medicina</b>	10	2,8	<b>de 2000 a 2022</b>	258	72,9	<b>Particular (privada)</b>	198	55,9	<b>Sim</b>	208	58,8	<b>Atenção Básica</b>	144	40,7	<b>Atenção Básica</b>	144	40,7
<b>Assistência Social</b>	25	7,1			<b>Pública</b>	80	22,6					<b>Outras</b>	9	2,5	<b>Outras</b>	9	2,5
<b>Odontologia</b>	11	3,1										<b>Saúde Mental</b>	55	15,6	<b>Saúde Mental</b>	1	,3
<b>Psicologia</b>	17	4,8															
<b>Educação Física</b>	5	1,4															
<b>Fisioterapia</b>	4	1,1															
<b>Nutrição</b>	3	,8															
<b>Outro</b>	40	11,3															
<b>Sem Formação em Nível Superior</b>	138	39,0															
<b>Dados faltantes</b>	-	-		66	18,6		75	21,2		64	18,1					133	37,6

Fonte: Elaborado pela autora com base nas questões de 7 a 11 e 13 do questionário sociodemográfico e sócio-ocupacional.

\* Frequência

A Tabela 5 traz dados sobre a atuação e experiência no setor de trabalho dos profissionais da pesquisa. Como é possível observar, a profissão de Agente Comunitário de Saúde (ACS) apresentou maior quantitativo - 33,1% (n = 117). Como era de se esperar, os ACS são mais numerosos na composição das Equipes de Saúde da Família (ESF), lembrando-se que o Ministério da Saúde recomenda o máximo 750 pessoas sob o cuidado de um ACS, compondo uma micro área, não especificando o número de famílias (MS, 2009). Com 25,4% (n = 90), seguiu-se a profissão de enfermeiro, destacando-se que esta, por sua vez, é uma profissão comum na composição das equipes, tanto aos serviços da Atenção Básica, como da Saúde Mental, bem como os técnicos de enfermagem, que apresentaram em sequência, 7,1% (n = 25) das respostas.

Observou-se também nesta Tabela 5 que, a baixa frequência de Médicos na pesquisa – apenas 2,8% (n = 10). Esse achado é congruente com o que Franco (2018) e Reis (2021) alegam sobre a participação cotidiana destes profissionais, integrantes das equipes de SM e da AB, nas interações intersetoriais e compartilhadas para construções coletivas em Saúde. Sugere-se que tal comportamento ainda reflita uma visão fragmentada de trabalho, ou uma suposta “superioridade”, afirmada culturalmente, através da qual os demais profissionais devem fazer sua parte específica do trabalho, ou mesmo por serem vistos como subalternos à profissão do médico. Por consequência, também supõe-se ser o baixo interesse destes profissionais em assuntos que abordem práticas coletivas e horizontalizadas, bem como a centralidade no cuidado medicamentoso e “médico-centrado”, como abordam por Franco (2018), Garcia (2020), Oliveira (2014) e Amarante (1995), comportamento este infelizmente fortalecido pelo *Previne Brasil* (REDE APS, 2019). Tais profissionais demonstram ter sérias resistências à prática que é orientada pelo próprio *Programa de Saúde da Família* (PSF) (Brasil, 2012), o qual dispõe, como já mencionado, que o trabalho entre os participantes da ESF deve se processar de forma democrática, baseada na interdisciplinaridade e não na multidisciplinaridade, requerendo um novo modo de interações entre profissionais, que questione as certezas profissionais e gere continuamente a comunicação horizontal entre os profissionais das equipe (Brasil, 2012).

O problema da atitude médica parecer iniciar-se com sua formação. Numa pesquisa da Universidade Federal da Bahia (UFBA), Rios e Caputo (2019) concluíram que estudantes de medicina apresentam relatos que confirmam a distância da formação em relação à realidade da população, a ausência de experiências que abarquem o conceito ampliado da saúde e a noção de determinantes sociais do processo saúde-doença, fato que propicia a formação de profissionais tecnicistas e pouco humanizados.

Tabela 5 – Atuação e experiência no setor pelos profissionais da saúde mental e atenção básica da região extremo-sul baiana

PROFISSÃO EXERCIDA	CARGO/ FUNÇÃO ATUAL		INSTITUIÇÃO/ POLÍTICA EMPREGATÍCIA		VÍNCULO EMPREGATÍCIO		TEMPO EM FUNÇÃO ATUAL			TEMPO ATUAÇÃO PREFEITURA			OUTRO VÍNCULO TRABALHISTA										
	F*	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%									
ACS <sup>1</sup>	117	33,1	Gestor serviço/ setor SM <sup>3</sup>	4	1,1	ADAPS <sup>6</sup>	1	0,3	CLT <sup>10</sup> / concursado	173	48,9	1 ano	35	9,9	1 ano	29	8,2	Não	281	79,4			
Enfermeiro	90	25,4	Gestor UBS/ setor da AB <sup>4</sup>	54	15,3	Credencia do à prefeitura	1	0,3	Contratado por proces. seletivo	146	41,2	6 meses	4	1,1	6 meses	4	1,1	Sim	70	19,8			
Téc. Enferm.	25	7,1	Profissional da ESF <sup>5</sup>	243	68,6	Governo Federal	2	0,6	Informal	8	2,3	2 a 4 anos	62	17,5	2 a 4 anos	49	13,8						
Psicólogo	17	4,8	Profissional de serviço da SM	35	9,9	Ministério da Saúde	1	0,3	Nomeado	23	6,5	5 a 7 anos	35	9,9	5 a 7 anos	35	9,9						
Assist. social	17	4,8				ONG <sup>7</sup>	2	0,6				7 a 11 meses	17	4,8	7 a 11 meses	16	4,5						
Outro	17	4,8				PMMB <sup>8</sup>	1	0,3				8 a 10 anos + de 10 anos	17	4,8	8 a 10 anos + de 10 anos	29	8,2						
Dentista	11	3,1				Prefeitura	333	94,1				+ de 10 anos - de 6 meses	162	45,8	+ de 10 anos - de 6 meses	181	51,1						
Recepção	11	3,1				PMM <sup>9</sup>	1	0,3					18	5,1		6	1,7						
Médico	10	2,8																					
Téc. S. Bucal	7	2,0																					
ASG <sup>2</sup>	6	1,7																					
Ed física	5	1,4																					
Farmacêutico	4	1,1																					
Fisioterapeuta	4	1,1																					
Dados faltantes	13	3,7		18	5,1					4	1,1		4	1,1		5	1,4		3	,8			

Fonte: Elaborado pela autora com base nas questões de 15, 16, 18-20, 22 e 23 do questionário sociodemográfico e sócio-ocupacional.

\*Frequência <sup>1</sup>Agente Comunitário de Saúde <sup>2</sup>Auxiliar de Serviços Gerais <sup>3</sup>Saúde Mental <sup>4</sup>Atenção Básica <sup>5</sup>Equipe de Saúde da Família <sup>6</sup>Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde <sup>7</sup>Organização Não Governamental <sup>8</sup>Projeto Mais Médicos para o Brasil <sup>9</sup>Programa Mais Médicos <sup>10</sup>Consolidação das Leis do Trabalho

Sobre o cargo/função exercida atualmente, os resultados da Tabela 5 mostram que o público pesquisado de maior participação nas respostas ao questionário foram profissionais da Equipe de Saúde da Família (ESF) - 68,6% (n = 243). Destaca-se que o número total de gestores participantes dos dois setores - Gestor serviço/setor SM e Gestor UBS/setor da AB: 16,4% (n = 58) - superou o dos profissionais de serviço da Saúde Mental - 9,9% (n = 35). Também foi possível concluir que os/as trabalhadores/as de pesquisa foram em sua maioria admitidos para o trabalho através da instituição empregatícia Prefeitura dos respectivos municípios - 94,1% (n = 333), sendo em maior proporção o vínculo empregatício pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), via concurso público, sendo 48,9% (n=173) e Contratados por Processos Seletivos, 41,2% (n=146). Os contratados apresentam uma frequência significativa, o que remete ao reportado anteriormente que os precarizados processos seletivos são comuns no Brasil, que levam a precarização dos vínculos, como afirmado por Vasconcelos (2012), Lazarino *et al.* (2019) e Reis (2021). Essa é uma situação bastante comum na região de pesquisa, em que os municípios apresentam editais de curta duração, que pontuam/classificam os candidatos através da experiência na área, bem como por meio de certificados e títulos obtidos, como já exemplificado pela pesquisa. Sugere-se que tal aspecto possa explicar o quantitativo inferior de participantes entre 18 a 25 anos- 4,5% (6,5) - (vide Tabela 3), trabalhadores mais jovens, com menos tempo experiência em registros formais, uma vez que nesta faixa etária geralmente não se concluiu alguma titulação de Nível Superior, geralmente com menos certificados, dificultando assim seu ingresso nestes setores de trabalho.

Uma característica predominante dos participantes foi a de possuírem tempo significativo de atuação na função. O período de trabalho de maior frequência indicado pela Tabela 5, ficou de mais de 10 anos de trabalho, com 45,8% (n = 162); 2 a 4 anos, com 17,5% (n = 62); e de 5 a 7 anos, 9,9% (n = 35). Constitui-se então em uma amostra predominantemente experiente em suas funções, o que converge com os dados sobre o tempo de atuação na Prefeitura, em outras palavras, em Políticas Públicas: mais de 10 anos, com 51,1% (n = 181); 2 a 4 anos, 13,8% (n = 49); e 5 a 7 anos; 9,9% (n = 35). Vale destacar que, a experiência de trabalho, de atuação, é algo importante, pode refletir-se na habilidade e qualidade do cuidado prestado, porém, como abordado, pode gerar também acomodações nos modos de fazer e pensar o trabalho. Outro agravamento possível: se a experiência estiver equivocada, “engessada” e constituída de “maus hábitos”, os resultados são inadequados. Isto pode gerar como consequência, por exemplo, a realização do Matriciamento de modo confuso – se é que se pode chamar de Matriciamento - sem as características transdisciplinares e a horizontalidade propostas, reproduzindo assim paradigmas médico-centrados hegemônicos, como afirmado por

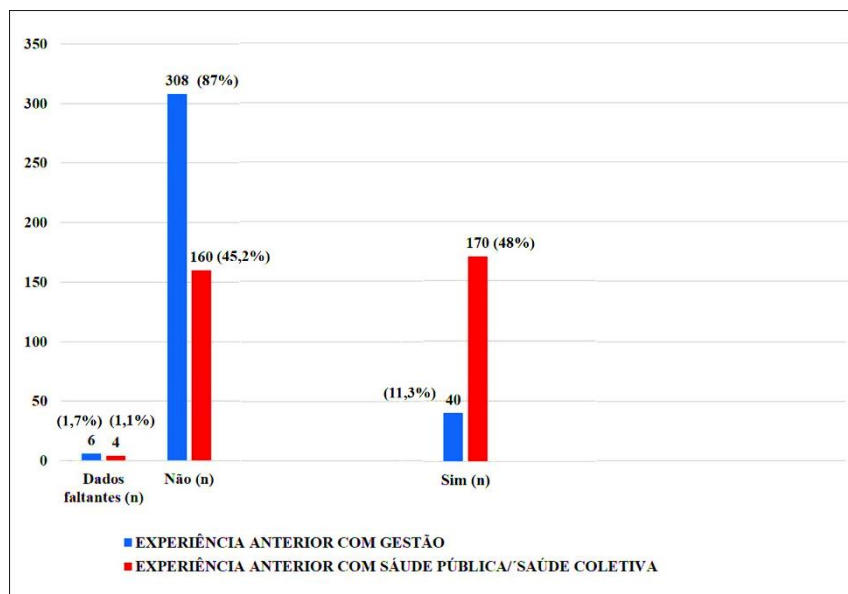
Emerich, Yasui e Barros (2018).

Outro ponto a ser refletido é que, o tempo de experiência no trabalho se diferencia da experiência vivida, aquecida no “trabalho vivo”. Como dito por Bondía (2002), o trabalho, enquanto modalidade de relação com as pessoas, com as palavras e com as coisas, pode ser inimigo mortal da experiência vivida. E é este tipo de experiência – a vivida no aqui e agora - que pode gerar transformação, porque ela é imprevisível, construída no calor das interações, como afirmado por Bondía (2002), em outras palavras. Pode-se então dizer que, na desestrutura de estruturas, no questionamento dos saberes sedimentados que se “sacode” os sistemas de crenças e conhecimentos “engessados”, dos fragmentados saberes e fazeres na profissão, abrindo a possibilidade para o novo, a experiência, como se propõe o Matriciamento.

Finalmente a Tabela 5 ainda aponta que parte significativa dos pesquisados não possui outros empregos, correspondendo ao percentual de 79,4% das respostas (n = 281). Sendo assim, pode-se sugerir que, ainda que precarizados, os empregos são a fonte principal de renda destes trabalhadores. Se é nestes espaços laborais que se concentram os esforços destes trabalhadores, por no mínimo oito horas diárias, sugere-se ser relevante realizar o trabalho de modo mais assertivo e resolutivo, para produzir mais saúde mental/saúde integral.

O Gráfico 2 apresenta os dados referentes à experiência anterior dos trabalhadores da Atenção Básica e da Saúde Mental da Região com o exercício da Gestão e com a área da Saúde Pública/Saúde Coletiva.

Gráfico 2 - Experiência anterior dos trabalhadores da Atenção Básica e Saúde Mental com a gestão e saúde pública/saúde coletiva



Fonte: Elaborado pela autora com base nas questões 17 e 24 do questionário, seção dados profissionais.

Como se observa neste Gráfico, um total de 87% (n = 308) negou ter experiência anterior em Gestão, o que aponta para a possibilidade de que estes trabalhadores adquiriram novas aprendizagens simultâneas à prática, ao exercício da função de gestão que hoje exercem. É interessante lembrar que geralmente, no Brasil, cargos de gestão são definidos politicamente, por nomeação ou indicação de cargos superiores, não havendo obrigatoriamente a exigência do requisito “experiência na função”, ou mesmo uma formação específica.

Em relação a ter experiência anterior com Saúde Pública/Saúde Coletiva, 48% (n = 170) afirmou que tinha experiência anterior e 45,2% (n = 160) afirmou que não tinha experiência anterior. Aqui chama a atenção o percentual expressivo da inexperiência anterior. As questões relativas à esta inexperiência podem estar relacionadas ao “não saber fazer”, uma vez que funções de liderança são fundamentais para a implementação dos modos antimanicomial de atuação nos serviços. Vale ressaltar que os dados de pesquisa apontaram a participação de gestores em 9% (n = 32), sendo que 59% (n = 19) destes 9%, mais da metade, cursou especialização, dos quais apenas 10,5% (n = 2) destes 9%, a formação foi na área de Saúde Mental. Estes podem sugerir que mais da metade dos gestores participantes têm especialização nas áreas de Saúde, porém, em termos de conhecimentos específicos em SM, a frequência é ínfima. Estes dados coadunam com a citada falta de conhecimentos específicos em SM, pelos trabalhadores da AB e SM, já relatados por Treichel, Onocko-Campos e Campos (2019), Reis (2021), Moro e Rocha (2022), WONCA (2008) e Silva (2017), dentre outros, para as ações em SM/Apoio Matricial.

#### **4.1.2 Caracterização dos profissionais da Saúde Mental e Atenção Básica da Região Extremo-sul baiana em relação ao nível de conhecimento e de experiência relativos ao Matriciamento**

Para atender ao segundo objetivo específico do estudo, foram analisados e sumarizados os dados referentes ao nível de conhecimento e de experiência relativos ao Matriciamento dos profissionais. As Tabelas 6 e 7 apresentam dados referentes à seção do questionário sobre conhecimento e experiências sobre Matriciamento.

As respostas apresentadas na Tabela 6 apontaram que 67,5% (n = 239) dos trabalhadores da AB e SM conhecem o Matriciamento. Convergindo a estas respostas, ao opinarem sobre as três alternativas de conceituação, 74,0% (n = 262) dos trabalhadores optaram pela afirmativa correta, de que o Apoio Matricial “É o trabalho realizado entre diferentes equipes, no território,

em rede sistêmica, com característica dialógica, pedagógica, intersetorial, para construção compartilhada do cuidado”. Reforçando esta congruência, quanto a quem deve realizar o Apoio Matricial no contexto estudado, 74,9% (n = 265) responderam que ambos setores, a Saúde Mental e a Atenção Básica Chama a atenção, no entanto, que 3 em cada 10 – isto é, 31,1% (n = 110) - tenha informado que não conhece o Apoio Matricial, 7,3% (n = 26) tenham optado por respostas incorretas sobre a conceituação dessa tecnologia social e 10,2% (n = 36) tenha atribuído apenas à Atenção Básica a função de realizá-lo.

Tabela 6 – Conhecimentos dos trabalhadores da Saúde Mental e Atenção Básica da região extremo-sul baiana sobre Matriciamento ou Apoio Matricial (AP)

CONHECIMENTO SOBRE O QUE É AP	OPINIÃO SOBRE CONCEITO DE AP		SOBRE QUEM DEVE REALIZAR O AP			SER INFORMADO DE QUE FAZ PARTE DO SEU CARGO REALIZAR O AP			CONHECER DOCUMENTOS DO MS QUE ORIENTEM SOBRE O AP				
	F*	%	F	%		F	%		F	%	F	%	
<b>Não conhece</b>	110	31,1	262	74,0	<b>Atenção Básica</b>	36	10,2	<b>Não</b>	108	30,5	<b>Não</b>	164	46,3
<b>Sim, conhece</b>	239	67,5	12	3,4	<b>Outros setores</b>	10	2,8	<b>Não me lembro</b>	52	14,7	<b>Não me lembro</b>	74	20,9
			11	3,1	<b>Saúde Mental</b>	19	5,4	<b>Sim</b>	180	50,8	<b>Sim</b>	103	29,1
			3	0,8	<b>Saúde Mental e Atenção Básica</b>	265	74,9						
<b>Dados faltantes</b>	5	1,4	66	18,6		24	6,8		14	4,0		13	3,7

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados das questões 1 a 5, da seção do questionário sobre conhecimento e experiências sobre Matriciamento ou Apoio Matricial.

\*Frequência



Tabela 7 – Informações dos participantes da pesquisa sobre treinamento acerca do Matriciamento ou Apoio Matricial (AP)

RECEBEU TREINAMENTO SOBRE O AP			QUEM PROPORCIONOU TREINAMENTOS/ EDUCAÇÃO PERMANENTE/ EDUCAÇÃO EM SAÚDE SOBRE AP			OCORREU DURANTE A GRADUAÇÃO/ FORMAÇÃO TÉCNICA		
	F*	%		F	%		F	%
Não	206	58,2	Durante o período de Residência em Saúde da Família	1	0,3	Não	199	56,2
Sim	127	35,9	Empresa privada	4	1,1	Não lembro	3	0,8
			Instituição de Ensino	8	2,3	Sim	95	26,8
			Outro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)	1	,3			
			Prefeitura/ Ministério da Saúde, Associação	133	37,9			
			Sesab	1	0,3			
Dados faltantes	21	5,9		206	58,2		57	16,1

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados das questões 14 a 16 da seção do questionário sobre conhecimento e experiências sobre Matriciamento e Apoio Matricial.

\*Frequência

Com base nos resultados apresentados na Tabela 6, pode-se afirmar que o conhecimento teórico sobre o conceito de Matriciamento ficou evidenciado nas respostas ao questionário pela maioria dos participantes desta pesquisa. No entanto, indicar a opção conceitualmente correta, em um questionário de múltipla escolha, pode não corresponder ao fato de ter domínio de todos os conhecimentos necessários ao desenvolvimento do Matriciamento, fato que fica mais evidenciado nos parágrafos seguintes. De fato, alguns pesquisadores encontraram em seus estudos que falta, nos profissionais, conhecimentos teórico-procedimentais para a execução do apoio matricial (Treichel; Onocko-Campos; Campos, 2019; Silva, 2017; Reis, 2021),

Pouco mais da metade dos participantes, segundo a Tabela 6, foi informado – ou em outras palavras, sabia - ser parte do seu cargo realizar o Matriciamento - 50,8% (n = 180), porém, um quantitativo importante de 30,5% (n = 108) diz não ter sido informado/saber que é parte do seu cargo implementá-lo. Um total de 14,7% (n = 52) afirma não lembrar sobre o assunto. Somando os que não lembram e os que não foram informados/não sabiam, tem-se o percentual de 45,2% (n = 160), número muito aproximado da porcentagem que afirma saber que é parte de seu cargo realizar o Matriciamento. Sugere-se haver, então, uma ambiguidade de compreensões sobre os fazeres matriciais estarem relacionados às funções dos trabalhadores desta pesquisa. Percebe-se uma congruência nos resultados em que afirmam não conhecer o Apoio Matricial - 31,1% (n = 110) – e os resultados em que reportam não saber que fazem parte de seu cargo realizá-lo - 30,5% (n = 108). Portanto, pode-se presumir que em média 3 em cada 10 trabalhadores desconhece a operacionalidade do Apoio Matricial, uma vez que esta tecnologia é um fazer compartilhado, coletivo, corresponsabilizado, como afirmado por Campos (1999), Onocko-Campos *et al* (2011), Moro (2021), Reis (2020; 2021). Este “não saber fazer” alinha-se à fala de Rios e Caputo (2019), ao revelarem, em outras palavras, que há uma distância entre o saber teórico e conceitual, da prática no território em relação aos fazeres cotidianos do trabalho e à realidade da população e suas reais demandas.

Sobre conhecer documentos do Ministério da Saúde (MS) que tratem do Matriciamento, a Tabela 6 apresenta que 46,3% (n = 164) não conhecem estes documentos, bem como 20,9% (n = 74) não lembra. Pode-se dizer que, se somados, tem-se 67,2% (n = 238) dos trabalhadores de SM e AB que demonstraram não ter solidez sobre conhecer a fundamentação documental do Apoio Matricial enquanto prática orientada pelo órgão maior, responsável por normatizar/regulamentar fazeres em Saúde no país. Sugere-se, a partir destes dados, uma contradição entre o “saber definir”, já que a maior parte definiu o conceito assertivamente (74%, n = 262), como visto na e o “saber fundamentar”. Segundo estudos, na prática, na implementação das ações de Apoio Matricial, este “não saber que é sua função” pode ser uma negação inconsciente por uma

interpretação errônea sobre as intenções do Matriciamento. Há profissionais, como reportado por Pinheiro (2020), Reis (2020) e Barros *et al* (2015), que alegam, por exemplo, que o Apoio Matricial é uma forma de ameaça, do tipo “espionagem” da gestão; ou que acreditam não ser papel da AB realizá-lo e que tal atividade consistirá em uma sobrecarga para um setor já tão sobrecarregado, a exemplo da Atenção Básica. A esse respeito Reis (2020), em convergência com Brasil (2011), afirmam que a resistência vem por diversos caminhos, dos quais destacam-se as inseguranças, o medo, a dificuldade de trabalhar em grupos, dentre outros.

Abordando as fontes dos saberes adquiridos pelos trabalhadores da SM e AB sobre o Matriciamento, a Tabela 7 demonstra que a maioria dos participantes da pesquisa não recebeu treinamentos/ensinamentos sobre esta tecnologia social - 58,2% (n = 206). Outros 35,9% (n = 127) afirma ter recebido. Dos que afirmaram receber, com a frequência 133 respostas, (37,9%), atribuiu a provisão de treinamentos pela Prefeitura/Ministério da Saúde/Associação, e mínimas proporções dos trabalhadores receberam de outras fontes, tal qual as Instituições de Ensino, com 8 respostas (2,3%). Sobre haverem recebido conhecimentos acerca do Matriciamento na Graduação ou na formação técnica, 56,2 % (n = 199), ou seja, mais da metade dos trabalhadores pesquisados respondeu que não recebeu, e 0,8% (n = 3) que não se recorda. Estes dados convergem à afirmação de Moraes (2010) e Onocko-Campos *et al.* (2011), de que a formação tradicional dos profissionais da saúde não provê conhecimentos para práticas de cuidado compartilhado, uma vez que se organizam de forma hierárquica e vertical, baseada em encaminhamentos que fragmentam responsabilidades, precarizam a comunicação e prejudicam a efetividade. Apenas uma minoria, 26,8% (n = 95) dos participantes, confirmou haver ocorrido aprendizagens durante a graduação/curso técnico. A partir destes dados, pode-se supor que os conhecimentos sobre Apoio Matricial dos profissionais de SM e AB em questão, em sua maioria, quando obtidos, vieram do órgão empregatício, ou relacionado a ele - Prefeitura/Ministério da Saúde/Associação – e apesar de haverem sido relatadas outras fontes de aprendizado, estas não apresentaram percentuais significativos. Sugere-se que seja providencial, na tentativa de suprir esta lacuna da formação, desenvolver parcerias com a Educação, uma vez que cabe ao Estado garantir a qualidade da formação dos profissionais que atuam em suas redes, como afirmado por Yasui (2006), Ceccin e Pinto (2007) e Emerich e Onocko-Campos (2019).

Analisando-se os dados da Tabela 6 aliados à Tabela 7, pode-se observar que apesar da maioria dos trabalhadores afirmarem não haver recebido treinamentos, a maioria também afirma conhecer o Apoio Matricial. Foi possível, então, constatar a possibilidade diversa de fontes de conhecimentos sobre o Matriciamento, mesmo que tenha predominado a fonte de

informação Prefeitura/Ministério da Saúde/Associação, assim como durante o período de Residência em Saúde da Família, Empresa privada, ou através de outro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). É importante repensar que há a necessidade de explorar outros caminhos e utilizar fontes diferenciadas de aprendizagem sobre o Apoio Matricial, para que se amplie o acesso à informação, aos processos formativos que incluam o “saber” e o “saber fazer” no cotidiano de trabalho entre Saúde Mental e Atenção Básica, como concluído por Reis (2021). Os processos precisam ser continuados, uma vez que o Apoio Matricial, enquanto “trabalho vivo”, requer contínuas trocas, interações, aprendizagens. Deste modo, a estratégia da Educação Permanente, como citado por Lorezinni (2017), Silva (2017), Nascimento (2019), Emerich e Onocko-Campos (2019), é uma das propostas enriquecedoras para o trabalho dos profissionais da AB e SM integrarem melhor suas ações.

Enfatizando a experiência na prática cotidiana do Apoio Matricial, a Tabela 8 apresenta os resultados relativos à experiência com Matriciamento. Como é possível observar nessa Tabela, quase a metade dos trabalhadores da pesquisa, ou seja, 48,9% (n = 173) já participou ou desenvolveu ações de Matriciamento e 47,2% (n = 167) não participou. É perceptível que a proximidade de percentuais denota uma amostra dividida em relação aos fazeres práticos. Metade dos participantes já realizaram e outra metade, não. E quando realizaram, foi implementado predominantemente na Atenção Básica (33,1%, n = 117) e em segundo, na Saúde Mental (15,8%, n = 56). Não era esperado nesta pesquisa, em especial, a evidência de outros setores relacionados à área de realização do Apoio Matricial, havendo dados que indicam diversidade de *loci*, ainda que com baixas frequências, como a partir de Práticas Integrativas e Complementares (PICs), Reabilitação, Saúde da Mulher, Segurança Alimentar e múltiplas áreas. Porém, a literatura atesta estes dados, apresentando que, ao longo do tempo, outras áreas também absorveram, a tecnologia social do Matriciamento, como abordado por Treichel, Onocko-Campos e Campos (2019). Ressalta-se, porém que a coordenação do Matriciamento específico em SM, deve ser da SM, enquanto suporte especializado, segundo Reis (2021), mas não enquanto único responsável, sendo papel da AB estar junto a este processo de articulação com o território. O processo de comunicação neste âmbito, de acordo com Campos e Domitti (2007) é, por vezes, desafio para a implementação bem sucedida do Apoio Matricial, mas segundo Moraes (2010), é fundamental para que a articulação se processe de modo adequado, corresponsabilizando todas as redes que envolvem o Matriciamento.

Tabela 8 – Informações dos participantes da pesquisa sobre instrumentos/ferramentas usados do treinamento acerca do Matriciamento ou Apoio Matricial (AP) e serviços responsáveis

PARTICIPOU OU DESENVOLVEU O AP			EM QUE ÁREA FOI REALIZADO O AP			INSTRUMENTOS/FERRAMENTAS UTILIZADOS NAS ATIVIDADES DE AP				A PARTIR DE QUE SERVIÇO / EQUIPE FOI DESENVOLVIDO O AP			REALIZAÇÃO DO AP PELO NASF		
	F*	%		F*	%		F*	%		F*	%		F*	%	
Não	167	47,2	Atenção Básica	117	33,1	Ações UBS	1	0,3	CAPS¹	52	14,7	Não	62	17,5	
Sim	173	48,9	Atenção Básica e Saúde Mental	3	0,9	Assistência direta a usuários	1	0,3	CAPS; NASF²; CRAS³	1	0,3	Não sei	105	29,7	
			Múltiplas áreas	2	0,6	Assistência direta a usuários indicados pela Equipe Apoiada	24	6,8	CEO⁴	1	0,3	Sim	153	43,2	
			Práticas Integrativas e Complementares (PICs)	8	2,3	Atividades de formação para as Equipes (atualização temática, discussão de protocolos)	13	3,7	CESM⁵	1	0,3				
			Reabilitação	2	0,6	Construção de Projeto Terapêutico Singular com a Equipe Apoiada	20	5,6	Clínica municipal	1	0,3				
			Equipe de Saúde da família e comunidade	1	0,3	Curso online	1	0,3	Consultório na rua	2	0,6				
			Saúde da Mulher	8	2,3	Curso <i>Saúde com Agente</i>	3	0,9	Coordenação da Atenção Básica	1	0,3				
			Saúde Mental	56	15,8	Discussão de casos Intervenções conjuntas com profissionais apoiados (grupos, visitas domiciliares, consultas etc.)	103	29,1	CRAS	1	0,3				
			Segurança Alimentar	3	0,8	Múltiplas atividades	5	1,4	Hospital Geral	1	0,3				
						Projetos de saúde intersetoriais no território	15	4,2	Múltiplos serviços	1	0,3				
						Rodas/ Oficinas de sensibilização	35	9,9	NASF	57	16,1				
						Tele Apoio (telefone, e-mail, Skype)	6	1,7	PICS	1	0,3				
									Policlinicas	2	,6				
									Unidade Básica de Saúde–(UBS)	131	37,6				

**CONTINUAÇÃO TABELA 8:**

PARTICIPOU OU DESENVOLVEU O AP			EM QUE ÁREA FOI REALIZADO O AP			INSTRUMENTOS/FERRAMENTAS UTILIZADOS NAS ATIVIDADES DE AP				A PARTIR DE QUE SERVIÇO / EQUIPE FOI DESENVOLVIDO O AP			REALIZAÇÃO DO AP PELO NASF		
	F*	%		F*	%		F*	%		F*	%		F*	%	
										Unidade de Pronto Atendimento (UPA)	3	0,8			
Dados faltantes	14	4,0		154	43,5		127	35,9			96	27,1		34	9,6

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados das questões 6 a 9 e 11, da seção do questionário sobre conhecimento e experiências sobre Matriciamento ou Apoio Matricial.

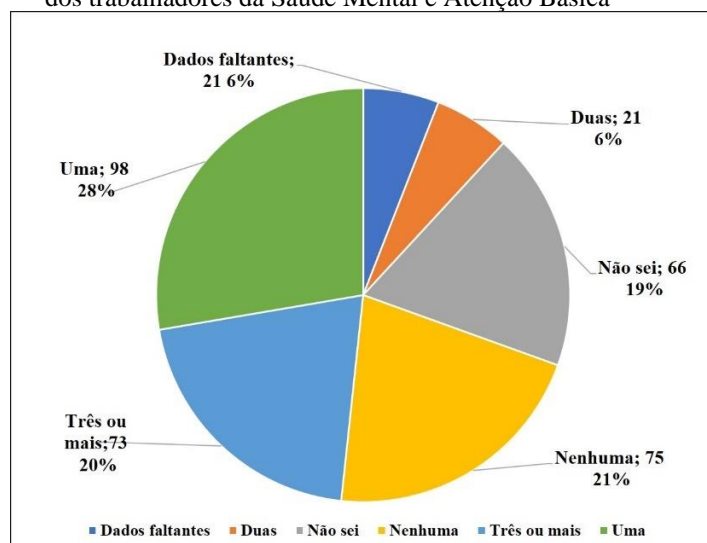
\*Frequência <sup>1</sup>Centro de Atenção Psicossocial <sup>2</sup>Núcleo de Apoio à Saúde da Família (atual NASF – AB) <sup>3</sup>Centro de Referência em Assistência Social <sup>4</sup>Centro Especializado Odontológico <sup>5</sup>Centro Especializado em Saúde Mental (existente apenas no Município 1).

Segundo dados dos participantes da pesquisa dispostos na Tabela 8, as ferramentas/instrumentos utilizados nas atividades de Matriciamento foram na maioria – 29,1% (n = 103) – a Discussão de casos Intervenções conjuntas com profissionais apoiados (grupos, visitas domiciliares, consultas etc.). Porém, houve respostas muito fragmentadas, como assistência direta a usuários indicados pela Equipe Apoiada (6,8%, n = 24), Rodas/Oficinas de sensibilização (9,9%, n = 35), Construção de Projeto Terapêutico Singular com a Equipe Apoiada (5,6%, n = 20), dentre outros. Outra questão é que tais atividades foram realizadas, segundo os trabalhadores pesquisados, em maior frequência a partir das Unidades Básicas de Saúde (UBS) - 37,6% (n = 131) e das equipes de NASF (16,1%, n = 57), que também integram a AB, convergindo com os dados que informam que o Apoio Matricial foi implementado predominantemente na AB (33,1%, n = 117). Ou seja, correram com a iniciativa da Atenção Básica e na Atenção Básica.

Como visto, as equipes NASF surgiram com o propósito de apoiar matricialmente as ESF, sendo uma de suas principais ações o Matriciamento, segundo Brasil (2011; 2013; 2014). Sobre as equipes NASF dos municípios da Região Costa do Descobrimento realizarem o Matriciamento, os participantes afirmaram em 43,2% (n = 153) que realizou, porém, conforme Tabela 8, 17,5% (n = 62), respondeu que os NASF não haviam realizado, além de 29,7% (n = 105) dos trabalhadores declararem que não sabem. Em outras palavras, um total de 46,2% (n = 167) não participou de ações de Apoio Matricial realizadas pelos NASF, seja por não serem realizadas ou por não saberem da sua realização pelas referidas equipes. Tais achados podem apontar para atuações do NASF fragmentadas, atuantes como uma equipe de atendimento ambulatorial nas Unidades Básicas de Saúde (Reis, 2020, 2021), como por vezes é confundida pela AB, sem realizar o Apoio Matricial de modo efetivo ou pelo próprio NASF, ou mesmo que de fato, não eram realizadas ações de Matriciamento. Estas ações reforçam também a existência de possíveis resistências ou equívocos sobre o Apoio Matricial e devido aos estigmas em relação à SM, como já abordado por Jorge *et al.* (2014), Bonfim *et al.* (2013), Reis (2020; 2021), Nunes e Torrenté (2009).

O Gráfico 3 ilustra a frequência e o percentual da percepção de existência de Equipes NASF de acordo com os trabalhadores da Saúde Mental e Atenção Básica da Região de estudo.

Gráfico 3 - Existência de equipes NASF e suas quantidades na percepção dos trabalhadores da Saúde Mental e Atenção Básica



Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados da questão 10, da seção do questionário sobre conhecimento e experiências sobre Matriciamento ou Apoio Matricial.

Ao observar o Gráfico 3, pode-se notar que 21% (n = 75) relata que o município não tem equipe NASF e 19% (n = 66) reportou não saber se há NASF. Com base nestes dados, no total, 40% dos participantes da pesquisa não atuam junto aos NASF, sendo um percentual significativo para Região, mesmo que 54,2% (n = 192) reconheça que existem equipes NASF no seu município. Sugere-se que estes resultados possam indicar os reflexos da desvalorização desta equipe, em que entre as ações principais, está o Apoio Matricial. Como já abordado, as equipes de NASF sofreram extinção ou redução a partir de 2019, com a instauração da *Portaria MS Nº 2.539/2019*, segundo a Rede APS (2019), assumindo uma forma diferenciada das equipes, com redução de investimento nas ESF. O *Previne Brasil* resultou em grande prejuízo para muitos municípios, uma vez que estes não possuíam recursos suficientes para manterem o número de equipes de NASF, muito menos ampliarem. A exemplo, Reis (2021) reporta que o Município 1, pertencente ao Extremo-sul baiano, tinha duas equipes, e já haviam sido solicitadas pela coordenação do Programa duas a mais, devido à grande demanda e extensão do território. Porém, ficou apenas com uma incompleta após esta medida do Governo Federal, com tempo reduzido para o Matriciamento, uma vez que, passou a realizar em maior quantidade - agora com metas quantitativas - atendimentos ambulatoriais nas Unidades Básicas de Saúde. O impacto sobre a população, os usuários de SM, a SM na AB e as ações matriciais foi de retrocesso à quase estagnação, não somente na cidade citada, mas em todo Brasil.

Por fim, quanto ao tempo dedicado para a realização do Matriciamento, a Tabela 9 evidencia a regularidade com que ocorre e as horas gastas por semana para realizá-lo pelos



profissionais participantes.

Tabela 9 - Tempo dedicado para realização do apoio matricial na percepção dos participantes da pesquisa

<b>REGULARIDADE DE AÇÕES DE AP</b>	<b>F*</b>	<b>%</b>	<b>HORAS SEMANAIS DEDICADAS AO AP</b>	<b>F*</b>	<b>%</b>
Nenhuma	136	38,4	Nenhuma hora	158	44,6
Raramente	2	,6	1 hora	76	21,5
Semanal	44	12,4	2 a 4 horas	45	12,7
Quinzenal	13	3,7	Mais de 4 horas	25	7,1
Mensal	51	14,4			
Bimestral	11	3,1			
Semestral	21	5,9			
Anual	4	1,1			
Sem regularidade	1	,3			
Sob demanda	15	4,2			
Dados faltantes	56	15,8		50	14,1

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados das questões 12 e 13, da seção do questionário sobre conhecimento e experiências sobre Matriciamento ou Apoio Matricial.

\*Frequência

Os resultados desta Tabela indicam que 38,4% (n = 136) dos participantes da pesquisa não realizam regularmente ações de Apoio Matricial, 14,4% (n = 51) realizam mensalmente e 12,4% (n = 44) realizam semanalmente. Quanto às horas semanais dedicadas ao Apoio Matricial, 44,6% (n = 158) informaram que não é gasta nenhuma hora com esta tecnologia social, 21,5% (n = 76) dedica uma hora semanal e 12,7% (n=45) dedicam de 2 a 4 horas semanais. Considerando os resultados totais da Tabela 9, pode-se então sugerir que 45,4% (n = 161) realizam com alguma regularidade o Apoio Matricial, regularidade esta que vai do “raramente” ao “anualmente”. E quanto às horas dedicadas na semana para o Apoio Matricial, 41,3% (n = 146), dedicam um mínimo de uma hora, variando as respostas de uma até quem dedique mais de quatro horas semanais.

Tais considerações sobre a Tabela 9 apontam que na Região de Saúde Porto Seguro/Região Extremo-sul baiana, os trabalhadores de SM e AB possuem de modo geral, uma diversidade, tanto quanto à regularidade, quanto ao número de horas semanais dedicadas ao Matriciamento. Tal fato pode sugerir uma série de fatores causais já apontados em pesquisas, como: a compreensão equivocada sobre o Apoio Matricial; a resistência das equipes; a resistência da gestão em priorizar estas ações; as sobrecargas de trabalho; a falta de condições/estrutura para realizá-lo, já apontadas aqui (Jorge *et al*; 2014; Bonfim *et al*, 2013; Reis, 2020; 2021; Nunes e Torrenté, 2009; Moro e Rocha, 2022), quando analisadas a Tabelas 6 e 8.

### 4.1.3 Aspectos positivos/avanços e dificuldades/desafios para a realização do Matriciamento

Os resultados sobre os aspectos positivos e avanços, dificuldades e desafios em relação ao trabalho de Matriciamento realizado entre Saúde Mental e Atenção Básica, que visam atender ao 3º objetivo específico do estudo, foram obtidos através do questionário respondido pelos participantes de pesquisa, que será o objeto de análise dessa seção, e da Escala de Percepção de avanços e Desafios, que será objeto de análise da próxima seção desse capítulo. O questionário foi constituído de 19 assertivas que tratavam de aspectos positivos e avanços do Matriciamento, e 30 assertivas que traziam dificuldades e desafios. Os participantes deveriam assinalar aquelas assertivas que consideravam verdadeiras. As respostas apresentaram-se em aglomerados com opções variadas, uma vez que foram de múltipla escolha, a depender da percepção de cada sujeito. Para fins de sumarização, selecionou-se na Tabela 10 as cinco respostas mais frequentes escolhidas pelos participantes de pesquisa como exposto abaixo.

Tabela 10 – Principais aspectos positivos/avanços e dificuldades/desafios em relação ao trabalho de Matriciamento ou Apoio Matricial realizado entre Saúde Mental e Atenção Básica

ASPECTOS POSITIVOS/AVANÇOS		F*	%	DIFICULDADES/ DESAFIOS	F	%
COLOCAÇÕES	1º	140	47	Falta de informação/ conhecimento das equipes de como implantar o Matriciamento.	73	24,7
	2º	120	40,3	Falta de preparo das Equipes de Saúde da Família para acolher e cuidar de pessoas com sofrimento psíquico e com transtornos mentais.	67	22,6
	3º	111	37,2	Quebra dos vínculos entre profissionais e usuários devido os profissionais terem contratações temporárias curtas e mudanças por motivos políticos.	65	22
	4º	91	30,5	Preconceito/ Medo/ Discriminação para lidar com as pessoas com transtornos mentais, dificultando a participação dos usuários nas ações.	64	21,6
	5º	77	25,8	Indisposição/ resistências dos profissionais da Atenção Básica em trabalhar com Saúde Mental.	62	20,9

Aumento do acesso dos usuários com sofrimento psíquico ou transtornos mentais aos cuidados e tratamentos.			Dificuldades de diálogo entre ambas as áreas.		
---	--	--	---	--	--

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados das questões 17 e 18, da seção do questionário sobre conhecimento e experiências sobre Matriciamento ou Apoio Matricial.

Principiando pelos aspectos positivos e avanços, notou-se que a maior frequência foi para as *Descobertas de novas possibilidades de práticas, uso de espaços de apoio e formas de intervenção no trabalho entre Saúde Mental e Atenção Básica* (47%, n = 140). A partir dessa assertiva, é possível supor que não havia, anteriormente ao Matriciamento, conhecimento ou disponibilidade de opções diversificadas de intervenção no cotidiano de trabalho, no âmbito da SM nos territórios, uma vez que, tradicionalmente, os cuidados medicamentosos e o espaço “oficial” de cuidado estão restritos aos “muros” dos CAPS – serviços da Saúde Mental – sendo ainda vigentes, além das atividades internas com Oficineira/Pedagoga/Terapeuta Ocupacional. Também se supõe, a partir destes resultados, que, antes do Matriciamento, as ações de cuidado no território eram menos frequentes do que as atividades internas destes serviços. Subentende-se, então, que o Apoio Matricial trouxe conhecimento de novas práticas e de ações espalhadas no território, anteriormente reduzidas aos serviços em geral, ampliando a possibilidade de interações entre as equipes de Saúde Mental e Atenção Básica com o território. Corroborando com estes resultados, Romagnoli, Lima e Pastana (2019) e Silva (2017) confirmam a variedade de ações matriciais e a potência das interações em rede, nos territórios. Em consonância como esses autores, Souza (2015) entende que os profissionais precisam estar disponíveis, abertos para o novo, pois o Matriciamento exige práticas diferenciadas das até então conhecidas. Oliveira (2014) também defende que os profissionais estejam abertos, especialmente para compartilhar o poder e para aprender a exercer a crítica sobre os modelos de gestão e atenção, e sobretudo para ser um colaborador ativo na construção de espaços de discussão e deliberação coletivas.

Em sequência, a segunda colocação ficou para o *Reconhecimento do Matriciamento como forma de ampliação do cuidado para com os usuários com sofrimento psíquico e transtornos mentais*, com 43,3% (n = 120). Sugere-se que esta ampliação do cuidado advém da abertura para corresponsabilização pelos múltiplos participantes, pela possibilidade de envolvimento do Intersetor, descentralizando o cuidado, que se estava restrito às equipes de Saúde Mental, bem como a visão fragmentada de cuidado, que atribui aos CAPS o cuidado setorial dos usuários. Essa ideia é corroborada por Figueiredo e Onocko-Campos (2009) e Reis (2021), ao afirmarem que esta descentralização da Saúde Mental para os territórios foi uma

conquista preciosa da Reforma Psiquiátrica Brasileira, que ainda precisa de aprimoramentos.

Seguindo-se, com 37, 2% (n = 111), os trabalhadores da SM e AM indicaram como ponto positivo na terceira colocação, a possibilidade de *Preparo mais qualificado dos profissionais que participaram do Matriciamento com maior acesso de informações*. Esta opção se inclina ao caráter pedagógico do Matriciamento, enquanto tecnologia social. Como afirmado por Campos (1999), Brasil (2011), Brasil (2011a), Brasil (2004), Campos e Domitti (2007), e Reis (2019; 2020; 2021), ele é disposto como espaço de trocas, de saberes e experiências em direção à produção de saúde, em um espaço compartilhado e corresponsabilizado pelos seus múltiplos atores/pontos de atenção das redes. A circulação de saberes aumenta as possibilidades de melhor qualificar os trabalhadores, com a realização de Educação Permanente, como já afirmado por Silva (2017), Nascimento (2019) e Emerich; Onocko-Campos (2019), bem como outros processos formativos.

O quarto fator mais mencionado foi a existência de uma *Maior troca de conhecimentos e atendimentos compartilhados*, com 30,5% (n = 91) das respostas dos participantes. Este fator está diretamente relacionado com o anteriormente citado, acrescentando-se que a prática da *Clínica Ampliada* qualifica e amplia as possibilidades de um cuidado mais integral do sujeito, como afirmado em Moraes (2010), Brasil (2006) e Brasil (2009). Sugere-se que estas interações produziram impactos na vida dos participantes, uma vez que diante da complexidade das demandas da SM, tanto a AB, como a SM podem partilhar esforços diante dos desafios. Ressalta-se que as equipes de NASF são fortes aliadas na implementação desta nova clínica (Brasil, 2014; Brasil, 2009).

Já para a quinta colocação, dois fatores obtiveram a mesma frequência de respostas, 25,8% (n = 77), o *Aumento da possibilidade de inclusão social das pessoas com transtornos mentais* e o *Aumento do acesso dos usuários com sofrimento psíquico ou transtornos mentais aos cuidados e tratamentos*. Inclusão e acesso são, sem dúvida, dois grandes objetivos das políticas públicas de cuidado antimanicomial - as Políticas Públicas de SM no Brasil. Em concordância com Moro e Rocha (2019) e Reis (2021), pode-se afirmar que o Apoio Matricial aproxima os cuidadores do território de pertença do usuário, da sua comunidade e familiares, possibilitando o fortalecimento de vínculos e o reconhecimento mútuo das pessoas com transtornos mentais e sofrimento psíquico intenso enquanto cidadãos de direitos. O cuidado no território ajuda no processo de desmistificação dos estereótipos da loucura, dos estigmas, bem como amplia possibilidades do cuidado integral do sujeito, descentralizando-o da doença. Esta integralidade do cuidado é fundamental, como colocado por Camargo Júnior (2003), Lima e Dimenstein (2016), Onocko-Campos *et al.*, 2012) e Costa, Lima, Silva e Fioroni (2015).

Conhecendo outros serviços, interagindo e corresponsabilizando o cuidado com eles, a saúde integral dos sujeitos com transtornos mentais só tem a ganhar.

Acerca das dificuldades e desafios apontados pelos participantes, destacou-se em primeiro lugar a *Falta de informação/conhecimento das equipes de como implantar o Matriciamento*, com 24,7% (n = 73). Como evidenciado na Tabela 6, 31, 1% (n = 110) dos trabalhadores pesquisados afirmaram não conhecer o Matriciamento, bem como observou-se a existência de conceitos diferentes e equivocados por parte dos trabalhadores da SM e AB, o que certamente implica em não saber como implantar. Treichel, Onocko Campos e Campos (2019) pontuaram haver um maior número de menções sobre este desafio em artigos de sua pesquisa, do que de outros desafios citados para implementar o Matriciamento, constituindo-se em um desafio de cunho epistemológico, em concordância com a pesquisa realizada por Reis (2021). Ressalta-se, porém, que há uma distância real entre o “saber” – ter conhecimento sobre – e o “saber fazer” – colocar em prática, executar. O Apoio Matricial, enquanto exercício do trabalho vivo, como conceitua Merhy (2002), é um evento sujeito aos movimentos dos atores do processo, no aqui e agora. Deste modo, supõe-se que, ainda que exista um “saber” e um “saber fazer”, por mais que se tracem os passos, os planos para desenvolver interações do Apoio Matricial, conta-se sempre com o inusitado, o que é construído no momento, no “aqui e agora” por seus participantes – equipes profissionais, usuários, familiares e comunidade.

Chama-se ainda a atenção para este desafio priorizado pelos trabalhadores da pesquisa, acerca de ser necessário implementar ações de Educação Permanente, Educação em Saúde, que aproximem equipes e comunidade para produzirem saúde coletivamente, dentro das reais demandas do território em que atuam. A continuidade da aprendizagem condiz com a dinâmica do território, apresentado pelo geógrafo Milton Santos (2001) como dinâmico, não apenas do ponto de vista físico, mas em constante movimento. Pode-se dizer então que ele ressurgiu sempre enriquecido, por meio da interação de seus ocupantes, suas identidades, nas constantes trocas.

A *Falta de preparo das Equipes de Saúde da Família (ESF) para acolher e cuidar de pessoas com sofrimento psíquico e com transtornos mentais*, conforme a Tabela 10, foi o segundo fator mais frequente para os desafios e dificuldades nas respostas dos participantes, com 22,6% (n = 67). Por estarem estreitamente relacionados, o quarto desafio com mais frequência de respostas pode ser dialogado também sob as mesmas reflexões – o *Preconceito/Medo/Discriminação para lidar com as pessoas com transtornos mentais, dificultando a participação dos usuários nas ações* (21,6%, n = 64). Este último, se confirma nas pesquisas de Figueiredo e Onocko-Campos (2009), Brasil (2011), Brasil (2014) e Treichel, Onocko-Campos e Campos (2019), no que se refere ao medo dos profissionais em relação a este público.

Entende-se que o Apoio Matricial é uma porta aberta à quebra de paradigmas sobre as formas de cuidado, mas principalmente sobre as formas de ver, de conceber a loucura e o sofrimento psíquico intenso e a forma de se relacionar com as pessoas que lhes são acometidas. Conforme visto, Moro (2021), Moro e Rocha (2022), Reis (2021), Nunes (2019) corroboram com a ideia de que as ações de SM na AB (como o Matriciamento), contribuem na quebra de estigmas e melhoram o relacionamento dos profissionais com estes usuários. Há um desafio diário, de cunho cultural, no âmbito da desconstrução de paradigmas preconceituosos, compreendendo-se que a continuidade das ações de Matriciamento são um caminho potente para que isto aconteça e seja produzido um cuidado mais efetivo em Saúde Mental na Atenção Básica, nos moldes da Reforma Psiquiátrica.

Observou-se que, as ESF, como já relatado por Figueiredo e Onocko-Campos, (2009), reportam sua falta de preparo no ato de cuidar, o receio diante do novo. Aqui também podem estar subjacentes os paradigmas preconceituosos. Ou seja, a falta de preparo e o receio parecem refletir não somente a falta do saber técnico sobre o Apoio Matricial, o trabalho transdisciplinar, não aprendido nos cursos de formação/graduação, como já evidenciado na Tabela 7, mas a cultura do preconceito estrutural em relação à loucura e do medo, da psicofobia, e da resistência à mudanças. Sugere-se que tais reflexos incidam também sobre os usuários e comunidade, que absorvem, pensam, agem e reagem a estes paradigmas em relação a si mesmos e suas identidades e interações sociais, muitas vezes se afastando do tratamento por vergonha, medo da rejeição, ou pela sentença de terem um mal incurável. Estes resultados convergem também com os estudos relatados por Bonfim *et al* (2013), os “Cadernos de AB -Nº 39 – Núcleo de Apoio à Saúde da Família” (Brasil, 2014), Onocko-Campos *et al.* (2011), e o “Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental” (Brasil, 2011c), Reis (2021), Jorge *et al.* (2014), ao reforçarem a questão cultural da estigmatização da loucura como negativos para o engajamento dos usuários nas ações, evidenciando rejeição.

O terceiro desafio/dificuldade mais frequente na opinião dos participantes foi a *Quebra dos vínculos entre profissionais e usuários devido os profissionais terem contratações temporárias curtas e mudanças por motivos políticos* (22%, n = 65), explicitado na Tabela 10. A precarização do trabalho no âmbito da Saúde Pública foi relatada em estudos como o de Treichel, Onocko-Campos e Campo (2019), como um desafio de ordem estrutural, consoantes a Lazarino *et al* (2019), Vasconcelos (2012) e Reis (2021), sendo fonte de desgastes e constantes recomeços a cada mudança política nas gestões municipais, ou mesmo por contratos com duração de seis meses a um ano. Entende-se que, quando o usuário, familiar, equipes de AB e SM começam a construir a confiança necessária, os contratos são rompidos, prejudicando a

continuidade do cuidado em Saúde Mental com a Atenção Básica, articulado no território. Considera-se que se leva tempo para uma equipe se integrar entre si, ser preparada, integrar-se a outras equipes em um trabalho de cuidado compartilhado e assim, simultaneamente, construir e fortalecer o vínculo com os demais atores no seu território de atuação. Deste modo, compreende-se que é necessário rever os modos e durações das contratações destas equipes profissionais, uma vez que o foco central do cuidado fica prejudicado: o usuário e sua comunidade.

Por fim, as quintas maiores frequências em termos de desafios/ dificuldades para a realização do Matriciamento, na percepção dos trabalhadores desta pesquisa, foram a *Indisposição/resistências dos profissionais da Atenção Básica em trabalhar com Saúde Mental e as Dificuldades de diálogo entre ambas as áreas*, ambos desafios com 20,9% (n = 62) das respostas, como demonstra a Tabela 10. A indisposição/resistências dos profissionais da AB para trabalhar no cuidado em SM já foi explicitada anteriormente, valendo ressaltar que há legitimidade no trabalho em Saúde Mental “pela e na” Atenção Básica, bem como no Apoio Matricial, afirmados nos documentos do MS, como Programa (Estratégia) Nacional de Saúde da Família (Brasil, 2012), que versa também sobre os fazeres da AB nas ESF, dos Cadernos da AB - Nº 34 – Saúde Mental (Brasil, 2013) e Cadernos da AB Nº39 - NASF (Brasil, 2014), dentre outros documentos já citados na pesquisa. Sugere-se que tais posturas possam ter se desenvolvido a partir da falta de informação sobre ser seu papel desenvolver essas ações, além de sobrecargas, apontados por Franco (2018), Treichel, Onocko-Campos e Campos (2019), estes últimos definindo-os como obstáculo decorrente do excesso de demanda e da carência de recursos. Tais questões assemelham-se aos dados evidenciados na Tabela 6, que aponta um quantitativo de 30,5% (n = 108) que diz não ter sido informado/saber que é parte do seu cargo implementá-lo e 14,7% (n = 52) afirma não lembrar sobre o assunto, bem como de 46,3% (n = 164) não conhecem estes documentos e 20,9% (n = 74) não lembrar dos mesmos.

#### **4.1.4 Percepção dos profissionais a partir da Escala de Percepção de Avanços e Desafios no Trabalho de Matriciamento**

Neste estudo foi desenvolvida uma Escala de Percepção de Avanços e Desafios no Trabalho de Matriciamento, uma vez que não foi encontrado na literatura nenhum instrumento validado que medisse esse constructo. Assim, antes de proceder com a análise das percepções dos trabalhadores, primeiro foi necessário realizar procedimentos de validação preliminar da

escala, a saber: Validação de Conteúdo e Validação de Constructo, além de análise de confiabilidade. Esses procedimentos permitiram encontrar uma estrutura fatorial (isto é, um determinado arranjo de dimensões ou Fatores com os respectivos itens que melhor os representam) satisfatória e confiável para que pudesse ser dada continuidade a análise dos dados. Quando se analisa um determinado constructo psicológico, como é o caso da percepção de trabalhadores sobre avanços e desafios do Matriciamento, é fundamental que a análise seja feita a partir de um instrumento validado e confiável, pois do contrário, não se pode ter certeza se o instrumento mede aquilo que se propõe a medir (validade) e se tem precisão (confiabilidade)

Com a finalidade de deixar a leitura mais fluida e manter o foco no atendimento dos objetivos específicos, optou-se por descrever todos os procedimentos de validação detalhadamente nos apêndices da Tese (Apêndice I). No entanto, para permitir a compreensão da estrutura fatorial validada e conhecer os índices de confiabilidade alcançados, será apresentada aqui a Tabela 11, que apresenta as principais informações do instrumento final validado.



Tabela 11- Alfas de *Cronbach*, correlações item-total, cargas fatoriais e escores médios de cada item (n = 354)

ITEM	Fator	CORRELAÇÃO ITEM-TOTAL	CARGA FATORIAL	ESCORE MÉDIO
<b>Problemas relativos à gestão (<math>\alpha = 0,89</math>)</b>				
25.	Dificuldades por parte da gestão ou pouco compromisso para organização dos encontros de Apoio Matricial e com a articulação de ações entre Atenção Básica e Saúde Mental.	0,70	0,79	3,37
24.	Quebra dos vínculos entre profissionais e usuários devido ao fato de os profissionais terem contratações temporárias curtas e mudanças por motivos políticos.	0,66	0,78	3,63
23.	Contratações de profissionais por clientelismo, sem preparo técnico, prejudicando a qualidade dos serviços.	0,70	0,77	3,31
28.	Descontinuidade do acompanhamento, interrupções.	0,74	0,63	3,44
29.	Falta de avaliações formais que apontem se os objetivos do Apoio Matricial têm sido alcançados.	0,69	0,59	3,42
26.	Falta de perfil dos profissionais para realizar Apoio Matricial.	0,68	0,51	3,03
27.	Dificuldades para reorganização para atuar no Matriciamento.	0,68	0,50	3,33
<b>Aumento da resolutividade/Ampliação do acesso, das ações, das formas de cuidado e de conhecimentos gestão (<math>\alpha = 0,90</math>)</b>				
16.	Aumento da resolutividade dos problemas.	0,73	0,92	4,15
17.	Tomada de decisões coletivas e pactuadas com maior garantia de concretização das ações.	0,80	0,89	4,23
18.	Maior articulação entre os envolvidos e fortalecimento do vínculo entre equipes.	0,82	0,86	4,31
15.	Preparo mais qualificado dos profissionais que participaram do Matriciamento com maior acesso de informações.	0,75	0,79	4,33
19.	Diminuição do estresse das equipes, na medida em que conseguem compartilhar responsabilidades dos casos.	0,67	0,76	4,17
14.	Os profissionais conseguiram ter uma visão mais integral das pessoas com transtornos mentais.	0,68	0,70	4,08
13.	Maior troca de conhecimentos e atendimentos compartilhados.	0,77	0,59	4,30
12.	Aumento da compreensão sobre transtorno mental/sofrimento psíquico.	0,73	0,56	4,34

11.	Possibilidade de reflexões coletivas relativas a formas de cuidados mais humanizadas.	0,81	0,55	4,41
10.	Desenvolvimento de Plano Terapêutico Singular (PTS).	0,76	0,51	4,29
9.	Descobertas de novas possibilidades de práticas, uso de espaços de apoio e formas de intervenção no trabalho entre Saúde Mental e Atenção Básica.	0,75	0,50	4,28
7.	Reorganização da entrada do usuário para os serviços de Saúde Mental.	0,73	0,50	4,23
8.	Aumento do acesso dos usuários com sofrimento psíquico ou transtornos mentais aos cuidados e tratamentos.	0,77	0,48	4,34
6.	Reconhecimento do Matriciamento como forma de ampliação do cuidado para com os usuários com sofrimento psíquico e transtornos mentais.	0,75	0,46	4,30
<b>Problema com as atitudes /Comprometimento dos profissionais (<math>\alpha = 0,90</math>)</b>				
42.	Não quererem desenvolver ações coletivas/ compartilhadas.	0,63	0,81	2,53
44.	Falta de adesão aos tratamentos por parte dos usuários devido ao descrédito que muitos profissionais têm nas ações de Apoio Matricial.	0,71	0,80	2,97
43.	Tensões advindas da proposta de corresponsabilização entre as áreas.	0,76	0,78	2,85
49.	Pouco diálogo sobre a formação dos profissionais de Saúde, ainda centrada em cada formação em separado.	0,68	0,73	3,06
45.	Dificuldades de comunicação entre profissionais e usuários.	0,63	0,71	2,87
40.	Indisposição/ resistências dos profissionais da Atenção Básica (AB) em trabalhar com Saúde Mental (SM).	0,69	0,70	2,88
48.	Pressão da população e da AB para atendimentos individuais, não compartilhados.	0,67	0,64	2,93
46.	Preconceito/Medo/Discriminação dos profissionais da AB para lidar com as pessoas com transtornos mentais, dificultando a participação dos usuários nas ações.	0,69	0,61	2,97
41.	Dificuldades de diálogo entre ambas as áreas (AB E SM).	0,63	0,60	3,11

47.	Temor, por parte do usuário, de ser discriminado ou julgado, por participar de ações de saúde mental no território.	0,56	0,50	3,20
<b>Visão negativa do matriciamento e limitada sobre como deve ser feito o tratamento das pessoas com transtorno mental (<math>\alpha = 0,72</math>)</b>				
33.	Visão de que o tratamento para pessoas com transtornos mentais é feito pelo médico, com remédios controlados, nos CAPS, setor de Saúde Mental, para onde devem ser encaminhadas (do profissional)	0,60	- 0,79	3,42
39.	Visão de que o tratamento para pessoas com transtornos mentais é feito pelo médico, com remédios controlados, nos CAPS, setor de Saúde Mental, para onde devem ser encaminhadas. (da população familiares)	0,58	-0,76	3,65
30.	Ideia de que o Matriciamento é uma sobrecarga, um repasse de funções e não uma contribuição.	0,43	-0,37	3,13
<b>Mudanças positivas de paradigmas culturais (<math>\alpha = 0,86</math>)</b>				
4.	Promoção da autonomia e liberdade das pessoas com sofrimento psíquico e transtornos mentais.	0,67	-0,81	3,92
2.	Maior sensibilização e compromisso das Equipes de Saúde da Família e da Saúde Mental.	0,73	-0,74	4,12
1.	Aumento da possibilidade de inclusão social das pessoas com transtornos mentais.	0,63	-0,67	4,10
5.	Maior visibilidade das necessidades em Saúde Mental pelas Equipes de Saúde da Família.	0,69	-0,65	4,32
3.	Melhoria do acolhimento dos usuários na sua comunidade.	0,70	-0,63	4,27
<b>Deficiência na formação profissional/ em investimento em educação (<math>\alpha = 0,88</math>)</b>				
31.	Falta de informação/conhecimento das equipes de como implantar o Matriciamento.	0,71	-0,68	3,35
36.	Dificuldade de entendimento na proposta do Apoio Matricial.	0,76	-0,61	3,18
35.	Desconhecimento da possibilidade de atuação do Apoio Matricial.	0,74	-0,56	3,33
32.	Dificuldades em compreender o papel dos NASF e de como eles funcionam.	0,69	-0,47	3,19

34.	Falta de preparo das Equipes de Saúde da Família para acolher e cuidar de pessoas com sofrimento psíquico e com transtornos mentais.	0,67	-0,42	3,40
<b>Dificuldades impostas pelas condições de trabalho/pela desinformação da população/familiares acerca das ações do Matriciamento (<math>\alpha = 0,76</math>)</b>				
22.	Dificuldades nas condições de trabalho, gerando sobrecargas.	0,58	0,57	3,58
21.	Uma rede de serviços fragmentada, desconectada.	0,57	0,50	3,19
20.	Burocratização do atendimento.	0,52	0,40	3,55
37.	Pouca participação dos familiares por afastamento dos serviços.	0,49	0,39	3,75
38.	Falta de informação da população sobre a assistência em rede e no território.	0,48	0,37	3,75

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados da Escala de Percepção de Avanços e Desafios no Trabalho de Matriciamento.

Como é possível observar na Tabela 11, a versão aqui preliminarmente validada da “Escala de percepção de avanços e desafios no trabalho de Matriciamento” ficou composta de 49 itens, distribuídos em sete dimensões, de acordo com a Análise de Componentes Principais. Assim, observou-se que a solução de sete componentes foi aquela que apresentou melhor homogeneidade na distribuição dos itens, como uma variância explicada de 63,60%. Soluções que explicam pelo menos 60% da variância são consideradas satisfatórias (Damásio, 2012). É importante notar que os itens contribuem de maneira desigual para cada Fator, assim quanto maior a carga fatorial, maior a contribuição do item para o Fator em que ele carrega (Matos; Rodrigues, 2019).

A média para cada item, apresentada na Tabela 11, variou entre 2,53 e 4,41, mas com muitos poucos itens (apenas 7) abaixo de 3,0 (que é o ponto médio da escala, já que ela tem cinco pontos) e eles se concentraram apenas na dimensão “Problema com as atitudes /Comprometimento dos profissionais”. Este parece ser um indicativo de que os/as participantes tenderam discordar de que os desafios advindos de sua atuação no Matriciamento tenham a ver com a postura dos profissionais de saúde.

Ainda na Tabela 11 é apresentada a correlação item-total corrigido para cada item. O valor desta correlação deveria ser moderadamente alta, e qualquer item cuja correlação item-total corrigido fosse menor que 0,20 deveria ser eliminado da contagem combinada. Nesta etapa da análise, nenhum item foi eliminado, pois todas as correlações estiveram acima deste ponto de corte.

No que diz respeito à confiabilidade do instrumento, todas as escalas que o compõem obtiveram alfas de *Cronbach* ( $\alpha$ ) iguais ou superiores a 0,70. Dentre as dimensões, aquele com menor  $\alpha$  foi o “Visão negativa do Matriciamento e limitada sobre como deve ser feito o tratamento das pessoas com transtorno mental” ( $\alpha = 0,72$ ), mas ainda assim, considerado satisfatório (Streiner, 2003). As demais dimensões tiveram Alfas de *Cronbach* que variaram entre 0,76 à 0,90, o que indica que todas as subescalas são confiáveis, de acordo com esse estudo (Streiner, 2003).

#### **4.1.5 Como os profissionais estudados avaliam as distintas dimensões dos avanços e desafios do Matriciamento**

Uma vez que a Escala empregada para medir a percepção dos trabalhadores quanto aos avanços e desafios do Matriciamento foi preliminarmente validada e foi considerada confiável, e foram encontrados os fatores principais que reuniram os seus itens, passou-se a etapa de

análise da percepção dos profissionais propriamente dita, como forma de complementar o atendimento ao terceiro objetivo do estudo.

Para o cálculo dos escores de cada profissional foram computadas as médias aritméticas de cada dimensão (soma dos escores dos itens/nº de itens). A Tabela 12 apresenta os escores médios, desvio padrão (DP) e Intervalos de Confiança (IC) computados.

Tabela 12 – Média, Desvio Padrão (DP), e Intervalos de Confiança (IC) das dimensões da Escala de percepção de avanços e desafios do Matriciamento (n = 354)

<b>Dimensão</b>	<b>Média</b>	<b>DP</b>	<b>IC</b>
<b>Avanços</b>			
Aumento da resolutividade/Ampliação do acesso, das ações/formas de cuidado e de conhecimentos	4,27	0,81	4,18 – 4,35
Mudanças positivas de paradigmas culturais	4,14	0,77	4,06 – 4,22
<b>Desafios</b>			
Problemas relativos à gestão	3,36	1,11	3,25 – 3,48
Problemas com as atitudes dos profissionais/Comprometimento	2,94	1,02	2,83 – 3,04
Deficiências na formação profissional/ em investimento em educação	3,29	1,16	3,17 – 3,41
Dificuldades impostas pelas condições de trabalho/pela desinformação da população/familiares acerca das ações do Matriciamento	3,56	1,00	3,46 – 3,67
Visão negativa do Matriciamento e limitada sobre como deve ser feito o tratamento das pessoas com transtorno mental	3,40	1,15	3,28 – 3,52

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados da Escala de Percepção de Avanços e Desafios no Trabalho de Matriciamento.

Na escala empregada, os escores mostram valores variando de 1 a 5 [(1) – Discordo Totalmente, (2) Discordo Parcialmente, (3) Nem Discordo/Nem Concordo (Indeciso), (4) Concordo Parcialmente e (5) Concordo Totalmente]. Duas dimensões mediram avanços e cinco mediram desafios encontrados pelos profissionais de saúde no trabalho de Matriciamento. Assim, nos itens que medem Avanços, os valores mais elevados indicam que o participante tende a concordar que houve aumento da resolutividade, houve ampliação do acesso, das ações, das formas de cuidado e aumento de conhecimentos e, também, foram observadas mudanças positivas de paradigmas culturais com o processo de implantação do Matriciamento. Por outro lado, nos itens que medem desafios, os valores mais altos indicam que os/as participantes tendem a concordar com múltiplas dificuldades encontradas nesse processo. Finalmente, é

importante referir que a escala solicitou que o trabalhador falasse de sua experiência prática com o Matriciamento, ou seja, que indicasse o seu grau de concordância frente as afirmações, considerando o que ele vive ou viveu na sua prática profissional.

Considerando que a escala é de 5 pontos e que seu ponto médio portanto é 3,0, pode-se constatar, a partir da Tabela 3, que os IC das dimensões “Aumento da resolutividade/Ampliação do acesso, das ações/formas de cuidado e de conhecimentos” e “Mudanças positivas de paradigmas culturais” estiveram bastante acima do ponto médio da escala (3,0). Isso significa que os/as participantes consideram que o Matriciamento oportunizou a melhoria do acesso aos serviços de SM e o aumento da resolutividade desse tipo de problema no âmbito da AB, fruto da tomada de decisões coletivas e pactuadas, da maior articulação e da diminuição do estresse entre os membros das equipes. O Matriciamento também permitiu as descobertas de novas possibilidades de práticas, uso de espaços de apoio e formas de intervenção no trabalho entre Saúde Mental e Atenção Básica e promoveu formas de cuidados mais humanizadas, o que significa que os profissionais conseguiram ter uma visão mais integral das pessoas com transtornos mentais. Tais transformações repercutem diretamente nas mudanças dos paradigmas culturais em torno das pessoas com transtornos mentais, na medida em que elas são prontamente incluídas nos serviços de AB e têm suas necessidades atendidas pelas ESF, têm sua autonomia e liberdade fortalecidas, assim como são mais bem acolhidas na sua comunidade de origem.

Esses resultados estão em consonância com a visão de Campos (1999) para quem o Apoio Matricial é um dispositivo potente para alterar a lógica de cuidado individualista, que busca ultrapassar as ações isoladas e verticalizadas dos profissionais nos serviços de saúde, orientadas pelo modelo biomédico, em direção à clínica ampliada. De fato, como já foi dito, de acordo com Moro e Rocha (2019) e Reis (2021), o Apoio Matricial aproxima os cuidadores do território de pertença do usuário, da sua comunidade e familiares, possibilitando o fortalecimento de vínculos e o reconhecimento mútuo das pessoas com transtornos mentais e sofrimento psíquico intenso enquanto cidadãos de direitos. Com respeito ao atendimento integral, Silveira e Vieira (2009) afirmam que o usuário do serviço de saúde mental, neste contexto, pode encontrar em sua unidade sanitária de referência, uma estratégia de acolhimento eficaz que se articula com os demais dispositivos assistenciais presentes na rede de atenção. A observação de mudanças positivas de paradigmas culturais acerca da pessoa com transtorno mental é importante porque de acordo com Amarante (2007), o paradigma psiquiátrico ainda persiste no imaginário social, traduzido na crença de "periculosidade do louco" e no conseqüente isolamento social como forma de assistência para pessoas com transtorno mental.

Por outro lado, se forem consideradas as dimensões que medem Desafios do Matriciamento, a dimensão “Problemas relativo à gestão” apresentou-se acima do ponto médio da escala, já que o seu intervalo de confiança associado à média esteve estritamente superior a esse ponto médio. Da mesma forma, os IC das dimensões “Visão negativa do Matriciamento e limitada sobre como deve ser feito o tratamento das pessoas com transtorno mental”, “Deficiência na formação profissional/em investimento em educação”, “Dificuldades impostas pelas condições de trabalho/pela desinformação da população/familiares acerca das ações do Matriciamento” também estiveram acima do ponto médio da escala (3,0). Isso significa que os/as participantes tenderam a concordar que esses desafios existem e comprometem o desenvolvimento do Matriciamento. Em outras palavras, os participantes tenderam a concordar que há pouco compromisso por parte da gestão para organização dos encontros de Apoio Matricial e para fazer a articulação de ações entre Atenção Básica e Saúde Mental. Concordam também que a rotatividade profissional, decorrente da fragilidade do processo de contratação, favorece a descontinuidade dos atendimentos e a quebra de vínculos entre profissional e usuário. Queixam-se ainda da falta de perfil dos profissionais que devem realizar apoio matricial, bem como da ausência de ações formais, por parte da gestão, para avaliar a eficácia do Matriciamento.

Em diferentes territórios, uma série de pesquisas apontam esses e outros desafios na implementação do Matriciamento (Jorge *et al.*, 2014; Onocko - Campos *et al.*, 2011; Treichel, Onocko- Campos & Campos, 2019; Pereira & Maia, 2018; Bonfim *et al.*, 2013; Brasil, 2011c; Brasil, 2014). Outros estudos também revelaram que parece haver falta do diálogo entre gestores e trabalhadores sobre o processo de implantação do Matriciamento em saúde mental (Figueiredo; Campos, 2009) e falta de apoio por parte da gestão para dar continuidade aos atendimentos (Rodrigues, 2018; Reis, 2019).

No entanto, observando os IC, nota-se que a dimensão “Problema com as atitudes dos profissionais/Comprometimento” se manteve marginalmente abaixo do ponto médio da escala. Isso significa que para os/as participantes, esse problema não parece se apresentar como um desafio, ou seja, eles discordam que não querem desenvolver ações coletivas/compartilhadas, que há falta de adesão aos tratamentos por parte dos usuários devido ao descrédito que muitos profissionais têm nas ações de Apoio Matricial, ou que exista dificuldades de comunicação entre profissionais e usuários, por exemplo. Também tendem a discordar que haja indisposição/resistências dos profissionais da Atenção Básica (AB) em trabalhar com SaúdeMental (SM) ou preconceito/Medo/Discriminação dos profissionais da AB para lidar com as pessoas com transtornos mentais, dificultando a participação dos usuários nas ações. Também não se sentem



pressionados por parte da população e da AB para atendimentos individuais, e discordam que haja dificuldades de diálogo entre ambas as áreas (AB E SM). Enfim, os profissionais não parecem reconhecer em si alguma parcela de responsabilidade por problemas enfrentados no processo de Matriciamento. Esses resultados se contrapõem aos achados de outras pesquisas que encontraram que existe deficiência de preparo, e resistência, dos profissionais de saúde da rede básica para acolher e cuidar de pessoas com transtornos mentais (Rodrigues, 2018) e dificuldade de reorganização e comunicação entre profissionais para atuar conforme as mudanças político-institucionais advindas do Matriciamento (Silveira; Vieira, 2009).

#### **4.1.6 Diferenças de percepção dos profissionais, no que diz respeito aos avanços e desafios, em função do município de atuação**

A fim de atender ao quarto objetivo específico da pesquisa, foram realizadas múltiplas comparações entre os municípios. Para comparar os escores médios das dimensões de avanços e desafios do Matriciamento em função do município em que o profissional atua, foi empregada a ANOVA *one way*, seguida do teste *post hoc* de *Tukey* para identificar onde as diferenças se localizariam (uma vez que se constatou que as variâncias dos grupos são iguais). Além disso, foi calculado o *eta* ao quadrado ( $\eta^2$ ), que varia de 0 a 1 e pode ser interpretado com porcentagem de variância, por exemplo, um  $\eta^2$  de 0,10 significa que 10% da variância total pode ser explicada pela associação ao grupo.

No que diz respeito à percepção de avanços observados a partir da implementação do Matriciamento, observou-se uma tendência de efeito [ $F_{(7,351)} = 1,954$ ;  $p = 0,06$ ] do município sobre a dimensão “Aumento da resolutividade/Ampliação do acesso, das ações/formas de cuidado e de conhecimentos”. Não foram observados efeitos significativos do município sobre a dimensão “Mudanças positivas de paradigmas culturais”.

A Tabela 13 apresenta as Médias, Desvio-Padrões e IC de cada uma das dimensões que compõem a subescala de Avanços, por município.

Tabela 13 - Médias, DP e IC das dimensões que medem os Avanços observados com o processo de matriciamento, por município (n =354)

<b>Dimensão - Avanços</b>	<b>Município</b>	<b>n</b>	<b>Média</b>	<b>DP</b>	<b>IC</b>
	M1	61	4,21	0,90	3,98-4,44
	M2	69	4,38	0,70	4,21-4,55
	M3	47	4,37	0,88	4,11-4,62

Aumento da resolutividade/Ampliação do acesso, das ações/formas de cuidado e de conhecimentos	M4	41	4,36	0,72	4,13-4,59
	M5	17	3,73	0,85	3,29-4,17
	M6	41	4,12	0,85	3,85-4,38
	M7	56	4,20	0,81	3,99-4,42
	M8	20	4,49	0,70	4,16-4,82
Mudanças positivas de paradigmas culturais	M1	61	4,12	0,78	3,92-4,32
	M2	69	4,21	0,71	4,04-4,38
	M3	47	4,22	0,79	3,98-4,45
	M4	41	4,22	0,62	4,02-4,41
	M5	17	3,86	0,78	3,46-4,26
	M6	41	4,08	0,84	3,82-4,35
	M7	56	4,08	0,85	3,85-4,30
	M8	20	4,14	0,91	3,51-4,57

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados da Escala de Percepção de Avanços e Desafios no Trabalho de Matriciamento.

Como não foram encontrados efeitos significativos do município sobre essas dimensões que medem avanços (mas, apenas uma tendência de efeito), não é possível usar o teste *post hoc* para identificar onde se localizam as diferenças e nem é possível falar de tamanho do efeito. No entanto, chama a atenção o valor de média mais baixo, se comparado aos demais municípios, de o Município 5, no que concerne aos avanços observados. Por outro lado, se for considerado o ponto médio da escala, que é 3,0, constata-se que em todos os municípios os IC mantiveram-se acima do ponto médio da escala, o que significa que os profissionais tenderam a concordar que o processo de Matriciamento proporcionou esses avanços independente do município em que atuam municípios.

No que concerne aos desafios enfrentados com o processo de Matriciamento, observaram-se efeitos do município, especificamente, no que diz respeito aos “Problemas de gestão” [ $F_{(7,351)} = 3,007$ ;  $p \geq 0,01$ ;  $\eta^2 = 0,06$ ], “Problemas com as atitudes e comprometimento dos profissionais” [ $F_{(7,351)} = 2,296$ ;  $p \geq 0,05$ ;  $\eta^2 = 0,04$ ], “Deficiências na formação profissional/em investimento em educação” [ $F_{(7,351)} = 2,433$ ;  $p \geq 0,05$ ;  $\eta^2 = 0,05$ ], e “Dificuldades impostas pelas condições de trabalho/pela desinformação da população/familiares acerca das ações do Matriciamento” [ $F_{(7,351)} = 3,505$ ,  $p \geq 0,01$ ;  $\eta^2 = 0,07$ ]. De acordo com Cohen (1988) os pontos de corte para classificar os tamanhos do efeito são: efeitos pequenos ( $\eta^2 < 0,01$ ), médios ( $\eta^2$  entre 0,02 e 0,06) e grandes ( $\eta^2 > 0,14$ ). Portanto, os tamanhos de efeito associados às diferenças de grupos encontradas foram moderados. Não foram

observados efeitos significativos do município sobre “Visão negativa do Matriciamento e limitada sobre como deve ser feito o tratamento das pessoas com transtorno mental”.

Como pode ser observado pelos valores do *eta* ao quadrado ( $\eta^2$ ), o município explica 6% da variância da dimensão “Problema de gestão”, 4% da dimensão “Problema com as atitudes e comprometimento dos profissionais”, 5% da dimensão “Deficiência na formação profissional/em investimento em educação” e 7% da dimensão “Dificuldades impostas pelas condições de trabalho/pela desinformação da população/famíliares acerca das ações do Matriciamento”.

A Tabela 14 apresenta as Médias, Desvio-Padrões e Intervalos de Confiança de cada uma das dimensões que compõem a subescala de Desafios percebidos com o Matriciamento, por município.

Tabela 14 - Médias, DP e IC das dimensões que medem os Desafios encontrados com o processo de Matriciamento, por município (n =354)

Dimensão - Desafios	Município	n	Média	DP	IC
Problemas de gestão	M1	61	3,56	1,00	3,30-3,81
	M2	69	3,71	0,98	3,48-3,95
	M3	47	3,35	1,18	3,00-3,70
	M4	41	3,21	1,20	2,83-3,59
	M5	17	3,58	0,92	3,11-4,05
	M6	41	3,41	1,16	3,04-3,77
	M7	56	2,96	1,06	2,68-3,25
	M8	20	2,97	1,09	2,46-3,48
Problemas com as atitudes e comprometimento dos profissionais	M1	61	2,92	0,96	2,68-3,17
	M2	69	3,30	0,96	3,06-3,53
	M3	47	2,91	1,05	2,60-3,22
	M4	41	2,86	1,05	2,53-3,19
	M5	17	3,12	0,71	2,76-3,49
	M6	41	3,00	1,04	2,67-3,32
	M7	56	2,64	0,94	2,39-2,89
	M8	20	2,69	1,20	2,13-3,26
Deficiências na formação	M1	61	3,27	1,17	2,97-3,57
	M2	69	3,65	1,11	3,38-3,92
	M3	47	3,16	1,16	2,82-3,50
	M4	41	3,40	1,08	3,06-3,74
	M5	17	3,40	1,00	2,97-4,00

profissional/em investimento em educação	M6	41	3,39	1,24	3,00-3,78
	M7	56	3,07	1,06	2,78-3,35
	M8	20	2,65	1,28	2,05-3,25
	M1	61	3,77	0,93	3,53-4,00
	M2	69	3,82	0,91	3,60-4,04
	M3	47	3,55	0,98	3,27-3,84
	M4	41	3,53	0,97	3,23-3,84
	Dificuldades impostas pelas condições de trabalho/pela desinformação da população/familiars acerca das ações do Matriciamento	M5	17	3,55	0,85
M6		41	3,77	1,11	3,42-4,12
M7		56	3,13	0,97	2,87-3,38
M8		20	3,17	0,88	2,76-3,58
M1		61	3,61	1,10	3,33-3,89
M2		69	3,49	1,17	3,21-3,77
M3		47	3,11	1,30	2,73-3,49
M4		41	3,40	1,04	3,07-3,73
Visão negativa do Matriciamento e limitada sobre como deve ser feito o tratamento das pessoas com transtorno mental	M5	17	3,35	1,11	2,78-3,92
	M6	41	3,46	1,18	3,08-3,83
	M7	56	3,24	1,14	2,94-3,55
	M8	20	3,51	1,15	3,28-3,52

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados da Escala de Percepção de Avanços e Desafios no Trabalho de Matriciamento.

A partir do teste post hoc de *Tukey*, observou-se que nas dimensões “Problemas de gestão”, “Problema com as atitudes e comprometimento dos profissionais” e “Dificuldades impostas pelas condições de trabalho/pela desinformação da população/familiars acerca das ações do Matriciamento”, os municípios que difeririam significativamente entre si foram Município 2 e Município 7. Já no que diz respeito à dimensão “Deficiência na formação profissional/em investimento em educação” os municípios que diferiram estatisticamente entre si foram Município 2 e Município 8.

Finalmente, se for comparado o IC em relação ao ponto médio da escala que mede desafios (3,0), constata-se que os profissionais de todos os municípios, com exceção de Município 4, Município 7 e Município 8, concordaram que existem “Problemas de gestão” que atrapalham o Matriciamento (os três municípios indicados ficaram indecisos quanto a essa dimensão). Isso permite supor que na região esse é um problema recorrente, que precisa ser endereçado para que possa se observar melhorias no processo de Matriciamento.

No que diz respeito à “Problemas com as atitudes e comprometimento dos profissionais”, apenas Município 2 manteve-se indeciso, e todos os demais municípios concordaram que inexistem problemas dessa natureza. Já no que concerne à “Deficiências na formação profissional/em investimento em educação”, Município 7 discordou que haja esse tipo de problema no município, e os demais profissionais mantiveram-se indecisos quanto à existência desse problema no seu município. Com relação à percepção de “Deficiência na formação profissional/em investimento em educação”, Município 2, Município 4 e Município 6 tenderam a concordar que nos municípios existe essa deficiência, e os demais municípios mantiveram-se indecisos. No que diz respeito à percepção de “Dificuldades impostas pelas condições de trabalho/pela desinformação da população/familiares acerca das ações do Matriciamento”, todos os municípios, com exceção de Município 7 e Município 8 (que se mantiveram indecisos), concordam que encontram essa dificuldade. Por fim, com relação à percepção de que existe uma “Visão negativa do Matriciamento e limitada sobre como deve ser feito o tratamento das pessoas com transtorno mental”, Município 3, Município 5 e Município 7 mantiveram-se indecisos, e todos os demais municípios tenderam a concordar que percebem esse problema quando levam em conta o processo de Matriciamento em seus municípios.

Como é possível constatar, em linhas gerais os municípios não diferem entre si, estatisticamente falando, quando se trata de apontar os avanços do Matriciamento, mas há um pouco de discordância entre eles quando se trata dos desafios encontrados. As razões subjacentes às diferenças encontradas são de complexa compreensão, e deve ser levado em conta o porte do município, sua trajetória de implementação da política, além de fatores contextuais, de natureza político-institucional. Certamente, uma pesquisa de estudo de caso, englobando os municípios da região conseguiria captar o complexo emaranhado de motivos que levam alguns municípios a experimentarem mais desafios que outros.

#### **4.1.7 Diferenças de percepção dos profissionais, no que diz respeito aos avanços e desafios, em função do setor que atuam (se SM ou AB)**

Para examinar se haveria efeito do setor em que atuam (se Saúde Mental ou Atenção Básica) sobre a percepção de avanços e desafios observados no processo de Matriciamento, foi empregado o Teste T (amostras independentes), com uma medida de tamanho de efeito ( $d$  de Cohen). Cohen (1988) quantificou a magnitude do efeito em: Pequeno ( $d = 0,2 - 0,3$ ), Médio ( $d = 0,5 - 0,8$ ) e Grande ( $d =$  maior que  $0,8$ ).

No que diz respeito aos avanços, não foi observado nenhum efeito significativo do setor

em que atuam. Isso significa que a percepção de que houve “Aumento da resolutividade/Ampliação do acesso, das ações/formas de cuidado e de conhecimentos e de “Mudanças positivas de paradigmas culturais” independem do setor em que os profissionais atuam.

A Tabela 15 apresenta as Médias, DP e IC de cada dimensão que mede avanços, por setor que atua.

Tabela 15 – Médias, DP e IC de cada dimensão que mede Avanços, por setor que atua

<b>Dimensão - Avanços</b>	<b>Setor</b>	<b>n</b>	<b>Média</b>	<b>DP</b>	<b>IC</b>
Aumento da resolutividade/Ampliação do acesso, das ações/formas de cuidado e de conhecimentos	AB	308	4,28	0,81	4,18-4,36
	SM	38	4,13	0,87	3,85-4,37
Mudanças positivas de paradigmas culturais	AB	308	4,14	0,75	4,06-4,22
	SM	38	4,06	0,97	3,73-4,35

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados da Escala de Percepção de Avanços e Desafios no Trabalho de Matriciamento.

Como é possível observar na Tabela 15, as médias de cada dimensão que mede avanços mantiveram-se muito semelhantes. Se for levando em conta a comparação entre os IC e o ponto médio da escala (3,0), constata-se que tanto os profissionais da Atenção Básica quanto os da Saúde Mental tenderam a concordar que, com a implantação do Matriciamento em seus municípios, houve aumento da resolutividade, ampliação do acesso, das ações e das formas de cuidados e também se observou mudanças positivas dos paradigmas culturais. Vários estudos envolvendo profissionais da AB e/ou da SM têm observado esses mesmos avanços proporcionados pelo Matriciamento, dentre outros (Amaral *et al.*, 2018; Moraes; Tanaka, 2012; Reis, 2019; Tenório, 2012; Coren, 2019; Lemes *et al.*, 2016; Bispo; Moreira, 2017; Braga; Mota, 2014)

No que diz respeito aos desafios, por outro lado, foi observado efeito significativo do setor em que atua sobre a dimensão “Problema com as atitudes e comprometimento dos profissionais” ( $T = -2,05$ ;  $p \geq 0,05$ ,  $d = -0,04$ ), mas com um tamanho de efeito muito pequeno. Além disso foram observadas tendência de efeito do setor em que atua sobre “Dificuldades impostas pelas condições de trabalho/pela desinformação da população/familiares acerca das ações do Matriciamento” ( $T = -1,72$ ;  $p = 0,09$ ), e sobre “Visão negativa do Matriciamento e limitada sobre como deve ser feito o tratamento das pessoas com transtorno mental” ( $T = -1,71$ ;  $p = 0,09$ ). Sobre as dimensões “Problemas de gestão” e “Deficiência na formação profissional/em investimento em educação” não foi observado efeito significativo nem tendência de efeito. Isso significa que a percepção desses problemas ou desafios independem

do setor em que o profissional atua.

A Tabela 16 apresenta as Médias, DP e IC de cada dimensão que mede Desafios, por setor que atua.

Tabela 16 – Médias, DP e IC de cada dimensão que mede Desafios, por setor que atua

<b>Dimensão - Desafios</b>	<b>Setor</b>	<b>n</b>	<b>Média</b>	<b>DP</b>	<b>IC</b>
Problema de gestão	AB	308	3,35	1,10	3,22-4,47
	SM	38	3,61	1,06	3,27-3,93
Problema com as atitudes e comprometimento dos profissionais	AB	308	2,90	1,01	2,78-3,01
	SM	38	3,25	0,91	2,98-3,57
Deficiência na formação profissional/em investimento em educação	AB	308	3,28	1,14	3,15-3,40
	SM	38	3,49	1,27	3,12-3,91
Dificuldades impostas pelas condições de trabalho/pela desinformação da população/familiares acerca das ações do Matriciamento	AB	308	3,55	0,98	3,43-3,65
	SM	38	3,84	0,98	3,53-4,16
Visão negativa do Matriciamento e limitada sobre como deve ser feito o tratamento das pessoas com transtorno mental	AB	308	3,36	1,14	3,23-3,48
	SM	38	3,70	1,19	3,33-4,08

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados da Escala de Percepção de Avanços e Desafios no Trabalho de Matriciamento.

Como é possível observar na Tabela 16, os profissionais da Saúde Mental percebem significativamente mais problemas com atitudes e comprometimento dos profissionais do que os profissionais da Atenção Básica. Vale lembrar que três itens dessa dimensão dizem respeito a dificuldade apresentadas por parte da AB para aderir ao Matriciamento: a indisposição/resistências dos profissionais da Atenção Básica (AB) em trabalhar com Saúde Mental (SM), pressão da população e da AB para atendimentos individuais, não compartilhados, e preconceito/medo/discriminação dos profissionais da AB para lidar com as pessoas com transtornos mentais, dificultando a participação dos usuários nas ações. Assim, esse resultado é esperado, já que revela a avaliação que os profissionais da SM fazem com relação aos profissionais da AB. Alguns estudos apontam que os profissionais da AB são resistentes às propostas de capacitação em Matriciamento, ficando também resistentes em trabalhar com SM (Rodrigues, 2018). No entanto, se esses profissionais são mais resistentes é possível especular que eles sejam menos críticos em relação a sua responsabilidade de se comprometerem com o processo de Matriciamento. No que concerne a isso, a necessidade de formação para trabalhar a prática interprofissional e colaborativa ao prestar supervisão e apoio tem sido reiteradamente apontada (Jorge *et al.*, 2014; Silva 2017. Nascimento, 2019). A

desvalorização dos trabalhadores da saúde, que não seja o médico, pode também ajudar a entender porque esses trabalhadores resistam a se capacitar para a ação matricial, o que leva à compartimentalização e desconexão da assistência (Yasuí; Amarante, 2018).

Por outro lado, as médias de percepção de “Dificuldades impostas pelas condições de trabalho/pela desinformação da população/familiars acerca das ações do Matriciamento” e de “Visão negativa do Matriciamento e limitada sobre como deve ser feito o tratamento das pessoas com transtorno mental” estiveram relativamente mais altas entre os profissionais de Saúde Mental, e, ao que tudo indica, esse efeito poderia se confirmar se a amostra fosse maior. Assim, os profissionais da SM parecem estar mais conscientes dos problemas que atrapalham o processo de Matriciamento em seus territórios, ou parecem se importar mais com esses problemas, se comparados aos profissionais da AB. Esse resultado também faz sentido, se for levado em conta que tradicionalmente o cuidado à pessoa com transtorno era exclusivo da SM e que o novo arranjo oportunizado pelo Matriciamento vai impor à AB a tarefa da corresponsabilidade. Assim, é esperado que os trabalhadores da SM vejam com mais crítica o problema da “Visão negativa do Matriciamento e limitada sobre como deve ser feito o tratamento das pessoas com transtorno mental e a desinformação da população/familiars acerca das ações do Matriciamento”.

#### **4.1.8 Diferenças de percepção dos profissionais, no que diz respeito aos avanços e desafios, em função do acesso a treinamento sobre Matriciamento**

Para examinar se haveria efeito do fato de ter tido acesso à treinamento em Matriciamento sobre a percepção de avanços e desafios observados, também foi empregado o Teste T (amostras independentes), com a medida de tamanho de efeito (d de Cohen). Não foram observados efeitos significativos do treinamento sobre a percepção de avanços observados com o processo de Matriciamento.

A Tabela 17 apresenta as Médias, DP e IC das dimensões de Avanços considerando se o profissional já teve algum acesso à curso, Educação Permanente, Educação em Saúde para atuar no Matriciamento.

Tabela 17 - Médias, DP e IC das dimensões de Avanços considerando se o profissional já teve algum acesso à curso, Educação Permanente, Educação em Saúde para atuar no Matriciamento

<b>Dimensão - Avanços</b>	<b>Treinamento</b>	<b>n</b>	<b>Média</b>	<b>DP</b>	<b>IC</b>
Aumento da resolutividade/Ampliação do	Não	206	4,28	0,80	4,17-4,37



acesso, das ações/formas de cuidado e de conhecimentos	Sim	127	4,26	0,87	4,11-4,41
	Não	206	4,14	0,78	4,02-4,23
Mudanças positivas de paradigmas culturais	Sim	127	4,17	0,79	4,03-4,30

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados da Escala de Percepção de Avanços e Desafios no Trabalho de Matriciamento.

Como é possível observar na Tabela 17, as médias dos dois grupos foram bastante semelhantes e os IC associados às médias mantiveram-se acima do ponto médio da escala, o que significa que tanto o grupo que recebeu treinamento quanto o que não recebeu tende a concordar com esses avanços que o Matriciamento trouxe. Ou seja, em termos de avanços do Matriciamento, parece não haver controvérsia entre os profissionais pesquisados, o que leva a crer que esse dispositivo é benéfico no processo de cuidado do usuário com transtorno mental.

No que diz respeito aos desafios percebidos, observou-se apenas um efeito significativo do treinamento sobre a dimensão “Problema de gestão” ( $T = -2,43$ ;  $p \geq 0,5$ ;  $d = -0,03$ ), também com um tamanho de efeito muito pequeno. Não foram observados efeitos significativos nem tendência de efeitos sobre nenhuma outra dimensão de desafios.

A Tabela 18 apresenta as Médias, DP e IC das dimensões de Desafios considerando se o profissional já teve algum acesso à curso, Educação Permanente, Educação em Saúde para atuar no Matriciamento.

Tabela 18 - Médias, DP e IC das dimensões de Desafios considerando se o profissional já teve algum acesso à curso, Educação Permanente, Educação em Saúde para atuar no Matriciamento

Dimensão - Desafios	Treinamento	n	Média	DP	IC
Problema de gestão	Não	206	3,26	1,12	3,11-3,41
	Sim	127	3,56	1,05	3,38-3,74
Problema com as atitudes e comprometimento dos profissionais	Não	206	2,90	0,99	2,78-3,04
	Sim	127	3,00	1,08	2,82-3,20
Deficiência na formação profissional/em investimento em educação	Não	206	3,36	1,12	3,21-3,52
	Sim	127	3,20	1,22	2,98-3,41
Dificuldades impostas pelas condições de trabalho/pela desinformação da população/familiares acerca das ações do Matriciamento	Não	206	3,59	0,98	3,46-3,72
	Sim	127	3,56	0,99	3,39-3,72
Visão negativa do matriciamento e limitada sobre como deve ser feito o tratamento das pessoas com transtorno mental	Não	206	3,40	1,14	3,24-3,55
	Sim	127	3,35	1,22	3,15-3,56

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados da Escala de Percepção de Avanços e Desafios no Trabalho de Matriciamento.

Com base na Tabela 18, é possível constatar que os profissionais que já receberam algum treinamento, curso, Educação Permanente, Educação em Saúde para atuar no Matriciamento relataram perceber com mais frequência os “Problema de gestão” em seu trabalho, do que os profissionais que nunca tiveram acesso a treinamentos. Esse resultado faz bastante sentido uma vez que trabalhadores mais capacitados, que entendem no que consiste o Matriciamento, compreendem os papéis e as responsabilidades de todos os envolvidos, sejam mais críticos em relação ao papel da gestão. Por outro lado, todos os demais desafios encontrados independem se o profissional já recebeu ou não treinamento.

Além disso, comparando o IC com o ponto médio da escala, observa-se que o grupo de profissionais que já recebeu algum tipo de treinamento está indeciso quanto à percepção de que há problema com as atitudes e comprometimento dos profissionais. Por outro lado, os que nunca receberam treinamento tendem a dizer que não há problema dessa natureza. Isso também faz sentido, com base no mesmo argumento de que profissionais mais bem capacitados são mais autocríticos quanto a sua atitude e comprometimento. Vale lembrar, a partir dos itens que medem os problemas com atitude e comprometimento, presume-se que os profissionais não queiram desenvolver ações coletivas/compartilhadas, vivenciam tensões advindas da proposta de corresponsabilização entre as áreas e tenham passado por uma experiência de formação fragmentada, disciplinar (centrada em cada formação em separado). Além disso, os profissionais que já receberam treinamento também não estão certos que haja deficiência na formação profissional/em investimento em educação. Já os que nunca receberam tendem a concordar que há esse tipo de deficiência. Assim, sua experiência com formações prévias, ou a falta delas, interferem diretamente na forma como avaliam a deficiência de cursos de formação e capacitação.

Souza (2012), Nascimento (2019) e Silva (2017) lembram que a falta de investimento na formação dos profissionais de saúde leva a sérios prejuízos em suas atuações práticas. Silva (2017), especificamente, adverte que a falta de investimento na instrumentalização dos profissionais, tanto das equipes de referência, quanto das de Apoio Matricial, leva à inabilidade dos profissionais e a desarticulação entre os serviços de saúde. Souza (2012), em seu turno, enfatiza que os reflexos do investimento aparecem na forma diferenciada de operar no SUS, superando formas tradicionais e retrocessas de funcionamento, agregando ao trabalho diversidade, criatividade e resolutividade na reorganização da atenção à saúde. Ceccim e Feuerwerker (2004), por fim, defendem mudanças na graduação das profissões de saúde, com vistas à promoção da integralidade. Para os autores, para atuar no Matriciamento é necessário desenvolver uma compreensão ampliada da saúde, baseada em uma atuação multiprofissional

e interdisciplinar que garanta a inovação das práticas de atenção à saúde e que veja os usuários enquanto sujeitos de direitos e do seu cuidado.

Finalmente, os dois grupos concordam igualmente que percebem os dois outros tipos de problemas (Dificuldades impostas pelas condições de trabalho/pela desinformação da população/familiares acerca das ações do Matriciamento e Visão negativa do Matriciamento e limitada, da família, sobre como deve ser feito o tratamento das pessoas com transtorno mental) como desafios para o Matriciamento. Ou seja, tanto os que já receberam treinamento, como os que nunca fizeram, entendem que o modo como a família lida com esse novo arranjo de cuidado da pessoa com transtorno mental é um grande empecilho ao Matriciamento.

#### **4.1.9 Diferenças de percepção dos profissionais, no que diz respeito aos avanços e desafios, em função da formação profissional**

Para investigar o efeito do tipo de formação profissional sobre os avanços e desafios do Matriciamento, foi empregada a ANOVA *one way*, seguida do teste *post hoc* de *Tukey* ou de *Tamhane* para identificar onde as diferenças se localizariam (a depender se as variâncias dos grupos fossem homogêneas ou não). Além disso, foi calculado o *eta* ao quadrado ( $\eta^2$ ) que, como já foi dito, varia de 0 a 1 e pode ser interpretado com porcentagem de variância, por exemplo, um  $\eta^2$  de 0,10 significa que 10% da variância total pode ser explicada pela associação ao grupo.

Observou-se um efeito da formação profissional sobre as duas dimensões de avanços: “Aumento da resolutividade/Ampliação do acesso, das ações/formas de cuidado e de conhecimentos” [ $F_{(9, 353)} = 2,015$ ;  $p \leq 0,05$ ;  $\eta^2 = 0,05$ ] e “Mudanças positivas de paradigmas culturais” [ $F_{(9, 353)} = 2,448$ ;  $p \leq 0,01$ ;  $\eta^2 = 0,06$ ]. Os tamanhos de efeito observados são moderados, de acordo com Cohen (1988). Pode-se interpretar que 5% e 6%, respectivamente, das variâncias observadas nas duas dimensões de avanços podem ser explicadas em função de pertencer a um grupo de formação profissional. A Tabela 19 apresenta as Médias, DP e IC das dimensões de Avanços por categoria de formação profissional.

Tabela 19 - Médias, DP e IC das dimensões de Avanços por categoria de formação profissional

<b>Dimensão - Avanços</b>	<b>Formação</b>	<b>n</b>	<b>Média</b>	<b>DP</b>	<b>IC</b>
	Enfermagem	101	4,38	0,75	4,24-4,53
	Medicina	10	4,23	0,96	3,55-4,92
	Assistência Social	25	4,04	0,91	3,66-4,41
Aumento da resolutividade/Ampliação	Odontologia	11	4,76	0,30	4,55-4,96

do acesso, das ações/formas de cuidado e de conhecimentos	Psicologia	17	3,90	1,01	3,38-4,42
	Educação	5	4,77	0,36	4,32-5,21
	Física				
	Fisioterapia	4	4,62	0,67	3,55-5,68
	Nutrição	3	5,00	0,0	5,00-5,00
	Outra	40	4,19	1,00	3,87-4,51
	Sem formação superior	138	4,21	0,76	4,08-4,34
Mudanças positivas de paradigmas culturais	Enfermagem	101	4,30	0,72	4,16-4,45
	Medicina	10	4,30	0,71	3,79-4,80
	Assistência Social	25	3,93	1,00	3,52-4,35
	Odontologia	11	4,79	0,30	4,58-4,99
	Psicologia	17	4,03	0,98	3,53-4,54
	Educação	5	4,32	0,88	3,23-5,41
	Física				
	Fisioterapia	4	4,55	0,44	3,84-5,26
	Nutrição	3	4,60	0,69	2,88-6,32
	Outra	40	4,05	0,82	3,78-4,31
	Sem formação superior	138	4,02	0,72	3,89-4,14

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados da Escala de Percepção de Avanços e Desafios no Trabalho de Matriciamento.

Como é possível observar na Tabela 19, no que diz respeito à percepção de “Aumento da resolutividade/Ampliação do acesso, das ações/formas de cuidado e de conhecimentos” e “Mudanças positivas de paradigmas culturais”, todas as categorias profissionais avaliaram, em linhas gerais, de forma favorável essas dimensões, haja vista que todos os IC estão estritamente acima do ponto médio da escala (3,0). No entanto, algumas categorias diferem significativamente de outras quanto a essa avaliação. Merece menção o fato de as categorias formada por “médicos” “Assistentes Sociais”, “Enfermeiros” e “Psicólogos” diferirem em termos de média das demais formações nessas dimensões. Em quase todas as dimensões de avanço, essas quatro categorias foram as que apresentaram médias mais baixas, o que significa que esses quatro grupos profissionais tenderam a perceber menos avanços proporcionados pelo Matriciamento do que todas as demais formações, ainda que como já foi dito, também tenham percebido tais avanços. Esse resultado é de certa maneira inesperado porque esses são os profissionais cujas formações envolvem o aprendizado do atendimento aos problemas de saúde mental da população. Talvez, por estarem tão implicados no processo de Matriciamento, esses profissionais sejam os mais críticos na percepção de seus avanços, quando comparam a teoria à prática.

Da mesma forma, observou-se um efeito da formação profissional sobre as quatro dimensões de desafios: “Problema de gestão” [ $F_{(9, 353)} = 2,009$ ;  $p \leq 0,05$ ;  $\eta^2 = 0,05$ ) e “Problema com as atitudes e comprometimento dos profissionais” [ $F_{(9, 353)} = 1,918$ ;  $p \leq 0,05$ ;  $\eta^2 = 0,05$ ),

“Deficiência na formação profissional/em investimento em educação” [ $F_{(9, 353)} = 2,928$ ;  $p \leq 0,01$ ;  $\eta^2 = 0,07$ ) e “Dificuldades impostas pelas condições de trabalho/pela desinformação da população/familiares acerca das ações do Matriciamento” [ $F_{(9, 353)} = 2,312$ ;  $p \leq 0,05$ ;  $\eta^2 = 0,06$ ]. Além disso, foi observada uma tendência de efeito do tipo de formação profissional sobre a dimensão “Visão negativa do Matriciamento e limitada sobre como deve ser feito o tratamento das pessoas com transtorno mental” [ $F_{(9, 353)} = 1,668$ ;  $p = 0,09$ ]. Mais uma vez, os tamanhos de efeito observados são moderados, de acordo com Cohen (1988). Portanto, 5%, 5%, 7% e 6%, respectivamente, das variâncias observadas nas quatro dimensões de desafios podem ser explicadas em função de pertencer a um grupo de formação profissional.

A Tabela 20 apresenta as Médias, DP e IC das dimensões de Desafios por categoria de formação profissional.

Tabela 20 - Médias, DP e IC das dimensões de Desafios por categoria de formação profissional

Dimensão - Desafios	Formação	n	Média	DP	IC
Problema de gestão	Enfermagem	101	3,47	1,06	3,26-3,68
	Medicina	10	3,46	1,48	2,40-4,51
	Assistência Social	25	3,28	1,25	2,76-3,80
	Odontologia	11	3,22	1,54	2,19-4,25
	Psicologia	17	3,90	0,86	3,46-4,34
	Administração	2	4,17	0,96	2,98-5,36
	Educação Física	5	3,78	1,53	1,35-6,22
	Fisioterapia	4	4,86	0,24	4,24-5,47
	Nutrição	3	3,17	1,08	2,83-3,52
	Outra	38	3,21	1,05	3,04-3,39
	Sem formação superior	138	3,47	1,06	3,26-3,68
Problema com as atitudes e comprometimento dos profissionais	Enfermagem	101	2,96	1,08	2,75-3,17
	Medicina	10	3,24	1,18	2,40-4,08
	Assistência Social	25	3,13	0,91	2,76-3,51
	Odontologia	11	2,99	0,91	2,38-3,60
	Psicologia	17	3,31	0,97	2,81-3,81
	Educação Física	5	3,62	0,91	2,48-4,76
	Fisioterapia	4	2,95	1,28	0,92-4,98

Deficiência na formação profissional/em investimento em educação	Nutrição	3	4,43	0,60	3,94-5,93	
	Outra	40	2,88	0,97	2,57-3,19	
	Sem formação superior	138	2,77	0,97	2,61-2,93	
	Enfermagem	101	3,56	1,14	3,34-3,79	
	Medicina	10	3,44	1,48	2,38-4,50	
	Assistência Social	25	3,27	1,18	2,78-3,76	
	Odontologia	11	3,18	1,41	2,23-4,13	
	Psicologia	17	3,72	1,22	3,09-4,35	
	Educação Física	5	3,88	0,95	2,69-5,06	
	Fisioterapia	4	3,85	0,98	2,28-5,42	
	Nutrição	3	4,73	0,46	3,59-5,88	
	Outra	40	2,81	1,12	2,46-3,17	
	Sem formação superior	138	3,10	1,08	2,92-3,29	
	Dificuldades impostas pelas condições de trabalho/pela desinformação da população/familiares acerca das ações do Matriciamento	Enfermagem	101	3,65	0,92	3,46-3,83
Medicina		10	3,42	1,26	2,52-4,32	
Assistência Social		25	3,88	1,08	3,43-4,32	
Odontologia		11	3,68	1,11	2,93-4,42	
Psicologia		17	3,86	0,94	3,37-4,34	
Educação Física		5	4,12	0,94	2,95-5,29	
Fisioterapia		4	4,25	0,77	3,02-5,48	
Nutrição		3	4,87	0,23	4,29-5,44	
Outra		40	3,24	0,96	2,93-3,55	
Sem formação superior		138	3,43	1,00	3,23-3,60	
Visão negativa do Matriciamento e limitada sobre como deve ser feito o tratamento das pessoas com transtorno mental		Enfermagem	101	3,73	1,15	3,14-3,60
		Medicina	10	3,30	1,35	2,34-4,26
		Assistência Social	25	3,56	1,26	3,04-4,08
		Odontologia	11	4,00	1,09	3,26-4,74
	Psicologia	17	3,90	1,37	3,20-4,60	
	Educação Física	5	3,47	1,28	1,87-5,06	
	Fisioterapia	4	3,67	1,44	1,38-5,95	

Nutrição	3	5,00	0,00	5,00-5,00
Outra	40	3,34	1,000	3,02-3,66
Sem formação superior	138	3,27	1,10	3,08-3,45

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados da Escala de Percepção de Avanços e Desafios no Trabalho de Matriciamento.

Como é possível observar, no que concerne à percepção de “Problemas de gestão”, os grupos de formação profissional variaram bastante em suas médias, sendo que nas formações em Enfermagem, Psicologia, Fisioterapia, Com Outra formação em nível superior ou Sem formação de nível superior, os IC estiveram acima do ponto médio da escala (3,0), o que significa que profissionais com essas formações foram os que mais concordaram que existe esse tipo de desafio relativo ao desenvolvimento do trabalho de Matriciamento. Nas demais formações, as respostas não são tão homogêneas, variando entre o não concordo e o concordo muito. Ou seja, nas demais categorias profissionais, há pessoas que acham que a gestão representa um desafio ao Matriciamento, enquanto que outros não têm queixas em relação à gestão.

Já no que diz respeito à percepção de “Problemas com as atitudes e comprometimento dos profissionais”, com exceção da formação em Nutrição, que tendeu a concordar que existe esse tipo de problema em seu ambiente de trabalho, os profissionais de todas as demais formações mantiveram indecisos, ou seja, variando de um pouco abaixo ou um pouco acima do ponto médio da escala, ainda que o IC das formações em Medicina, Educação Física, Fisioterapia e Nutrição tenha tido bastante amplitude, o que denota, que alguns profissionais dessas formações tenderam a concordar que existe esse desafio imposto pelo Matriciamento e outros não. O teste *post hoc* de *Tamhane* não foi capaz de indicar precisamente onde essas diferenças significativas se localizaram, mas é possível observar, que os profissionais formados em Nutrição foram os que apresentaram as médias mais altas, seguidos dos profissionais de Medicina e Psicologia.

Com relação à percepção de “Deficiências na formação profissional/ investimento em educação”, apenas os profissionais formados em Psicologia, Enfermagem e Nutrição tenderam a concordar que existe esse problema que afeta o processo de Matriciamento, o que significa que essas são as categorias profissionais que são mais críticos no que diz respeito à necessidade de formação ou capacitação de todos os profissionais. Os profissionais formados em Outras profissões ou os que não tem formação em nível superior tenderam a ficar indecisos quanto a esse aspecto, e as demais formações variaram entre os pontos que denotam indecisão e

concordância extrema com a existência desse problema. O teste *post hoc* de *Tukey* indicou que as diferenças significativas estão entre os cursos de Enfermagem, Nutrição, Enfermagem e Outra formação.

Por outro lado, no que diz respeito à percepção de “Dificuldades impostas pelas condições de trabalho/pela desinformação da população/famíliares acerca das ações do Matriciamento”, os IC de seis categorias profissionais ficaram acima do ponto médio da escala (Enfermagem, Assistência Social, Psicologia, Fisioterapia, Nutrição e pessoas sem formação superior), o que significa que os profissionais formados nesses cursos ou os que não têm formação tenderam a concordar que vivenciam esse problema no processo de Matriciamento. Vale notar que a categoria de médicos foi a que apresentou médias mais baixas nessa dimensão denotando que são os profissionais que menor vivenciam dificuldades decorrentes das condições de trabalho. As demais formações também variaram entre os pontos que denotam indecisão e concordância com a existência desse problema. O teste *post hoc* de *Tamhane* indicou que as diferenças significativas estão entre os cursos de Nutrição, que diferiu significativamente dos profissionais que tem alguma outra formação de nível superior (para além daqueles categorizadas neste estudo) e também dos profissionais sem formação em nível superior.

Por fim, com relação à percepção de que predomina uma “Visão negativa do Matriciamento e limitada sobre como deve ser feito o tratamento das pessoas com transtorno mental”, tanto no ambiente profissional quanto nas famílias das pessoas com esse tipo de transtorno, os profissionais de sete tipos de formação concordam muito que esse seja um problema existente no processo de Matriciamento (Enfermagem, Assistência Social, Odontologia, Psicologia, Nutrição, Outra formação e Sem formação em nível superior). As três profissões restantes apresentam uma grande amplitude no IC, com profissionais discordando, ficando indecisos e concordando com a existência deste tipo de problema (Medicina, Educação Física e Fisioterapia). Como não houve efeito significativo da categoria profissional sobre essa dimensão de desafios, não foi possível realizar o teste *pos hoc* para identificar onde estaria localizada a diferença de grupo.

Assim, em linhas gerais, chama a atenção os escores médios mais baixos dos médicos que participaram do estudo no que diz respeito à avaliação dos desafios relativos às dificuldades impostas pelas condições de trabalho, pela desinformação da população/famíliares acerca das ações do Matriciamento e a visão negativa do Matriciamento e limitada sobre como deve ser feito o tratamento das pessoas com transtorno mental. Ao que tudo indica, esses profissionais tem encontrado menos barreiras advindas das posturas dos familiares, das condições de trabalho



e de visões preconceituosas sobre o apoio matricial, para atuar em seus territórios. Por outro lado, quando se considera aspectos da formação dos profissionais e da postura da gestão frente ao Matriciamento, quase a totalidade de cursos envolvidos tendem a concordar que esses sejam problemas vivenciados, ainda que haja algumas pequenas diferenças entre as médias.

#### **4.2 Momento Qualitativo – adentrando o território através das Oficinas Preparatórias para o Apoio Matricial**

A proposta de implementar Oficinas de Educação Permanente/Preparatórias para o Matriciamento ou Apoio Matricial adveio das experiências da pesquisadora antes, durante e após o Mestrado em Estado e Sociedade (UFSB), enquanto sanitarista, profissional de Saúde Mental, psicóloga militante da Luta Antimanicomial atuante no território de pesquisa - a Região de Saúde Porto Seguro/Região Extremo - Sul do Estado da Bahia, como forma de contribuir de modo factível com seu território de pertença. Os desafios recentes vivenciados pelos retrocessos na política Pública de Saúde Mental no Brasil, impactaram negativamente a região de estudo, com a exclusão ou redução de equipes de NASF (NASF- AB) e mudanças nos seus modos de trabalho, que passaram a atender também, metas moldadas no modelo clínico médico-centrado (Rede APS, 2019), reduzindo as ações compartilhadas, da Clínica Ampliada e possibilidades de implementação do Apoio Matricial.

Estas interações da pesquisadora, principalmente através de ações extensionistas na sua prática docente, pesquisas e atuação Movimento da Luta Antimanicomial, estreitaram-lhe os vínculos junto ao território, apontando inquietações de cidadãos/ãs e trabalhadores/as das políticas públicas de Atenção Básica em Saúde e principalmente, da Saúde Mental. Essas inquietações giravam em torno das dificuldades encontradas para implementar ações antimanicomiais mais efetivas, produtoras de saúde integral, no território, tal como preconizado pelo SUS e enunciado nos escritos de Campos (1999), Franco (2018), Camargo Jr. (2003), Ceccim e Feuerwerker (2004), Ceccim e Pinto (2007), Reis (2020; 2021), Lima e Dimenstein (2016), dentre outros autores, e de resolutividade neste âmbito nos municípios.

Frente a este desafio, a realização de oficinas semelhantes à elaborada e aplicada pela pesquisadora e equipes de SM, AB e intersector no período de 2013- 2016, por ocasião da implementação do *Projeto Percursos Formativos da RAPS/Projeto Engrenagens da educação Permanente (PPF-RAPS/ PEEP) - Linha de cuidado: Saúde Mental na Atenção Básica* (Prefeitura de Eunápolis, 2015), no município de Eunápolis, demonstrou poder ser uma possibilidade promissora. Pretendia-se, assim, principiar um caminho laborioso de trocas para

apoiar as comunidades locais, construindo mutuamente, através desta técnica fundamentada na pesquisa – Ação/pesquisa participante, reflexões críticas sobre práticas de cuidado, questionando paradigmas, saberes e fazeres relacionados à Saúde Mental local, a fim de alcançar as subjetividades e coletividades dos trabalhadores participantes, implicadas neste cuidar.

Ao total, realizaram-se nove oficinas, sendo duas delas no Município 2, a pedido das Apoiadoras Técnicas da SESAB, visto o grande número de trabalhadores da AB e SM, bem como maior extensão e complexidade do município, habitado também por população indígena. As oficinas ocorreram conforme agendamento de cada município, mediado pela SESAB, no período de 18 de novembro de 2022 a 12 de abril de 2023 (Tabela 21), obedecendo as considerações éticas desta pesquisa. A Tabela 21 apresenta as informações em termos de número de Oficinas e de participantes por setor e por município e suas datas de aplicação.

Tabela 21 - Número de oficinas de Educação Permanente/Preparatórias para o Matriciamento ou Apoio Matricial, total de participantes por setor e por município

Município	Quantidade de oficinas	Total de participantes/setor		Total de participantes/município	Data da aplicação da oficina
		AB	SM		
M8	01	28	05	33	18/11/2022
M4	01	44	-	44	07/12/2022
M6	01	23	03	26	13/12/2022
M2	02	26	04	30	31/01/2023
		25	02	27	02/02/2023
M5	01	17	-	17	23/02/2023
M7	01	82	05	87	27/02/2023
M3	01	39	02	41	03/03/2023
M1	01	34	06	40	12/04/2023
<b>TOTAIS</b>	09	317	27	345	-

Fonte: Elaborado pela autora com base nas listas de presença das Oficinas realizadas.

A partir da Tabela 21, constata-se o total de 345 participantes e nota-se que o Município 7, apesar de ser um município com menor número de trabalhadores da SM e AB em relação a outros municípios, apresentou o maior quantitativo de participantes nas Oficinas, demonstrando maior engajamento da gestão para proporcionar esta oportunidade de trocas. É importante citar que o Município 4 e o Município 5 não possuem serviços de SM implantados – não tem CAPS – denotando que a assistência em Saúde Mental realmente é implementada por ações dos profissionais da Atenção Básica.

Durante o período de implementação das Oficinas, houve o enfrentamento de inúmeras situações adversas por parte da pesquisadora, tais como greve de trabalhadores da Saúde, enchentes catastróficas e volta de casos de COVID-19, acometendo tanto a população, como a

muitos profissionais de Saúde ao final de 2022, o que se repetiu semelhantemente no primeiro semestre do ano de 2023. Tais situações ocasionaram adiamentos e remarcações repetidas das datas das Oficinas, levando ao atraso do processo de coleta de dados (já que alguns trabalhadores ainda não haviam preenchido os instrumentos da pesquisa e eles eram aplicados antes das Oficinas) e da realização da própria Oficina. Por fim, as datas foram acordadas e cumpridas em cada município conforme a disponibilidade e esforço de cada um. Os dados das Oficinas foram registrados com base na observação participante da pesquisadora, em seu “Diário de Bordo” (Caderno separado para anotações) e foram analisados de forma crítica após a descrição de cada uma. Segue-se agora a descrição geral das fases da Oficina de Educação Permanente/Preparatória para o Matriciamento.

#### **4.2.1 Descrevendo o percurso da implementação das oficinas sob a ótica do pesquisador**

Com as datas agendadas, a pesquisadora preparava antecipadamente todo o material necessário para realização das Oficinas nos municípios, que a pedido da pesquisadora, cortesmente se responsabilizaram em providenciar o local físico coberto para proteção contra chuva e sol, cadeiras, Datashow, microfone, caixa de som, algum material de escritório e uma garrafa de café/água. Destaca-se que em alguns dos municípios havia carência de material de escritório, sendo este provido em boa parte pela própria pesquisadora, que viajou sempre na véspera das oficinas, chegando antecipadamente ao local, para prepará-lo e evitar atrasos na programação. Notou-se que os recursos tecnológicos por vezes apresentaram dificuldades no funcionamento, mas foram sanados em tempo oportuno. Como descrito por Treichel, Onocko Campos e Campos (2019) e Reis (2021), os obstáculos decorrentes da carência de recursos estão presentes no processo de implementação do Apoio Matricial. Assim sendo, houve atrasos no início das oficinas, porém, sem prejuízos ao cumprimento de seu conteúdo. Após a estrutura em funcionamento, bem como o preenchimento do TCLE/Questionário por uma minoria que não havia preenchido antes, a pesquisadora iniciou a oficina em cada município, dividida em oito fases, as quais:

**FASE 1 – Dinâmica de Abertura (“Crachá” com nome, identidade, potencialidades e desafios)** - Ao chegar, além de assinar uma lista de presença, cada participante respondeu no “Diário de Bordo” a seguinte solicitação: “Com apenas uma palavra, fale qual sua expectativa para a oficina”. Em seguida, recebeu três crachás pendurados em um cordão, em cores diferentes – Amarelo, Rosa e Azul – para os quais deveriam aguardar instruções. Em seguida,

após a apresentação da pesquisa pela pesquisadora, que nesse relato será tratada também como facilitadora, deu-se um tempo para preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o questionário *on line*, para aqueles que ainda não o tinham feito. Em seguida, a pesquisadora realizou a dinâmica de integração com dança e a canção/letra de sua composição:

“Eu preciso de você  
Você também precisa de mim  
Eu tenho o que você não tem  
Você tem algo que eu não tenho  
Juntos somos como ninguém”

Na sequência, realizou-se também uma explanação sobre Território, sob a ótica do geógrafo Milton Santos, compreendendo-se o significado dinâmico deste, para além do sentido geográfico e sua ligação com a identidade e a pertença de cada um. Logo após, foi exibido o vídeo *A canção dos homens*<sup>22</sup>, com o texto de Tolba Phanem, que aborda a história de uma tribo na África em que desde a gestação dos filhos, as mulheres meditavam em busca da canção daquela criança, e após o aparecimento desta canção, retornavam e passavam a cantá-la em todos os momentos importantes e também reprováveis da vida daquela pessoa, para que ela relembresse sempre da sua verdadeira identidade, mesmo quando estivesse em situações aberrantes. Em seguida, a pesquisadora solicitou que preenchessem inicialmente o nome no crachá amarelo, e em seu verso, uma característica pessoal positiva e marcante de si mesmo e que logo após, andassem pelo espaço, olhando o crachá amarelo uns dos outros, e as palavras positivas que caracterizavam cada pessoa. Depois, solicitou-se que cada um ficasse de pé, em círculo, pegassem o crachá amarelo e dissessem com vigor o seu nome e a palavra escrita no verso, como se fosse a sua “canção”. Em seguida, pediu-se que individualmente, pensando neste território de pertença, no qual passam tempo significativo de suas vidas trabalhando, pensassem nas potencialidades e nos desafios que este território apresenta. No crachá azul, deveriam ser escritos os desafios e no rosa, as potencialidades. Após isto, solicitou-se que os presentes caminhassem pelo espaço e lessem os crachás azuis e rosas dos colegas, falando brevemente sobre o assunto uns com os outros. Depois, voluntariamente, cada pessoa deveria comentar sobre o que escreveu e em seguida colar em uma cartolina disposta, todos os crachás azuis, com os desafios, e em outra cartolina, os crachás rosas, com as potencialidades do território.

---

22 Texto disponível em @s.escritorascostadescobrimto no Link: <https://www.instagram.com/p/Cx1tsniLAts/>  
OBS.: Todos os vídeos, música, filme e similares utilizados na oficina, fazem parte do acervo particular da pesquisadora.

Terminada a colagem, a facilitadora leu todos os desafios e em seguida, as potencialidades, perguntando inicialmente se os profissionais estavam articulando na prática, as potencialidades aos desafios encontrados nos territórios. Solicitou-se aos participantes que dialogassem sobre de que modo estas potencialidades poderiam ser exploradas como soluções para estes desafios.

**FASE 2 – Saúde Coletiva; Saúde Pública Tradicional e Saúde Pública Moderna, Matriciamento** – Nesta fase, os participantes assistiram e dialogaram sobre o vídeo de *Abertura do ano letivo da ENSP-2014 - Jairnilson Paim- Melhores-momentos*, da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), no qual ele discorre brevemente sobre a Reforma Sanitária, a Saúde Coletiva e a importância de Sérgio Arouca. Após o vídeo, foi feita uma explanação pela facilitadora sobre Saúde Coletiva, Saúde Pública Tradicional e Saúde Pública Moderna, diferenciando-as, abordando a visão de trabalho em rede e de cuidado compartilhado, corresponsabilizado proposto pelo Sistema Único de Saúde (SUS), para uniformizar os conhecimentos e tirar dúvidas dos profissionais presentes, sempre estimulando a participação e o diálogo entre os presentes. Foi destacada a importância da singularidade e da integralidade dos sujeitos no cuidado entre equipes na visão da Saúde Coletiva, colocando a música da banda Titãs denominada “Comida”, para reflexões sobre o direito à vida, aos afetos, aos sentimentos, à livre expressão, a ter opinião própria, ao desejo, à liberdade de todo cidadão, participar do seu cuidado, além dos direitos básicos de alimentação, moradia, dentre outros. Também foi feita a leitura da poesia da adolescente Graziela Souza Barreto, “Perdi a minha alma”<sup>23</sup>, da antologia poética *Poesias Antimanicomiais – Desaprisionando almas e paradigmas* (Reis, 2023), para sensibilização e reflexão sobre a medicalização em excesso, dialogando-se sobre a medicalização, a empatia e a humanização do cuidado compartilhado. Foi abordado sobre o Matriciamento ou Apoio Matricial, de forma introdutória e resumida.

**FASE 3 – Vídeo da História da Desinstitucionalização e Luta Antimanicomial** – Foi exibido o vídeo realizado por Brasil de Fato, intitulado *Luta Antimanicomial o que é e qual o cenário atual do Brasil*, que faz um resumo histórico deste percurso, contendo trechos do documentário *Holocausto Brasileiro*, de Daniela Arbex. Depois, o vídeo *Loucos*, do grupo Porta dos Fundos, que aborda em estilo crítico e bem-humorado a questão dos diagnósticos e estigmas/estereótipos do louco. A partir destes estímulos videográficos, a facilitadora partilhou sua vivência pessoal (APÊNDICE J) de absorção de preconceitos em relação às pessoas loucas

---

<sup>23</sup> Disponível em @s.escritorascostadescobrimto. Link: <https://www.instagram.com/p/Cx1sxL7rK0K/>

e sua mudança de paradigmas. Propôs em seguida, o debate e reflexões sobre a cultura estruturalmente psicofóbica que permeia as subjetividades e coletividades nos territórios. Após esta fase, foi dado um intervalo aos participantes.

**FASE 4 – Filme “*Si puó Fare*” – “Dá para Fazer”** – Exibido o filme italiano “*Si puó Fare*”<sup>24</sup>, (tradução: Dá Pra Fazer), de 2008, dirigido por Giulio Manfredonia, que retrata a história de um sindicalista demitido, que passa a ser diretor de uma cooperativa constituída por ex-internos de um hospital psiquiátrico. O filme retrata a realidade preconceituosa e estigmatizante em relação às pessoas com transtornos mentais, vistas como improdutivas para o sistema e os desafios das ações antimanicomiais, na tentativa de conquistar a autonomia, baseadas nos princípios da Economia Solidária e no movimento da Reforma Psiquiátrica italiana. Após o filme, os participantes tiveram o intervalo do almoço, sendo orientados a refletirem sobre a experiência e suas crenças em relação aos acontecimentos e assuntos propostos pelo filme.

**FASE 5 – Reflexão compartilhada sobre Vídeos e Filme** – Nesta fase foram realizadas escutas, diálogos e reflexões sobre os conteúdos dos vídeos e filme das fases 3 e 4, enfocando a vida cotidiana e caminhos formativos dos participantes, aquilo que se aprendeu na cultura e nas instituições de ensino, em contraposição ao cuidado psicossocial no território, as subjetividades dos usuários da Saúde Mental e seus direitos afetivos, à cidadania e à vida em liberdade. Também foram feitas reflexões sobre as formas de pensar e fazer no trabalho com pessoas com sofrimento psíquico e transtornos mentais. Foi abordada a questão hospitalocêntrica e “médico-centrada” do cuidado e da importância do cuidado compartilhado.

**FASE 6 – Vídeo “*Crack !?*” e a Dinâmica do “Zé” (uso de Álcool e outras drogas)** – Exibido o vídeo *Crack!?* (parceria da FIOCRUZ, Ministério da Saúde e Caminhos do cuidado), abriu-se então o espaço para diálogo sobre conceito e estigmas sobre drogas, drogas lícitas e ilícitas, drogas na humanidade e estereótipos sociais/culturais acerca de quem as utiliza. Depois do debate, realizou-se a “Dinâmica do Zé”, na qual foi inicialmente colocado no chão, no centro da roda de participantes, o desenho de uma personagem denominada “Zé” e feita sua apresentação: “Este é Zé e ele faz uso problemático de álcool e outras drogas”. Após esta apresentação, foi solicitado que cada participante pensasse em um “Zé”, ou “Maria”, que fizesse parte do seu território. Em seguida, foi pedido que respondessem em pedaços de papel

---

<sup>24</sup> Disponível gratuitamente no Youtube. Link: [https://www.youtube.com/watch?v=x7rV\\_\\_SKuL0](https://www.youtube.com/watch?v=x7rV__SKuL0)

previamente distribuídos, a seguinte questão: “Escreva em uma palavra: o que lhe vem à cabeça quando você pensa em Zé?”. Após escrito, cada um deveria colocar os papéis no chão, ao redor do desenho de “Zé”. Depois que todos os participantes colocaram pelo menos um papel escrito, a facilitadora leu os atributos e pensamentos sobre “Zé”. A partir do que estava escrito, foi retomada a abordagem sobre a identidade de “Zé”, a “canção de Zé” e o território de pertença de “Zé”. Logo após, foi feita a pergunta: “Se queremos que Zé recupere a identidade, a autoestima positiva, o sentido pessoal para viver, como vamos contribuir, se esta é a “canção” que cantamos diária e repetidamente para ele?”. Depois desta reflexão, a facilitadora desloca o desenho de “Zé” para dentro de uma caixa com tampa, próxima a ele, na qual estavam escritas as iniciais de Hospital Psiquiátrico (HP) e Comunidade terapêutica (CT), perguntando aos participantes do que se tratava aquele lugar presente no território. Após as repostas, a facilitadora perguntou se aqueles lugares correspondiam ao mundo real de “Zé” e se ele iria ficar ali por toda a vida. Com a resposta negativa, “Zé” foi trazido de volta para sua comunidade, território ali simbolizados, com as palavras, pensamentos concepções atribuídos a ele. Foi então perguntado: “Aqui onde Zé está é o mundo real dele. O que vocês acham que vai acontecer com Zé algum tempo depois? O território de pertença de Zé mudou?”. Com a resposta negativa, a facilitadora partilhou sua experiência com instituições totais, como Comunidades Terapêuticas e Hospital Psiquiátrico. Voltou-se a abordar o território e a importância do cuidado na comunidade para que sejam transformados os paradigmas em relação a “Zé” afim de que ele possa ser apoiado. Foram retomadas as reflexões sobre as potencialidades do território, com a seguinte tarefa: “Agora escreva no papel que potencialidade você identificou no seu território, a qual pode contribuir para apoiar Zé a recuperar sua “canção”. Ao redor dos atributos de “Zé”, foram então colocados os papéis escritos com as ações e potencialidades do território identificadas. Houve também a partilha de experiência da pesquisadora com casos de tentativa de suicídio e de suicídio, decorrentes em parte da perda gradual da identidade, enfatizando a importância da escuta, da proximidade de familiares e de uma rede de apoio.

**FASE 7 – Roda de compartilhamento (Comentando a experiência)** – Nesta fase, os participantes dialogaram sobre as experiências do vídeo e dinâmica da Fase 6, onde a pesquisadora pontuou questões subjetivas e coletivas ao processo de cuidado de pessoas que fazem uso problemático de álcool e outras drogas. Foi abordada a questão essencial do trabalho em rede, da Clínica Ampliada e do cuidado compartilhado e corresponsabilizado no processo de apoio a essas pessoas.

**FASE 8 - Referências e exemplos de ações nos territórios** – Foi feita a explanação pela facilitadora sobre o Matriciamento ou Apoio Matricial, conceitos importantes, relevância, fundamentação documental e nos princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Foi partilhada a experiência exitosa vivenciada em município da Região, no período de 2013 – 2016, através da descrição das ações e resultados do Projeto do Ministério da Saúde *Percursos Formativos da RAPS/ Projeto Engrenagens da Educação Permanente (Linha de cuidado – Saúde Mental na Atenção Básica)*, bem como os desafios e avanços alcançados com a implementação do projeto e seus atores – usuários, profissionais da Saúde Mental e Atenção Básica. Foram partilhadas falas dos participantes do projeto, com base nos resultados de pesquisa de Mestrado da facilitadora, abrindo-se para dúvidas diálogos e questionamentos dos participantes. Foi melhor detalhado o Matriciamento e partilhadas modalidades de ações matriciais, exemplificadas pela experiência exitosa, com imagens das ações e simulada uma situação mediante a partilha de casos que surgiram ao longo da oficina.

Ao final, foi feito um círculo de integração, com todos de pé, abraçados, sendo solicitado que cada um falasse em uma palavra o que estava levando da experiência da Oficina. Solicitou-se que, antes de irem embora, escrevessem no “Diário de Bordo” esta palavra. Em seguida retomou-se o tema da “canção” e foi lançado o desafio: “Se unirem cada uma de suas canções para produzir saúde mental no território, imaginem como será?!”. Foi pedido que cada um falasse novamente com força, a palavra que simbolizava sua canção. Deste modo, finalizou-se a oficina em roda, em um abraço coletivo, circular, abordando-se a importância da união e da unidade das equipes para produzirem saúde mental/integral no território, bem como de multiplicarem os saberes partilhados na oficina. Fechou-se a atividade afirmando-se que haverá muitos desafios, mas que aos estar juntos, conseguir-se-ia persistir e encontrar caminhos, cantando a canção que diz:

“Nesse balanço, nesse balanço, nesse balanço com você eu não me canso  
Nesse balanço, nesse balanço, nesse balanço com você eu não me canso  
Balança pra lá, balança pra cá, nesse balanço eu vou até o sol raiar  
Balança pra lá, balança pra cá, nesse balanço eu vou até o sol raiar  
Tô balançando, mas não vou cair, mas não vou cair, mas não vou cair  
Tô balançando, mas não vou cair, mas não vou cair, mas não vou cair”.

Ressalta-se que a vivência pessoal partilhada pela pesquisadora na Fase 2 (APÊNDICE J) e a leitura da poesia na Fase 3 da oficina foram recursos didáticos vivenciais que emergiram espontaneamente nas interações da primeira oficina, no Município 8, e foram mantidas nas





A pesquisadora instalou-se em uma pousada na cidade no dia 17 de novembro de 2022, para realizar no dia seguinte, 18 de novembro, a primeira oficina desta etapa da pesquisa de campo. A oficina ocorreu em uma sala ampla em uma política pública, de localização central, com um total de 33 (trinta e três) participantes. Percebeu-se a presença predominante dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS- AB), em um clima informal, animado e bem-humorado. Também estavam presentes alguns gestores, as coordenadoras da SM e AB, as quais providenciaram a estrutura necessária para a atividade. Surgiram na primeira hora, problemas de som e vídeo, que após sanados, iniciaram-se as atividades.

Após a fase inicial, que “aqueceu” os presentes, os trabalhadores demonstraram curiosidade e surpresa a cada fase subsequente da oficina. Sobre os conhecimentos acerca do sentido dinâmico do território, demonstraram compreensão sobre as questões da Identidade e do vínculo que cada pessoa tem com o seu lugar de pertença. Um dos participantes ACS pronunciou que “o território é a nossa casa. Nossa e dos usuários que a gente cuida” (sic). Outro destaque foi para o fato de muitos se manifestarem dizendo lembrar do tempo em que não havia SUS, recordando que “era pior do que hoje” (sic), como dito por uma das ACS presentes.

No momento de reflexão sobre a música “Comida” (Titãs), a maior parte dos profissionais se levantou para dançar, puxando uns aos outros para o centro e a pesquisadora acompanhou no ritmo a alegria. A princípio não entenderam a relação da música com os aspectos da Saúde Coletiva, porém, a facilitadora através das perguntas “o que esperamos da vida? Apenas comer, vestir, morar e dormir? Estas ‘coisas a mais’, são apenas para nós, que nos dizemos ‘normais’, ou é direito de todos?”, estimulou o diálogo para o assunto abordado sobre o direito à Saúde, o direito à autonomia, o respeito às singularidades de cada um, o direito à qualidade de vida integral. A maior parte dos participantes da oficina revelaram ser impactados ao verem o vídeo sobre História da Desinstitucionalização e Luta Antimanicomial. Houve manifestação de uma profissional, que disse ser contra os manicômios e que não entendia porque cuidavam assim das pessoas. Porém, na dinâmica do “Zé”, houve um dos ACS que se levantou contrário, defendendo as Comunidades Terapêuticas (CT), alegando ser contrário ao uso de drogas ilícitas que é incentivado pela redução de danos, bem como defendendo os religiosos que atuam nas “casas de recuperação” (CTs). A pesquisadora utilizou a metáfora da “muleta” para quem está com a perna quebrada, que não pode ser tirada de uma só vez, para tentar ajudar na compreensão do processo de Redução de Danos ofertado pelos CAPS AD, e que esse modo de cuidado inclui o resgate da autoestima, do autocuidado do usuário, enfatizando sobre a complexidade, a multifatorialidade da questão das drogas.

Também foi expresso o desconhecimento e surpresa de alguns trabalhadores,

principalmente os ACS, sobre a volta recente dos hospitais psiquiátricos e da eletroconvulsoterapia, demonstrando também indignação. Houve choro de alguns participantes, inclusive da pesquisadora, durante a partilha da poesia da adolescente, que aborda efeitos da hipermedicalização, bem como da situação vivenciada na infância da facilitadora, partir da qual ela passou a ter preconceitos e medo de pessoas com transtornos mentais. Por fim, ao abordar-se o Matriciamento, perguntou-se se alguém sabia definir e a resposta foi negativa: nenhum dos presentes soube dizer do que se tratava na prática. Observou um certo “brilho no olho” de alguns participantes ao partilhar-se as experiências exitosas, havendo um comentário que chamou a atenção: “Isso aconteceu aqui perto? E a gente nem ficou sabendo! Teve município da região que já foi referência na Saúde Mental? Então dá pra fazer!!! Bora meu povo!” (sic). Além disto, houve o questionamento de uma ACS por achar que os outros serviços de outros setores deveriam participar da oficina, pois há muita resistência para conseguirem diálogo com estes. Também questionou onde estavam os médicos e enfermeiros dos serviços, argumentando que eles precisavam urgentemente participar daquele “treinamento”.

#### **b) MUNICÍPIO 4**

Ao perguntar sobre o município, uma profissional da AB comentou que o Município 4 tinha o nome de origem tupi, e que foi distrito de outro município da Região até ser emancipada na década de 1950. Não tem praias, mas é próxima ao Rio Jequitinhonha. A oficina do Município 4 ocorreu em 2022, no dia 17 de dezembro, em um auditório de instituição religiosa. A pesquisadora ficou hospedada em uma pousada, um pouco distante do local, chegando um dia antes, como sempre, para evitar atrasos. A Coordenação da Atenção Básica esmerou-se na preparação da oficina, providenciando lanche abundante para todos os participantes.

Figura 4 - Oficina de Educação Permanente/Preparatória para o Matriciamento no Município 4



Fonte: Imagem produzida pela pesquisadora.

Esta cidade não tem serviços de Saúde Mental, devido ao número populacional não atingir o mínimo necessário para implantação de CAPS. A temperatura de dezembro estava calorosa, assim como a recepção dos profissionais. Contou com a presença de 43 (quarenta e três) profissionais da Atenção Básica, sendo a terceira oficina em número de participantes. Além destes, houve excepcionalmente a presença de outros profissionais, de outros setores da Saúde, não constando em lista de presença, mas que vieram por considerarem importante conhecer mais sobre o tema. A participação dos ACS foi predominante e também do NASF, uma vez que, não havendo CAPS, a importância do NASF para articular o cuidado em SM é essencial, segundo a Coordenadora da AB.

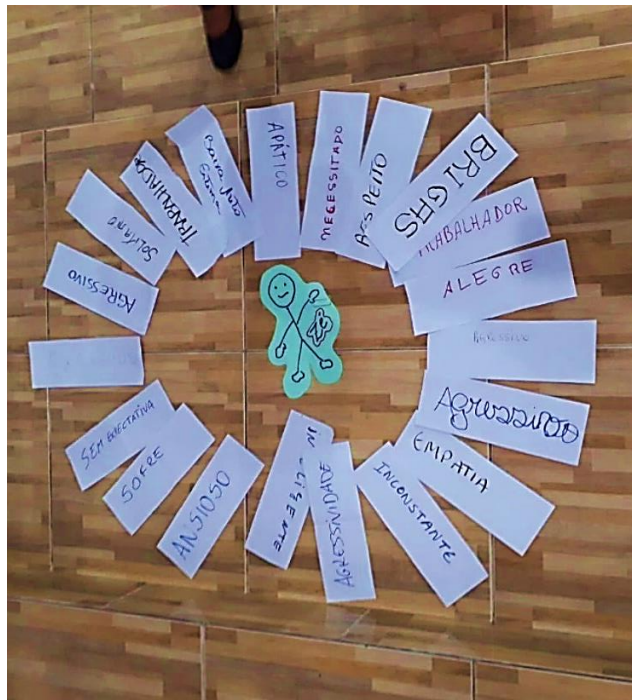
A participação dos profissionais foi bastante interativa, tanto com perguntas como comentários. Na primeira Fase da oficina, partilharam que nunca haviam pensado nas potencialidades do território como possibilidade ou caminho para soluções dos muitos desafios colocados. O território era visto como algo separado, como algo que não fazia parte desta articulação, ou seja, “algo que está ali, mas não está” (sic) como disse uma ACS. Os profissionais demonstraram maior preocupação e dificuldades, inclusive gestores presentes, por não haver um CAPS no município. Havia a presença de duas médicas, mas discretas. O choro também foi presente nas partilhas da poesia e experiência pessoal da facilitadora, dando vazão a partilhas de alguns dos presentes. Em relação ao Matriciamento, foi relatado que o NASF tenta dar conta das demandas, porém, atua em boa parte do tempo, de modo ambulatorial e interprofissional. Durante as partilhas, alguns profissionais do NASF demonstraram a necessidade de mais profissionais para darem conta da demanda local em Saúde Mental. Na dinâmica do “Zé” houve partilhas de ACS sobre usuários problemáticos de álcool e outras drogas que já ficaram em CTs, mas nunca se “recuperaram das drogas”, e que é verdade que não adiantava muita coisa ficar internado, porque eles fazem as CTs de “esconderijo” para não serem mortos pelo tráfico. Quando saem, voltam a usar drogas novamente.

### **c) MUNICÍPIO 6**

O Município 6 é uma cidade praiana, turística. A pesquisadora chegou ao local para realizar a oficina, que ocorreu em 13 de dezembro de 2022, sendo recepcionada no auditório de uma das Secretarias municipais, pela coordenadora da Saúde Mental, que mostrou entusiasmo para a realização da Oficina. Houve menor atraso com os equipamentos de som e vídeo, mas foi preciso aguardar mais tempo devido muitos não terem respondido o TCLE/Questionário/Escala com antecedência. Percebeu-se um clima colaborativo entre os presentes. Em seguida, iniciou-se a Oficina, com participação de 26 (vinte e seis) profissionais,

incluindo seis médicos.

Figura 5 - Oficina de Educação Permanente/Preparatória para o Matriciamento no Município 6



Fonte: Imagem produzida pela pesquisadora.

Na dinâmica dos crachás, quando os participantes vão detalhar os desafios e potencialidades do território, emergiu a dificuldade de um dos profissionais de nível superior em fazer a atividade: um dos médicos levantou questionamentos sobre a falta de profissionais e estrutura para que a Saúde Mental funcione de modo mais efetivo e por esta razão, deu a entender que não adiantava fazer aquelas atividades se não haveria profissionais para atuar. A facilitadora respondeu que é importante sempre valorizar os pequenos começos e que com disponibilidade, juntos, “o pouco se faz muito”, “de grão em grão a galinha enche o papo” e “devagar se vai ao longe”. Ressalta-se que nesta oficina não houve a presença de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), mas técnicos de enfermagem, enfermeiros, médicos e outros profissionais de nível superior.

As Fases 2 e 3 que trataram da Saúde Coletiva e da Desinstitucionalização e Reforma Psiquiátrica traziam assuntos mais conhecidos para aqueles participantes, que comentaram após as exibições dos vídeos, já terem ouvido sobre aqueles temas em cursos ou pós-graduações ou visto informalmente em vídeos de *Youtube*, como o documentário *O Holocausto Brasileiro*, de Daniela Arbex. Mas disseram que não haviam aprofundado sobre como estes assuntos refletem hoje na sua prática profissional com os usuários e colegas. O mesmo se deu sobre o

vídeo “Crack!?”, em que um profissional falou que apesar de saber que há diversos tipos de vícios, não havia pensado sobre si mesmo e que muitas vezes há julgamentos das pessoas que usam drogas sem analisarem seu contexto de vida.

Após a exibição do filme “*Si puo fare*”, uma das profissionais compartilhou a semelhança de um dos casos com um dos seus atendimentos e de como era difícil para a família e para o próprio usuário, que já “se perdia de si mesmo interiormente” e ainda tinha que se perder da família, dos amigos e da sua comunidade por causa da doença mental. Houve muitos risos nas cenas que mostraram a sexualidade das pessoas com transtornos mentais e ficaram reflexivos, quanto foi exibido o quanto o medicamento atrapalha quando em excesso. Com a leitura da poesia, um participante relacionou com a cena do filme sobre este excesso de medicação desnecessário e comentou que era melhor sentir alguma coisa, mesmo que ruim, do que não sentir nada. Houve uma redução do número de participantes da oficina no turno da tarde, principalmente dos médicos presentes pela manhã.

Ao terminar a oficina, alguns profissionais demonstraram interesse em dar continuidade de forma prática aos conhecimentos aprendidos, para que pudessem aplicar na comunidade e continuar com as reflexões, para o que a pesquisadora se colocou disponível em momentos posteriores. Ao perguntar se sabiam o que era Matriciamento, alguns responderam de modo adequado, mas não sabiam também exatamente como “tirar ele do papel”. Ao final, com a roda de integração, percebeu-se através das partilhas o quanto cada participante estava saindo mais sensibilizado informado, e mais comprometido em tentar articular as ações de Apoio Matricial entre SM na AB.

#### **d) MUNICÍPIO 2**

O Município 2 é um município turístico, costeiro, conhecido por suas praias e nestas terras há comunidades indígenas até os dias atuais. Por ser um dos mais populosos e extensos, neste município foram realizadas duas oficinas, a pedido informal das técnicas da SESAB, que ocorreram nos dias 31 de janeiro e 02 de fevereiro de 2013, em uma sala de reuniões de uma das Secretarias Municipais, com participação de 30 (trinta) e 27 (vinte e sete) profissionais de AB e SM, respectivamente, totalizando 57 (cinquenta e sete) participantes. A facilitadora ficou hospedada em uma pousada e implementou as oficinas com o apoio do setor de treinamentos do município, e apesar de já haver a anuência da Secretaria de Saúde, foi necessário enviar para esse setor, a documentação do CEP/CONEP e informações mais detalhadas sobre o que consistiria na oficina. Após a conclusão da parte burocrática, as datas foram marcadas e o setor de treinamentos providenciou a estrutura física. Ressaltamos que a coordenação da Atenção

Básica em todo tempo procurou apoiar a pesquisa, mesmo havendo sobrecargas de trabalho. Foi demorado para conseguir agendar, pois existiam outras responsabilidades mais urgentes do setor, porém, contou-se com a boa vontade da coordenadora de treinamentos, gestora presente nas oficinas. Os gestores da AB e SM não puderam estar presentes.

Figura 6 - Oficina de Educação Permanente/Preparatória para o Matriciamento no Município 2.



Fonte: Cedido por participante da oficina.

Houve variedade de profissionais/funções participando, incluindo Serviços Gerais, farmacêutico, pessoas da gestão, ACS, dentre outros, mas apenas três médicos. Inclusive, para alegria da pesquisadora, havia uma profissional enfermeira da SM específica para o Matriciamento, porém, esta revelou estar aprendendo e ser um desafio novo para ela, que atuava anteriormente em outras atividades. Alguns profissionais das equipes da AB e SM, dos NASF, participaram das oficinas, trazendo seus questionamentos. Na atividade de identificação de desafios e potencialidades do território, observou-se que referências às “bocas de fumo”, locais de comercialização de drogas ilícitas, ou de uso pelos usuários que fazem uso problemático de álcool e outras drogas, foram frequentes. Um dos profissionais partilhou um caso após a dinâmica do “Zé”, demonstrando medo, insegurança, necessidade de proteção e conhecimentos para lidar com o usuário, e por causa da vulnerabilidade a que se submetem quando entram em áreas deste tipo (onde há tráfico e “bocas de fumo”). Um fato que se destacou foi a partilha de um (a) dos (as) participantes, muito envolvido (a) na ação matricial, enfatizar que “pra tratar pessoas que usam crack, tem que internar. Não vejo outro jeito, porque eles ficam de um jeito que matam os outros e a si mesmos. Não vejo outro jeito pra estes casos” (sic). Nestas oficinas os ACS dialogaram menos, mas suas partilhas foram importantes, pois trouxeram a questão do território, da família nestas situações de uso de drogas e também de “surto” (crises

psiquiátricas). Uma ACS comentou que “sinto pena quando vou fazer a visita domiciliar, porque é uma situação de muito sofrimento e pouco eu posso fazer pra ajudar” (sic), destacando que raramente são feitas visitas compartilhadas ou discussão de todos os casos que precisavam ser discutidos, porque a Unidade Básica de Saúde (UBS)/Equipe de Saúde da Família (ESF) sempre está sobrecarregada.

A participação de psicólogas nesta oficina foi enriquecedora, no sentido da postura aberta para aprendizagens e ao serem colocadas algumas expectativas e receios diante do trabalho compartilhado, principalmente ao mencionarem que por serem profissionais da área “PSI” em saúde mental, ouvem constantemente que devem ser “as responsáveis” por esta modalidade de cuidado. Um profissional “PSI”, que atua no NASF, abordou que reúnem para dialogar intra-equipe, mas com outras equipes de outros setores, como da Assistência Social, Educação é difícil. Relataram ser “pouca equipe para muita população” (sic). Após a partilha de experiência em casos da temática suicídio, participante da Saúde Indígena, comentou mais reservadamente ser preocupante a questão de suicídio e ideação suicida por jovens indígenas e que por vezes sentem-se sozinhos e sem muita direção de como atuar. No final, partilharam que olhar para as potencialidades do território e para o caso de experiência exitosa sobre o Matriciamento, gerou novas possibilidades de intervenção, para as quais não haviam pensado.

Um dos participantes complementou que havia muitos outros que deveriam estar na Oficina, mas não foram chamados e que ela deveria ser feita com toda a rede, não só de Saúde porque todas precisam atuar assim e participar do Matriciamento. A facilitadora explicou que apesar de não ser a finalidade daquela Oficina, o município pode multiplicá-la e que estaria à disposição para apoiar. Na partilha sobre o Matriciamento, a maior parte dos comentários foi sintetizada na fala de uma ACS; “conhecemos de ouvir falar (...) Mas agora a gente está enxergando” (sic). Ao abordar-se as experiências exitosas, ao expor modalidades de ação do Apoio Matricial realizadas no Município 1, uma ACS expressou não saber que havia tantas possibilidades para que os usuários fossem mais inseridos no seu território e que sempre achou que isso não seria possível, ou mesmo parte do trabalho da Saúde, mas da Assistência Social. Também foi expresso que não podiam deixar “morrer ali a oficina” (sic), mas que era preciso colocar logo e prática. A pesquisadora explicou que a intenção era que aquela “fofoca boa” se espalhasse, ou seja, que houvesse multiplicação e mobilização por parte dos participantes ao lado de seus pares e redes nos territórios. A responsável pela área de treinamentos emitiu elogios à oficina dizendo por mensagem que “Foi um sucesso sua performance na oficina, bons conteúdos e muitas reflexões” (sic).



## e) MUNICÍPIO 5

O Município 5 fica a 600 km da capital, Salvador, e faz fronteira com outro Estado brasileiro, segundo uma Agente Comunitária de Saúde. Logo ao chegar na cidade, a pesquisadora ficou hospedada em uma pousada, chegando na noite anterior à oficina, que contou com a participação de 17 (dezessete) participantes, no dia 23 de fevereiro de 2023, em um auditório pertencente à Prefeitura. O Município 5 não possui serviços especializados em SM no SUS, então o cuidado se processa na Atenção Básica. Durante a oficina houve o comentário de que estão fomentando junto a outro Município de pequeno porte, a instalação de um “CAPS compactuado”, nas palavras de uma enfermeira participante, para que a região de entorno não fique somente com a AB para dar assistência.

Figura 7 - Oficina de Educação Permanente/Preparatória para o Matriciamento no Município 5



Fonte: Imagens cedidas por participantes da Oficina.

Juntamente com o Município 4, o Município 5 é o município com menos trabalhadores da AB cadastrados no CNES, sendo a Oficina com menos participantes. Psicólogas, enfermeiras, assistente social e ACS estavam presentes, sendo em maioria ACS. A participação de profissional da AB, conselheira de Saúde, foi explicitada, marcando a presença do Controle Social na oficina. Um dos pontos que se destacou nesta oficina foi a colocação de uma agente comunitária e logo em seguida, a concordância de outros, ao afirmar que não tiveram acesso a “treinamentos” assim, como a Oficina, e que não conhecia o Matriciamento. Outra participante expressou um misto de curiosidade e preocupação, dizendo “estou aqui querendo aprender, mas estou preocupada com minha área e porque não sei se vou poder ficar até o final da manhã,

ainda tenho que fazer comida para mim hoje” (sic). Para tranquilizá-la, a pesquisadora a convidou para almoçar com ela, que aceitou.

Um detalhe importante emergiu quando foi exibido o documentário sobre Desinstitucionalização: havia pessoas presentes que não conheciam as imagens dos antigos manicômios. Na partilha, um participante contou a história de um homem que mora nas ruas do Município 5, o qual é muito resistente aos cuidados em saúde. Segundo o participante, já tinha passado uma vez no CRAS, mas ele continua nas ruas, sem assistência porque não a aceita. Após diálogo sobre o caso, observou-se que havia tentativas isoladas de intervenção junto ao morador de rua, algum contato com familiares, que também tem algum transtorno mental, mas nada articulado com o território e suas potencialidades. Sugeriu-se que fosse feita após a Oficina, uma reunião intersetorial para desenvolverem o Matriciamento do caso. Outra questão abordada após o vídeo *Loucos*, do grupo Porta dos Fundos, foi o fato de não terem parado antes para refletir o quanto todos internalizaram ao longo de suas vidas o estereótipo daquilo que é a loucura, o louco e muitas vezes se enganam, porque como disse o ACS, “todo mundo tem sua própria loucura. O julgamento pela aparência da pessoa, e tratar diferente das outras pessoas, só porque a pessoa é um louco ou um drogado é outra injustiça. Às vezes estamos tratando bem um psicopata, todo elegante, e rejeitando, com medo, o cara que vive nas ruas e não faz mal a ninguém” (sic).

Durante as partilhas de vivências da facilitadora sobre situação de suicídio e de como o preconceito com a loucura entrou na sua vida, houve comoção. Uma das participantes falou que tinha passado por experiência semelhante e que sabia que até aquele dia ela não conseguia lidar bem com os usuários que tem transtorno mental. Na dinâmica do “Zé”, ao abordar a diferença do cuidado nas Comunidades Terapêuticas (CT) com o cuidado em liberdade, surgiu o questionamento: “como fica o uso das drogas com a lei?” (sic). Foi explicado o sentido da Redução de Danos no processo gradual de resgate da identidade, da autoestima do usuário e que nada aconteceu de imediato, assim como ele levou anos para chegar onde está. Ao final da oficina, quando se falou sobre unir as “canções”, as boas qualidades em prol de produzir saúde mental no território, um participante falou em tom mais baixo que talvez seja ele que precisa resgatar a canção dele também, porque muitas coisas da vida parecem ter “abaixado o volume” da sua canção.

#### **f) MUNICÍPIO 7**

Disseram alguns participantes do Município 7 que estavam na oficina, que aquela cidade possui pontos turísticos naturais ímpares. Logo na estrada, no final de tarde, a pesquisadora



participante comparou a cena em que o Diretor da Cooperativa, Sr. Nelo, leva os usuários para outro lugar de funcionamento da cooperativa e residência, contatando com um profissional para ensinar a fazer os pisos de madeira, com outro médico para melhorar a situação de medicalização exacerbada, com as profissionais do sexo, como exemplos de interação com potencialidades do território. A pesquisadora comentou que neste sentido, a saúde integral dos usuários foi levada em consideração, não sendo mais a doença o centro de tudo, enfatizando a importância deste modo de cuidar.

Outro aspecto relevante ocorreu após o vídeo sobre Desinstitucionalização e foi retomado da discussão da dinâmica do “Zé”, através da manifestação de um dos participantes em relação às questões políticas que levaram a Saúde Mental a investir verba pública nas Comunidades Terapêuticas (CTs) e a retomar os hospitais psiquiátricos. Um participante questionou porque não investir nas “Casas de recuperação”, já que queriam ajudar as pessoas a “saírem das drogas” e logo em seguida, outro argumentou que eram instituições privadas, religiosas de uma só religião, usando dinheiro do povo em um Estado que não é cristão, mas laico. Este participante acrescentou que era desumano trazer de volta manicômios e que deveriam investir mais em CAPS e fazer, por exemplo, um CAPS em municípios que não tem, ao invés de gastar dinheiro público em local particular. Fez-se silêncio no recinto. Com esta resposta, foi perguntado o que podemos fazer para ajudar “Zé” a lembrar sua canção e uma das participantes mencionou algo que emocionou alguns dos presentes: “Além da gente usar melhor o território e trabalhar mais juntos, a gente precisa cantar a nossa canção também. Acho que quando a gente canta a nossa bem bonito, vai dando vontade dos outros cantarem as suas também, né? Às vezes a gente está esquecido da nossa canção, ou cansado de tentar, tentar e nunca conseguir ver melhoras” (sic).

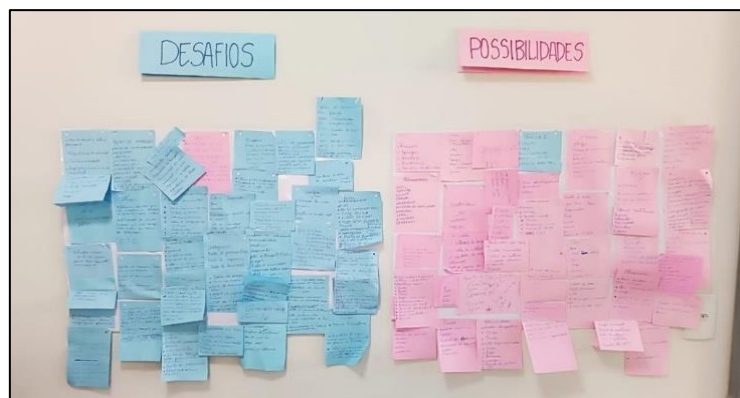
Outro momento forte, que gerou certa tensão no clima, aconteceu na partilha da facilitadora sobre suicídio – uma experiência bem sucedida de impedimento e outra não – quando uma das participantes comentou que havia casos que eram “espirituais”, que era “o mal dentro da pessoa, demônios agindo do lado de fora ou de dentro, que faziam com que a pessoa fizesse mal a ela mesma. Quem tem Jesus, não faz isso. E tem casos de loucura que é a mesma coisa, na maioria das vezes” (sic). Quase que imediatamente alguém comentou que não se pode julgar os outros que não estão mais aqui pra se defender e que “é muito fácil falar, mas passar por isso, é outra coisa. Só quem tem depressão sabe” (sic). Na oportunidade, a facilitadora trouxe a importância de atuar em rede, tanto para promoção da vida, da prevenção, como para o cuidado, pois suicídio é uma situação complexa. Do mesmo modo, a depressão. Comentou que um dos casos de tentativa de autoextermínio tinha causas financeiras, econômicas e não

adiantava tratar só no CAPS II, mas que tinha que haver um cuidado psicossocial, no território e com a Assistência Social. Um dos participantes comentou: “Não tinha pensado dessa forma. Numa hora dessas eu só pensaria no psicólogo do NASF” (sic). A facilitadora também trouxe outro exemplo, em que havia simplesmente “vontade de não estar mais na terra”, falta de sentido existencial, não havia problemas financeiros, não havia um quadro de depressão, enfatizando que era preciso considerar a complexidade e o cuidado corresponsabilizado para se adentrar neste cuidado. Concluindo-se a fase de experiência exitosa em município da região, um participante comentou que “tem ainda pouca comunicação entre alguns setores e isso precisa melhorar para o Matriciamento acontecer, e também a comunicação entre os municípios sobre estes assuntos [...], não tinha nem ideia de isso tinha acontecido na região” (sic). No final desta oficina, no abraço circular com todos os participantes, uma trabalhadora da AB demonstrou que era preciso dar continuidade a tudo que foi aprendido na oficina, além de terem CAPS, agora tinham pelo menos um conhecimento de que era possível fazer algo mais.

### **g) MUNICÍPIO 3**

A pesquisadora chegou um dia antes da oficina e hospedou-se em uma Pousada no Município 3. No início das atividades, quando foi indagado sobre a cidade, um dos participantes da oficina explicou que ela era passagem para muitos viajantes pela estrada. A oficina aconteceu no dia 03 de março de 2023, no Colégio Municipal Carlos Alberto Parracho e participaram 41 (quarenta e um) profissionais de AB e SM, estando presentes as coordenadoras dos Setores. Havia muitos enfermeiros e ACSs, alguns odontólogos, para surpresa da facilitadora, nenhum psicólogo (a) e somente dois profissionais da equipe do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

Figura 9 - Oficina de Educação Permanente/Preparatória para o Matriciamento no Município 3



Fonte: Imagens cedidas por participantes da Oficina.

A demora com a tecnologia foi pequena, mas também ocorreu. Logo em seguida, os participantes, sérios inicialmente, deram lugar a sorrisos com a dinâmica de acolhimento, com a música e a dança. Um dos momentos que marcou esta oficina foi a partilha sobre Saúde Pública tradicional e Saúde Coletiva; uma das participantes mais jovens, de nível médio de escolaridade, partilhou: “e eu que achava que o SUS era ruim!!!... já teve coisa mais ‘braba’ antes, né? Às vezes a gente se queixa de barriga cheia...” (sic). Outra situação de destaque foi em relação à cena do filme *Si puo fare*, quando a personagem Luiza (usuária) fala sobre o filho que teve no hospital psiquiátrico e que lhe foi tirado, do qual ela não teve mais notícias. No momento de reflexão, a cena foi abordada, observou-se que uma participante muito mobilizada e tensa, comentou que “isso acontecia muito aqui no Brasil também e ainda acontece. A pessoa que tem problema mental não tem direito a uma vida nessa sociedade da gente. Controlam tudo na vida dela e é pior ainda se for mulher, porque tiram filhos, sofrem muitas vezes abusos, não tem autonomia pra nada, coitadas... Esses dias eu fiquei sabendo de um caso em que uma juíza mulher, de outro município, queria tirar os filhos de uma moça que usa drogas e não aceitou ela estar em tratamento no CAPS da cidade dela. Não aceitou! Os filhos dela amam ela e ela também se dá bem com eles, mesmo usando. Mas a juíza acha que ela tem que parar de usar de vez, não aceitou o tratamento do CAPS. O que fazer em uma situação desta? Internar?” (sic). Outro caso também foi abordado, em que a usuária tinha outro tipo de transtorno mental, era esquizofrênica e era vista como “perigosa” para os filhos, agressiva com todo mundo.

Uma experiência significativa foi o relato de uma odontóloga, que partilhou seu interesse em atuar mais entre equipes. Ela contou algumas experiências bem sucedidas no cuidado bucal com usuários. A facilitadora trouxe uma experiência de quando atuava no NASF, em outro município, em uma UBS em que nas reuniões de Matriciamento com a Equipe de Saúde da Família (ESF,) os casos de sofrimento psíquico ou de transtornos mentais eram na maioria dos casos, trazidos pelo odontólogo, considerado exemplar na equipe, cumpridor de agenda etc. Uma participante da oficina perguntou: “como ele conseguia ouvir os usuários, se o tratamento dele era feito com clientes de boca aberta?”. Houve risos entre os presentes e a facilitadora devolveu a pergunta para os participantes, que responderam: “não tenho nem ideia” (sic), “acho que ele era muito humano” (sic), “antes ou depois de atender ele escutava os clientes” (sic). De fato, foi relatado que ele chegava cedo na UBS e saía no final do expediente, às vezes até um pouco mais. Uma outra participante da oficina reclamou dos profissionais médicos que chegam tarde, saem cedo, que deveriam estar na oficina para aprenderem a trabalhar em equipe e entre equipes no território. De fato, nesta oficina não havia nenhum médico.



Sendo um dos municípios mais numerosos em trabalhadores e o primeiro em serviços de SM, a SESAB sugeriu que fossem feitas mais de uma oficina, pelo mesmo motivo do Município 2, porém, em vista da grande dificuldade de agendamento, realizou-se apenas uma. Aguardou-se o cumprimento do papel da AB, de definir uma data e a liberação dos trabalhadores para participarem, o que prorrogou-se por mais tempo, gerando postergação no processo de coleta de dados. Chegou a ser sugerido pela gestão da AB, por estar sobrecarregada, que a pesquisadora entrasse em contato, de uma em uma das UBS, para organizar o grupo que faria a oficina, o que além de não haver mais tempo hábil, divergiu totalmente do que fora acordado previamente com a CIR, com as Secretarias de Saúde e com a SESAB. Em vista dos prazos de pesquisa já prorrogados, solicitou-se um posicionamento da Coordenação da AB, até que enfim, marcou-se uma data - em um dia em que coincidentemente se confirmou greve outra vez. Diante dos prazos, preferiu-se manter a data para a realização da oficina.

A última oficina ocorreu então, em 12 de abril de 2023, no auditório de um órgão público do município, com a presença de 40 trabalhadores. Entre os profissionais, destacou-se a participação de 8 (oito) Auxiliares de Saúde Bucal (ASB), profissional raro nas oficinas anteriores, e das duas equipes NASF – AB do município. Destaca-se que o município tem serviços de SM – sendo um dos mais numerosos em serviços e em número de trabalhadores da SM na região, porém, estiveram presentes apenas 06 trabalhadores da SM, dos quais dois chegaram atrasados e saíram antes da finalização da Oficina. Não houve a presença de gestores e foi o município que teve menos recursos para realização das dinâmicas.

Diante da exibição do vídeo *A canção dos homens*, os presentes demonstraram sensibilizar-se, havendo um comentário de que é justamente ao contrário do que costumamos fazer, quando alguém faz algo de ruim, “a gente pensa em punir, não só com palavras, mas com castigos. Não se pensa em recuperar a pessoa” (sic). Os participantes demonstraram estar envolvidos, mesmo sendo uma das Oficinas com menos diálogos e uma ASB comentou mais reservadamente que era a primeira vez que ela e outras colegas participavam de uma oficina de tema da SM, que pouco se falava sobre SM na Unidade Básica de Saúde.

Durante a oficina, na dinâmica dos desafios e possibilidades do território, observou-se que foram identificadas mais potencialidades que desafios. Quando os participantes estavam escrevendo os desafios, a facilitadora caminhou próximo a eles para tirar dúvidas e uma trabalhadora perguntou se poderia colocar “problemas com a gestão e coordenação”, pois havia uma colega que havia passado situação constrangedora com a chefia do serviço de SM. Ela era uma profissional de referência na SM, mesmo sem ter nível superior de ensino, realizava um trabalho diferenciado no fortalecimento de vínculos com os usuários, porém, comentou-se que



havia sido transferida de um serviço onde atuou por mais de sete anos, para outro serviço do mesmo segmento, por não convergir com os modos de cuidado da gestão, a qual era muito mais jovem e inexperiente na área, apesar de ter nível universitário.

Houve também o comentário de uma das participantes de que não havia percebido ou parado para pensar no que estava em torno do seu local de trabalho, mas que a ideia de saúde mental sempre era de encaminhar para os CAPS e não de desenvolver atividades na própria área de trabalho. Que este cuidado em SM na comunidade é uma coisa nova para ela. Durante os diálogos, observou-se que ao tocar no assunto das Comunidades Terapêuticas, houve divisão de opiniões, mas sem muita defesa de ambas posições. Uma participante mencionou que o município tem muitas CTs e reservadamente, trouxe a fala de que os CAPS não davam conta de tantos problemas com drogas na cidade, acrescentando que o CAPS AD também não tinha uma gestão experiente e que não era mais o mesmo de algum tempo atrás, da época em que tiveram Educação Permanente sobre a RAPS e que nunca mais foi o mesmo serviço daquela época.

Foi mencionado que o Município 1 tinha uma equipe de Matriciamento, composta por profissionais de um dos serviços da SM, inclusive a profissional ali presente fazia parte, não estando todos na oficina. Ao abordar-se o Matriciamento, uma trabalhadora daquele serviço de SM (da equipe de Apoio Matricial) e outra do CAPS AD perguntaram muito sobre como se realizava de fato o Apoio Matricial. Mesmo atuando em uma equipe de Matriciamento, ainda havia dúvidas de como realizá-lo. Foi feita a partilha da experiência exitosa e esclarecido sobre as diversas modalidades de ações de Matriciamento, como a Educação Permanente, PTS, Fóruns Intersetoriais de SM. Também foi partilhada pela facilitadora, uma sugestão de ampliação de acesso a equipes de Apoio Matricial nos territórios: cada trabalhador da SM pode articular com um profissional de cada serviço da rede, de modo a formar assim várias pequenas equipes de Matriciamento, com pelo menos um profissional de SM participando. Deste modo, o território teria mais Apoio Matricial e maior possibilidade de ampliar a resolutividade nos próprios territórios. No final da Oficina, no abraço em roda circular, as palavras mencionadas foram aprendizado, compreensão, conhecimento, dentre outras.

#### **4.2.3 Análise das oficinas de Educação Permanente – Alguns diálogos e reflexões possíveis.**

Para análise dos resultados das oficinas, partiu-se dos dados advindos da observação participante da pesquisadora, registrados em “Diário de Bordo”. Ressalta-se que a Oficina, conforme Lima e Abade (2009), permitiu uma atuação que levou em conta a complexidade

humana, considerando aspectos subjetivos e sociais dos participantes, com aprendizagens que envolveram a todos de maneira integral. Enquanto construção compartilhada, por meio delas construiu-se um espaço de formação coletiva, incluindo a pesquisadora e pesquisados como trazido por Oliveira (2016). Nelas emergiram questões subjetivas e coletivas, impressas na cultura, sendo densas e mobilizadoras, em vista da complexidade que envolvem os assuntos da Saúde Mental. Nem todos os participantes por municípios se conheciam antes das oficinas, abrindo portas para novos vínculos profissionais.

Uma das características observadas, foi a presença predominante de Agentes Comunitários de Saúde nas oficinas em quase todas as Oficinas, bem como a baixa frequência de profissionais médicos. Alguns desses, quando participavam, também não permaneciam até o final da atividade. Os gestores da AB e SM se mostraram participativos, com exceção dos Municípios 1 e 2, que são os municípios de maior porte. O Município 2 justificou sua ausência em vista de estarem envolvidos em muitas outras demandas nas datas das oficinas, enquanto no Município 1, apenas a gestão da AB já vinha argumentando sobrecargas do setor ao longo de todo o processo de agendamento. Assim, não houve interação significativa com a gestão da SM neste município, porém, esta encaminhou uma trabalhadora da SM para atuar na organização da infraestrutura da oficina.

O argumento da sobrecarga de trabalho para ações relativas ao Matriciamento, por parte dos trabalhadores, já foi observado por outros pesquisadores como Guimarães *et al.* (2023), Gonçalves e Peres (2018), Treichel, Onocko Campos e Campos (2019) e Reis (2020; 2021). Porém, nem sempre as reais razões são verbalizadas, aventando-se a possibilidade também de outras dificuldades subjacentes, como as trazidas por Alvarez, Vieira e Almeida (2019), Eslabão *et al.* (2019), Gerbaldo *et al.* (2018), Morais e Tanaka (2012), a exemplo da desvalorização do Matriciamento por parte da gestão e demais profissionais da Saúde e da existência de uma lógica de trabalho baseada no modelo biomédico, dentre outros. Quanto à escassa presença de Médicos na maior parte das oficinas, bem como suas saídas antes da finalização, este comportamento pode ser interpretado de acordo com a lógica de trabalho “médico-centrada”, enfocada na medicalização, como afirmado por Franco (2018), Garcia (2020), Reis (2019) e Reis (2021), advinda da formação desde a graduação em Medicina, na qual o trabalho e aprendizagens em equipes ou entre equipes não é priorizado ou valorizado. De acordo com Morais (2010), em um modo de atuação fundamentado no paradigma de cuidado biomédico há a predominância da organização vertical e hierárquica dos processos de cuidado em Saúde. Deste modo, infere-se que, da parte desses profissionais, parecer não haver interesse genuíno na partilha de saberes e fazeres de cunho coletivo e horizontal, como se

propõe o Matriciamento, o que tende a comprometer os processos de cuidado e a produção de saúde integral para os usuários.

Não é para menos que um profissional médico mencionou ser uma “utopia “realizar uma SM em rede ou implementar o Matriciamento no seu município. De fato, se depender desta postura resistente, que desconsidera o testemunho e experiências exitosas, factíveis na região, o Matriciamento não acontecerá. Neste ponto, serem minoria desfavorece a persistência dessa postura. Por outro lado, é importante lembrar que existe uma cultura e demandas da própria comunidade que vêm reforçando a centralidade no poder médico, o que dificulta muito a superação desse paradigma conservador que ainda está presente no campo da saúde. Tal fato torna ainda mais importante ações democráticas em Saúde, como o Matriciamento, pois têm a potência de se desdobrarem em processos críticos, de aprendizagens e de participação, inclusive de usuários e familiares, transformadores das células da cultura, ainda psicofóbica que, segundo Treichel, Onocko - Campos e Campos (2019), Pereira e Maia., (2018), Bonfim *et al* (2013), Jorge *et al.* (2014), é uma cultura mantenedora da hegemonia clínica “médico-centrada”.

Por trás desta cultura, ainda hegemônica, estão as relações de poder embutidas nos processos formativos dos profissionais da área de saúde e nas relações interpessoais cotidianas no trabalho na AB e na SM. O desbalanço do poder reflete-se nos resultados, no acesso, na resolutividade dos serviços que deveriam dar conta de acolher e cuidar da pessoa com sofrimento mental no âmbito do território. Como atesta Franco (2018), a baixa resolutividade da AB em saúde mental existe porque está associada a um processo de trabalho médico-centrado, focado na doença, não na saúde e na integralidade dos sujeitos. Pode-se dizer que, simbolicamente, a retirada, a saída do ambiente, a inconclusão do processo de aprendizagem coletiva com as equipes, é uma negativa ou uma resistência a mudanças, que por sua vez venham a ameaçar o *status quo*. Como afirma Krenak (Veloso, 2020, *on line*), estas construções coletivas e democráticas ameaçam os lugares hegemônicos. Afirma-se, então, que o Matriciamento é uma prática democrática que confronta este *status* e corresponsabiliza, de modo compartilhado, o processo de cuidado, baseado em um paradigma transdisciplinar, flexível, como propõem Nicolescu (1999) e Neubern (2000). Trata-se de uma prática inovadora guiada por um processo formativo que se coloca na contramão de uma formação marcada pelo modelo positivista, fragmentada do ponto de vista do conhecimento e tecnicista no que diz respeito à atuação, como afirmaram Emerich e Onocko-Campos (2019).

O posicionar-se na contramão se fundamenta na perspectiva da Saúde Coletiva, no pensamento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, que rompe com estruturas engessadas de poder, dando lugar a espaços e comunidades fluidas de produção de saúde, as quais nem sempre foram

conhecidas pelos/pelas participantes da Oficina, pois não somente a formação médica é atravessada por estes padrões tradicionais de cuidado, mas a formação em Saúde de modo geral. Daí a relevância de processos de Educação Permanente, como expresso na fala de vários trabalhadores da SM e AB, que por vezes revelaram não terem acesso a conteúdos práticos ou teóricos em SM desta sorte, para desenvolverem o trabalho em rede, no território. Ceccim e Feuerwerker (2004) pontuam a necessidade dos Setores de Saúde proverem estes processos formativos aos seus trabalhadores, pois como dito por Ceccim e Pinto (2007), os saberes tradicionais aprendidos estão distantes das demandas cotidianas em saúde mental nos territórios, como evidenciado nas oficinas implementadas. Assim, a Educação Permanente, bem como outras modalidades de Apoio Matricial, torna-se experiência potente promotora de qualificação da assistência em SM no (Campos; Pereira Júnior, 2016; Emerich; Onocko-Campos, 2019; Nascimento, 2019 e, Reis, 2021)

Outra questão comum nas Oficinas foi a descoberta de modo mais sensível, inovador e prático da relação território-identidade-desafios-potencialidades. Houve partilhas em diversos momentos sobre o estabelecimento desta relação como algo possível, mas não descoberto até então. Tais falas remetem ao que Saraceno (2011) denominou de “recursos escondidos”, pois sempre estavam lá, no território. A descoberta de si, de sua “canção”, como no texto de Tolba Phanem, do seu lugar de pertença e também dele, o território, como lugar de desafios e de potencialidades que dialogam, como promotor de cuidado, foi uma porta aberta para muitas “ilhas desertas” conversarem através da possibilidade de realizar o Matriciamento, compartilhando e construindo coletivamente saúde, em concordância com Yasui (2010). O ato de identificarem individualmente e escreverem de próprio punho os desafios e potencialidades percebidos no território também lhes trouxe empoderamento, fortalecendo suas subjetividades, no sentido descrito por Keating (2002), que aponta que o ato de dar nome é um passo importante na apropriação de saberes e fazeres, que desencadeiam processos de aprendizagem, o autorreconhecimento e o conhecimento dos contextos em que se inserem, construindo uma consciência crítica sobre este, coligando subjetividades em um processo de transformação deste contexto.

Ademais, a mencionada falta relativa, por parte de participantes, de memórias ou conhecimentos do passado sobre a Saúde pública e Saúde Mental brasileiras, sobre a Desinstitucionalização e assuntos pertinentes anteriores ao SUS que fortaleceram os movimentos reformistas, preocupa no que se inclina à relevância de se ter essas referências históricas para desenvolver a consciência crítica e o engajamento político necessários ao fortalecimento, resistência e defesa de uma consciência coletiva que lute por melhorias na

Saúde Pública, na Saúde Coletiva. Como afirmado por Vasconcelos (2012), as gerações mais jovens não têm estas referências, e isso pode ser um dos entraves para a necessária mudança paradigmática dos modelos assistenciais em saúde. Aprender sobre o que “era pior do que hoje”, como dito por uma jovem participante da Oficina, fortalece o sentido de transformações possíveis, de buscar ainda mais melhorias para o presente e o futuro. Esta consciência histórico-política também pode ser aprendida nestes espaços interativos, e o Matriciamento facilita estes processos de engajamento, a exemplo dos Fóruns Intersetoriais de Saúde Mental (FISM), realizados na experiência bem sucedida em Município da Região (Reis, 2020). Como afirmado por Amarante (2019), é preciso persistir em “políticas de bases comunitárias, participativas, inclusivas e efetivamente voltadas para as pessoas com sofrimento mental e não para aquelas que as explora” (Amarante, 2019, p. 35), com é o caso das trazidas pela Nota Técnica N° 11/2019 (MS, 2019), que visa lucros através do aprisionamento, da opressão eletromecânica invasiva e da exclusão social. Deste modo, através de ações de Apoio Matricial, as possibilidades de agregar aos profissionais de SM e AB o compromisso sociopolítico para com as pessoas subalternas- no sentido existencial<sup>26</sup> e spivakiano - em confronto com o poder hegemônico na Saúde se ampliam, como expresso por Nascimento (2019).

Também foi percebido nas Oficinas, em algumas interlocuções significativas para a implementação futura do Apoio Matricial, pontos de colisão, onde sobrepujava-se o conflito de discursos entre o lícito e o ilícito, com o argumento de que não se pode tolerar o uso de drogas proibidas, normalmente atrelado a uma postura moralista conservadora. Outrossim, para esses participantes não eram percebidas como problemáticas a violação do direito à liberdade de ir e vir dos pacientes e a utilização de verba pública para investir em instituições privadas. Assim, o legal e lícito parece atender aos interesses ideológicos do profissional, que não se percebe usando “dois pesos, duas medidas” para definir o que deveria ser aceitável ou não. Esta ambiguidade e contradição rememora o posicionamento de Neubern (2000), a afirmá-las como características das relações humanas, presentes nas subjetividades. A defesa das Comunidades Terapêuticas (CT) denotou em alguns casos, o desconhecimento da maior parte dos participantes das Oficinas sobre fatos e documentos que comprovam a violação de direito mencionada, dentre outras registradas no relatório de inspeção emitido pelo Ministério Público Federal em parceria com o Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2017). Houve pausa para reflexão diante da nova informação por alguns participantes, defensores das CTs, bem como a

---

26 Privadas do direito de experimentar a vida, dando-lhes sentido pessoal, de sentir e sonhar, de existir enquanto sujeito de emoções e prospecções subjetivas/ pessoais. Rememora-se aqui o topo da Pirâmide das necessidades de Maslow.

oposta ênfase dos que já eram contrários à manutenção destas instituições pelo Governo Federal. O conflito entre paradigmas de cuidado opostos ainda que tenha se mostrado presente, parece ter se dissipado já que a defesa pró CTs silenciou diante das evidências apresentadas nos documentos que apontam para as graves violações dos direitos humanos emolduradas pelo modelo manicomial de cuidado. De fato, entende-se que um dos maiores desafios nas práticas de SM na AB, no território, é a retirada dos manicômios de “dentro dos sujeitos”, onde não se pode remover muros com mãos alheias, mas somente com suas próprias mãos.

Dentro do âmbito das contradições, a maioria dos participantes foram os ACS, talvez pelo fato de serem superestimados, por serem tão importantes no estabelecimento de vínculos para a adesão e continuidade do cuidado por estarem no “chão de fábrica” diretamente no território e de conhece-lo melhor que ninguém; ou por subestimá-los, achando que não têm habilidades e conhecimentos específicos para a SM na AB, para o Apoio Matricial e assim necessitam estar ali. De uma forma ou de outra, é fato que esses profissionais sejam fundamentais para adentrar e fazer pontes no território, entre famílias, usuários e sistema de Saúde, como afirmado por Reis (2019). No caso da Oficina que não contou com a participação de nenhum ACS, nem de profissionais de nível técnico, pode suscitar que existe ainda mais uma opção: a de que haja subestimação sobre suas capacidades de multiplicar os saberes partilhados.

Mais um aspecto que chama a atenção esteve nas reflexões sobre os rótulos, os vícios, com os vídeos *Loucos* e *Crack!?*, no filme *Si puo fare* e na Dinâmica do “Zé”, ao atribuírem características pessoais, de personalidade, ao usuário que faz uso problemático de álcool e outras drogas, que justificavam o abuso. Observou-se que há julgamentos inscritos culturalmente, porém, aplicados de modo generalizado, estigmatizante ao outro, mas não a si mesmos, se for considerado que todo ser humano tem seus próprios vícios. Também se observou que se ignora a subjetividade, e os fatores contextuais que condicionam tais subjetividades, das pessoas que usam álcool e outras drogas ou que têm outro transtorno mental. Nesta esfera, os comportamentos e reflexões dos participantes das Oficinas convergem ao pensamento de Marques (2015), Nunes e Torrenté (2009), Moro e Rocha (2022), Gofmann (1981), ao afirmarem que ainda que o estigma aprisione os sujeitos, é necessário investir em interações entre SM e AB que promovam a quebra dos mesmos - como é o caso do Matriciamento. De fato, nos momentos de reflexão sobre as atividades referidas, foi demonstrada pelos participantes a necessidade de repensar estigmas e estereótipos impregnados em suas subjetividades e na coletividade.

Ainda se tratando de estigmas, nas Oficinas também foram expressos o medo ou a

resistência na atuação em vista de não se saber como lidar com a realidade dos transtornos mentais, o que é abordado por Brasil (2011), Figueiredo e Onocko-Campos (2009), Reis (2020), Treichel, Onocko-Campos e Campos (2019), Bonfim *et al* (2013). Assim, as Oficinas assumiram a função de se tornarem espaços de elaboração de medos e de partilha de inquietações, como destaca Garcia (2020), quando diz que elas podem se tornar espaços de aprendizado sobre SM no nível da AB, para que se quebrem estes estigmas e se superem as resistências e temores.

Além do medo e resistências, também foi expresso o sentimento de frustração, em relatos de casos no território, o qual revela-se pela incerteza de que está fazendo o que se deve e de que realmente se está ajudando. Também houve relatos nos quais ficavam claros os casos de preconceitos ou psicofobia. Moura e Silva (2015), em seu estudo, explicam que os ACS frequentemente demonstram estes sentimentos e comportamentos. Porém, a partir da intervenção da pesquisadora e de outros participantes, os ACS presentes nas Oficinas demonstraram abertura para aprender novas formas de interagir. Sugere-se que em ambos os casos, mais uma vez, as construções e aprendizagens compartilhadas contribuem para romper com estereótipos, fazendo do Apoio Matricial uma estratégia transformadora.

As menções dos participantes das Oficinas acerca das equipes NASF foram predominantemente positivas, no aspecto de agregarem valor ao trabalho na coletividade, ampliarem o acesso e possibilitarem o Apoio Matricial, o que, por sua vez, trouxe uma maior sensibilidade/visibilidade para com os casos da SM na AB, como referido por Moraes e Tanaka (2012), Reis (2019), e Brasil (2014). Mesmo com as mudanças que reduzem ações matriciais e estabelecem metas para as ambulatoriais, mencionadas pela Rede APS (2019), o NASF, nas expressões dos participantes, veio para ficar, ainda mais nos municípios que não tem CAPS. Como visto pelo IBGE (2022), estima-se que no Brasil 70% dos municípios são de pequeno porte (IBGE), não tendo assim requisitos para ter seu próprio serviço de SM. Não havendo mudanças nesta regulamentação - o que se sugere que é preciso ser revisto, mediante o aumento de transtornos e sofrimento mental nos últimos anos e no pós-pandemia (OPS; OMS, 2023a; WHO, 2011) - a importância dos NASF se amplia ainda mais, uma vez que articula o cuidado através do Matriciamento (Brasil, 2011c). A potência das equipes NASF talvez ainda não seja da consciência plena dos seus próprios profissionais, o que certamente será cada vez mais percebido à medida em que ações matriciais forem implementadas e as Equipes de AB apreendam nos seus cotidianos a como “tirar ele do papel” - o Apoio Matricial - como foi mencionado por participantes.

Ainda que prevalecesse na região de pesquisa uma forma fragmentada de cuidado, a

Oficina foi canal de informação sobre o trabalho compartilhado, quebrando alguns equívocos, como o de que somente profissionais “psi” atuam com usuários da SM – psiquiatras e psicólogos. Ou seja, desenvolveu-se a noção de que o usuário pertence à rede, não a um tipo específico de profissional ou serviço, sendo o cuidado compartilhado, horizontalizado e não hierarquizado. Mais uma vez, os processos formativos continuados contribuem para o que Merhy (2007) afirmou, que possam priorizar a relação entre cuidadores e usuários de forma diferenciada, quebrando o formato no qual o profissional é o sujeito e o usuário, o objeto, envolvendo uma relação de tutela e autonomia. As partilhas sobre o filme *Si puo fare* demonstraram a compressão de que este cuidado está integrado à comunidade, ao território de modo que o próprio território assume seu lugar neste processo, à medida que ele é ativado.

As partilhas também trouxeram reflexos da multiculturalidade e da complexidade dos caminhos que envolvem o cuidado em SM na AB, quando um participante falou da solidão e da falta de direção em situações relacionadas à ideação suicida e ao suicídio por jovens indígenas. Segundo Souza *et al.* (2020), as estatísticas preocupam pelo aumento nas taxas de suicídio entre indígenas adolescentes e jovens, sendo ainda mais complexas, uma vez que envolvem questões transculturais, requerendo uma atenção ainda mais especial, do que se sugere ser necessária a criação de uma política pública específica, um programa voltado para esta demanda territorial. O Matriciamento pode levantar oportunidades de articulação para realização de fóruns temáticos que aprofundem mais os diálogos, em direção a caminhos de cuidado e prevenção, bem como de preparo dos trabalhadores neste assunto.

Um ponto presente, também mencionado nas Oficinas, foi a falta de estrutura física, semelhantemente abordado por Campos e Domitti (2007) e Morais (2010) e também de profissionais, colaborando para uma visão mais fragmentada do trabalho, a qual contribui para acomodações aos modos já adotados de cuidado e com a política dos encaminhamentos. A esse respeito como enunciado por participantes pensava-se que tudo que se refere à Saúde Mental no território deveria ser encaminhado para os CAPS e não se sabia que desenvolver este cuidado na sua própria área territorial de Saúde era parte de sua atuação.

Os problemas de comunicação entre setores e até mesmo entre municípios no âmbito da SM, trazidos pelos participantes, convergem com Morais (2010) e Reis (2021), podendo ser causados também pela rotatividade que, segundo Lazarino *et al.* (2019), destrói diversas construções coletivas, que se perdem implicando em recomeços e retrabalhos, o que impede a continuidade destes processos formativos e informativos. O caminho, o percurso de cada trabalhador, suas subjetividades implicaram também na qualidade do seu trabalho, onde seus afazeres pessoais, profissionais, suas curiosidades, preocupações cotidianas e como dito por



Pinheiro (2020) e Barros *et al.* (2015), os equívocos, seja no trabalho ou vida pessoal, nem sempre permitem que absorvam ou desfrutem de momentos interativos com mais engajamento, como o Apoio Matricial, compreendendo-se frases como “estou aqui querendo aprender, mas estou preocupada com...”. O próprio desconhecimento, ou esquecimento de suas “canções pessoais”, engolidas pelas lutas da existência, também podem impactar na visão mais otimista dos trabalhos corresponsabilizados. O resgate desta “canção”, seja pelos profissionais que a “perderam pelo caminho”, ou pelos usuários, passa pelo desejo de produzir saúde nos territórios.

Além destas questões, a demonização da loucura ainda transita nos territórios. Não ficou apenas na Idade Média, como trazido por Silva (2019) e Marques (2015), quando o louco personificava o “endemoninhamento”, e a cura era buscada por meios religiosos, como foi expresso por alguns dos trabalhadores da SM e AB. Exorcizar o mal de dentro das pessoas ainda é uma forma de pensar a loucura e a depressão no território estudado, sendo justificada pela “falta de Deus”. São ignoradas ou desconhecidas as causas socioeconômicas, as iniquidades sociais presentes no complexo processo saúde-doença, como mencionou existirem e serem determinantes, a Organização Mundial da Saúde (OPS; OMS, 2023a). E no discurso religioso também circulam relações de poder, na disputa de paradigmas. Ainda sobre as relações de poder, já mencionadas sobre a hegemonia médica, observou-as também seus reflexos desde os detalhes de aprovação para a realização da pesquisa, permeado por burocracias necessárias à ética e ao cuidado com humanos, dentro de um padrão positivista, até chegar nos municípios, e seus “micropoderes, nas micropolíticas” locais, para poder implementar as Oficinas. O “sequestro” da trabalhadora de nível técnico do serviço de SM pela gestão, por disputas de lugares do saber, ainda que afirmado apenas por títulos de graduação universitária, menorizando outros tipos de “saber” e o “saber fazer”. Como reportado na pesquisa de Pereira (2010), a hierarquia entre os profissionais de Saúde Mental está presente quando a centralização das intervenções não legitima o papel de outros profissionais, como técnicos, mesmo sendo experientes e tendo vínculo fortalecido com os usuários/ território. Como mencionado por Foucault, nas palavras de Lemos *et al.* (2013), estas relações de poder que controlam e sequestram corpos, não precisam das grades para continuarem assujeitando-os. Por fim, quando muda a gestão municipal, fagocitam os louros da gestão anterior, desfazem-se ao mesmo tempo das pessoas e das memórias de experiências exitosas que não foram mérito seu, como foi o caso mencionado por um dos participantes, ao afirmar que o serviço não era mais o mesmo de algum tempo atrás, da época da Educação Permanente – e que nunca mais foi o mesmo serviço daquela época. Memórias empoderam. E estas relações refletem-se também na tentativa de punição ou

exclusão do diferente, do que incomoda, ou do que não produz o que se espera, seja por aprisionamento, ou por castigo, como se faz nos manicômios. E como se faz, quando se aprisiona um ser humano a um estigma, e muda-se a sua “canção” em um barulho insuportável para ele e para todos que deveriam repensar a lição daquela tribo africana, como fez o participante da Oficina, mencionando que “é justamente ao contrário do que costumamos fazer, quando alguém faz algo de ruim, ‘a gente pensa em punir, não só com palavras, mas com castigos. Não se pensa em recuperar a pessoa” (sic).

A narrativa do caso da juíza que iria retirar o mátrio poder da usuária de drogas evoca este lugar de poder legitimado que deslegitima a política pública – CAPS AD – não a aceitando como *locus* e *modus* de cuidado, sendo que é o único recurso que a usuária vulnerabilizada, sem recursos financeiros, tem acesso para ser cuidada, constringendo-a a um provável internamento para não perder definitivamente suas filhas. Em concordância, Spivak (2010) diz em outras palavras, que lhe é retirado o lugar de fala, já que subalternos não podem falar, a não ser, agenciados por quem legitima o poder. Como disse a participante, a pessoa que tem transtornos mentais não tem direito à vida, é controlada por medicamentos e abusada pelo sistema e por outras pessoas ditas normais, independentemente da idade. Deste modo, a sua reabilitação social, segundo Pitta (2021), fica comprometida, visto não promover a autonomia e respeitar suas limitações. Como já mencionado, o Apoio Matricial ameaça estas estruturas, constituindo-se este tipo de gestão, segundo Treichel, Onocko-Campos e Campos (2019, p. 8-9), Reis (2020; 2021), Gonçalves e Peres (2018), Brasil (2011), um obstáculo político. Olhando sob uma ótica interseccional dos feminismos e a Luta Antimanicomial, proposta por Pereira e Passos (2017) e Nascimento *et al.* (2020), Romão e Zanello (2018), que entrecruza as iniquidades sociais, de gênero, classe e poder, permeadas pela violência, é importante ressaltar que a narrativa da participante da Oficina, apresentou a figura de uma mulher em espaço privilegiado de poder, de tomadas de decisões – o poder Judiciário – versus outra mulher, sua semelhante de gênero, fragilizada pelo uso problemático de substâncias psicoativas, em situação de opressão e ameaça de perda significativa, onde a evocada sororidade dos feminismos está em total ausência. Isto denota que o referido magistrado atuou no sentido favorável ao aprisionamento físico, recusando o cuidado em liberdade dos CAPS AD, favorecendo as CTs, o que é oposto à Reforma Psiquiátrica Brasileira/ Política de SM no Brasil e à proposta de Angela Davis *et al.* (2023), do feminismo abolicionista, que preconiza o acolhimento.

Ressalta-se que o uso de álcool e outras drogas, polemizado atualmente com as propostas de liberação da maconha, dentre outros questionamentos, remete ao momento da

Oficina em que se apresentam retratos cotidianos dos efeitos colaterais da medicalização desmedida a uma adolescente, expressa em sua poesia “Perdi a minha alma”, compartilhada pela facilitadora. Questiona-se aqui até que ponto, mesmo sendo direito do usuário o acesso aos medicamentos para seu tratamento, como expresso por Garcia (2020), têm sido estes administrados de forma adequada, suficiente e humanizada para garantir a qualidade de vida e das relações dos usuários com o mundo que o cerca. Sem dúvidas, há casos semelhantes ao da jovem poetisa, nos quais fica nítida a impregnação medicamentosa, tolhendo da adolescente os sentimentos e expressões que a fazem se sentir viva – sentindo-se como um “corpo no caixão”. Em concordância com Garcia (2020), Camargo Júnior (2003) e Amarante (1995) enfatiza-se que é preciso romper com práticas que promovam ou ampliem os processos de medicalização da vida, buscando um equilíbrio, um uso mínimo de psicotrópicos, sem despersonalizar e comprometer os processos subjetivos dos usuários.

Outra questão que pode ser refletida que envolve a medicalização, é sobre as polêmicas levantadas em relação à manutenção do uso de drogas ilícitas, no método da Redução de Danos, oriundas de uma postura francamente moralista. Desconsidera-se, portanto, que na perspectiva da Redução de Danos o objetivo é minimizar danos de natureza biológica, psicossocial e econômica das pessoas em uso problemático de álcool e outras drogas já que elas são cuidadas psicossocialmente, comunitariamente, com o suporte dos CAPS AD. As críticas vêm sobre o aspecto da legalidade, da criminalização do usuário, mas negligencia-se que na prática, nas clínicas e hospitais psiquiátricos há apenas uma troca de drogas, mantendo-se os usuários na dependência de substâncias. Deste modo, não há mudanças que repercutam na autonomia dos sujeitos. Na Estratégia da Redução de Danos, ainda que não seja um pré-requisito a abstinência total, educa-se sobre os riscos que o consumo de drogas acarreta ao organismo e a vida dos sujeitos, sobre prevenção de overdose, promove-se estilos de vida saudáveis, que podem incluir a abstinência, e apresenta-se aos usuários os serviços de atenção médica, psicológica e social. Ou seja, nessa perspectiva não cabe culpabilizar a vítima e toma-se o usuário em sua integralidade e valoriza-se e promove-se sua autonomia em seu processo de vida e escolhas que faz.

Enfim, o processo da Luta Antimanicomial foi evidenciado como caminho de ruptura destas relações sistêmicas de opressão sobre as pessoas com transtornos mentais e mesmo com sofrimento mental, psíquico intenso, as quais, dentre outros, eram depositadas e negadas subjetiva e coletivamente, como uma “massa disforme” e indesejada, pelo interesse de uma minoria opressora, normatizadora, com um pensamento colonialista, movidos por uma força necropolítica, como concebido por Mbembe (2018). Tal luta não se concluiu com a Reforma

Psiquiátrica Brasileira (RPB). Ela apresenta desafios, presentes nas equipes da SM e AB na Região extremo-sul baiana, mas vem dando passos em direção de sua efetivação na prática, como se pode evidenciar a partir das experiências relatadas nas Oficinas. “Nenhum passo atrás, manicômio nunca mais”, é o lema que prediz a Luta Antimanicomial. A Reforma “nossa de cada dia” precisa continuar se renovando, frente às novas gerações, como deduzido por Vasconcelos (2012), pois como na “Casa de Irene”<sup>27</sup>, famosa canção do italiano Nico Fidenco, interpretada no Brasil pelo cantor Agnaldo Timóteo, cada dia “tem gente chega, tem gente que sai” nos serviços e nos territórios da assistência em SM. Assim, até mesmo a rotatividade de pessoal, que pode trazer entraves aos serviços, também pode ser vislumbrada de forma positiva, como potencialmente provocadora de transformações dentro e fora de cada sujeito participante do circuito usuários-famíliares-trabalhadores-equipas-comunidade.

Entende-se que os princípios da RPB, colocados por Amarante (1996) - a Desinstitucionalização; Noção de território; Organização da atenção à saúde mental em rede; Intersetorialidade; Atenção integral, contínua e de qualidade - precisam ser cuidadosamente revisados e aplicados todos os dias nas relações de cuidado da SM na AB, no território. Este compromisso é necessário para que a cada desafio na implementação do Apoio Matricial seja confrontado com um cuidado mais efetivo em SM, para que a democracia em Saúde se fortaleça, seja na vida dos usuários, ou dos trabalhadores, ao construírem o cuidado corresponsabilizado. As possibilidades de enxergar o território de um novo modo, expressas pelos participantes da Oficina, explorando o território da “ilha desconhecida”, que sempre esteve ali, à sua frente, como aludido por Saraceno (2011), denotaram o quanto a Educação Permanente pode produzir resultados e ampliar possibilidades de resolutividade em Saúde Mental (Gonçalves; Peres, 2018; Lima; Dimenstein, 2016; Eslabão *et al.*, 2019; Reis, 2020; 2021).

As Oficinas proporcionaram oportunidade de pensar, refletir paradigmas e fazeres profissionais, conhecer formas de implementar esta estratégia multiplicadora de acesso, de modo possível. O Apoio Matricial pode ser mais acessível se fomentado em redes, conforme previsto por Brasil (2011), para sua operacionalidade - rede de apoio social e/ou pessoal do sujeito; a rede de serviços de saúde; rede intersetorial do território estudado. De modo geral, profissionais de todos os níveis de formação foram contemplados nas Oficinas e sementes

---

27 “A casa de Irene, de noite e de dia, tem gente que chega, tem gente que sai. A casa de Irene tem, enfim, alegria, na casa de Irene, a tristeza se vai”. Trecho da música disponível em: <https://www.letras.mus.br/agnaldo-timoteo/577386/>

foram lançadas no território da Região de Saúde Porto Seguro, havendo uma variedade de profissionais/funções participando, gerando-se transformações no processo, ao ponto de os participantes, mencionarem mais de uma vez que todo o intersetor deveria passar pela Oficina.

Ainda que incipiente, o Apoio Matricial está presente em alguns municípios, como expresso pelos participantes dos Municípios 1 e 2, cujas equipes já têm um olhar específico para estas ações dialógicas. Ainda que tenham sido revelados equívocos, mesmo nessas cidades onde já existia experiência prévia com essa tecnologia social, observou-se um profundo interesse por compreendê-la melhor, e o desejo de buscar caminhos possíveis para melhor implementá-la e desenvolvê-la.

Por fim, constatou-se uma maior sensibilização para o assunto e, portanto, possível comprometimento em tentar articular as ações de Apoio Matricial entre SM na AB, mediante as partilhas dos trabalhadores da SM e AB, ampliando-se as perspectivas no sentido expresso dos participantes em não deixar “morrer ali a oficina”, mas colocá-la em prática nos territórios, através do Matriciamento. Assim, pode-se sugerir que essa tecnologia social, em meio aos trabalhadores presentes nas oficinas, passou a ter um caráter não apenas técnico, mas reformista, político “de reconhecimento e valorização da vida das pessoas em sofrimento, das pessoas estigmatizadas, e excluídas por suas diversidades e demais características” convergindo com a análise de Amarante (2019, p. 35), que caracteriza a Reforma Psiquiátrica Brasileira como um processo civilizatório consumado a cada dia desta persistente luta por um SUS mais pleno e um cuidado produtor de saúde.

#### **4.2.4 Uma breve análise dos desafios e potencialidades no território – desvendando a “ilha” para implementação de ações matriciais**

A descoberta do território como recurso vivo e dinâmico, na ótica de Santos (2001), com potencial produtor de Saúde foi uma das evidências que apontaram para o teor transformador das Oficinas de Educação permanente/Preparatórias para o Apoio Matricial, desenvolvendo um dos aspectos essenciais para articulação com os pontos de atenção nas comunidades, e implementação de ações matriciais inclusivas dos usuários. Como já citado, Saraceno (1999) descreve o território como uma ilha, plena de recursos e potenciais criativos, porém, invisibilizados, bem como os próprios serviços da rede entre si. Utilizando o recurso da *Nuvem de palavras*<sup>28</sup>, confeccionada a partir das listas nos painéis desenvolvidos pelos

---

<sup>28</sup> Como ilustração, utilizou-se o recurso das Nuvens de Palavras, como fontes de significados, para identificar o que talvez não esteja tão evidentes aos profissionais, sendo recursos gráficos que representam frequências de palavras utilizadas em um











participarem (83,1% no momento quantitativo e 81% no qualitativo), remetendo à questão do cuidado ser tipicamente uma função feminina no âmbito cultural. Os resultados obtidos no questionário apontaram que os participantes da pesquisa tinham alguma experiência em termos de tempo atuando no território. De fato, 45,8% dos participantes tinham mais de 10 anos de trabalho. Porém, quanto à habilidade de articular-se nele, em termos de ações compartilhadas e conhecimento de suas potencialidades neste sentido, nas Oficinas tais habilidades mostraram-se ainda incipientes, principalmente no âmbito do Apoio Matricial. A restrição de cuidados é ainda muito mais presente dentro dos CAPS, do que fora deles, denotando a necessidade de mudanças.

Sobre conhecer o Apoio Matricial, 74% dos participantes nos questionários demonstraram conhecer a definição, em termos teórico-conceituais, porém, nas Oficinas, ao serem indagados sobre como fazer, houve silêncios e negativas. Assim, transparece a diferença que existe entre o “saber” e a “prática” do Matriciamento – o “saber” e o “saber fazer”, tal como percebida por Reis (2021), apontando para a necessidade de Educação Permanente acerca do Apoio Matricial. Observou-se, portanto, pouca habilidade técnica que possibilitaria o “colocar em prática” de modo mais rotineiro, uma vez que tanto nas Oficinas, como nos questionários, a frequência com que o Matriciamento ocorre foi baixa. Conhecimentos sobre SM na AB, de modo geral são necessários. A presença do medo/ receios/resistências de lidar e trabalhar com usuários da SM foi detectada em ambos os momentos quantitativo e qualitativo. Tais convergências apontam para uma necessidade de investir na quebra de paradigmas, como citado por Nunes e Torrenté (2009) e Garcia (2020) e outros estudiosos.

A existência de vínculos precarizados que atrapalham os processos de implementação do Apoio Matricial esteve presente também em ambos os momentos da pesquisa. E este é um ponto que desmotiva recomeços a cada mudança de gestão, porém, é necessário seguir adiante, caminhando nos aprendizados recebidos e tentando multiplicá-los aos que chegam. O reconhecimento de que o Apoio Matricial é uma estratégia de ampliação do cuidado e do acesso para com os usuários com sofrimento psíquico e transtornos mentais foi comum em ambos momentos da pesquisa. Tal reconhecimento implica na certeza do aumento da resolutividade no âmbito da AB, fato que confere atratividade por parte dos profissionais para que ele venha a ser implementado em seus territórios. A necessidade de preparo mais qualificado também foi uma demanda comum, ressaltando-se que nas Oficinas foi mencionado que todos os setores e funções deveriam participar, por ser uma tecnologia social intersetorial, uma vez que para o Apoio Matricial não houve preparo suficiente nas graduações ou cursos em outros momentos formativos para os participantes. Assim, os desafios de cunho epistemológicos foram comuns

nos dois momentos, e os dados levantados nas oficinas convergem aos dados estatísticos: a informação/conhecimento de como implantar o Matriciamento foi um desafio constatado. Vale lembrar que o próprio Matriciamento, com seu caráter pedagógico, propicia a ampliação de saberes e de caminhos para resolutividade, como já dito por Campos (1999), Campos e Domitti (2007), Morais (2010), dentre outros.

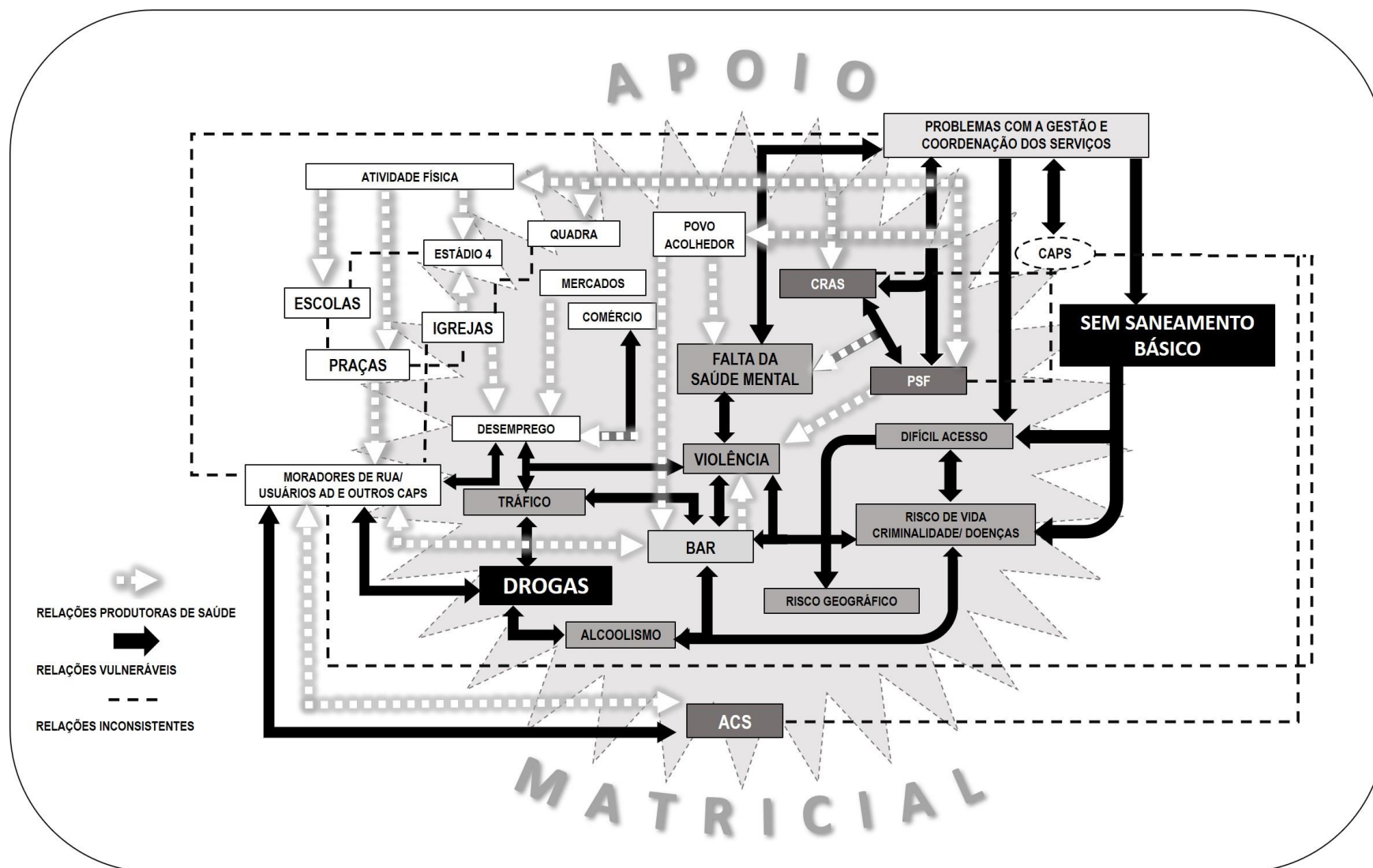
Sobre os efeitos que o treinamento ou outras experiências de oficinas potencialmente trazem sobre a percepção do Apoio Matricial, de fato, os resultados das oficinas diferem um pouco daqueles encontrados a partir da aplicação da *Escala de Percepção de Avanços e Desafios do Matriciamento*. De modo geral, durante as Oficinas observou-se que os profissionais que passaram por algum tipo de treinamento explicitaram que percebem muito mais os avanços que o Matriciamento trouxe e pode trazer para o cuidado do usuário, para as equipes de saúde e para todo o território, se comparados aos profissionais que nunca passaram. Por outro lado, os resultados da Escala indicam que tais avanços são percebidos até mesmo por quem nunca passou por treinamentos. Tanto nas Oficinas, como com base nos resultados da Escala, os profissionais que passaram por treinamentos ou capacitação para o Matriciamento são mais críticos aos problemas de gestão, tal como relatado por Treichel, Onocko-Campos e Campos (2091) e Reis (2021).

Como é possível perceber, os resultados obtidos nos dois momentos da pesquisa ora convergem-se entre si, ora complementam-se, o que permite ter uma ampla ideia dos caminhos possíveis que se é possível trilhar para fortalecer as potencialidades e buscar superar as vulnerabilidades do Matriciamento dentro dos múltiplos territórios. De fato, pode-se notar que para cada fragilidade parece insurgir uma força ou potencialidade. Observa-se, por exemplo, a partir da Figura 15, que apesar das frágeis relações intersetoriais e com a gestão, os serviços estão presentes e foram citados como potencialidades. Por outro lado, os serviços também mantêm relações frágeis com os territórios, necessitando conectar mais os desafios presentes, como drogas, álcool, moradores de rua, dentre outros citados, com as potencialidades dos territórios. O mesmo ocorre com os pontos de atenção/potencialidades do território, que precisam interagir mais com os serviços, porém, não apenas para seus próprios fins, mas com um olhar mais sensível aos usuários que habitam seu entorno. Sugere-se que sensibilizar e informar a comunidade é um papel tanto da AB, como da SM para estas pautas, fortalecendo vínculos com os serviços e usuários, como visto nos estudos e pesquisas apresentados neste trabalho, a exemplo de Moro (2020) Moro e Rocha (2021; 2022), Amarante (2007; 2005), dentre outros. Para melhorar os serviços, defende-se a necessidade de mais qualificação e os profissionais colocam-se receptivos a isso, o que é uma potencialidade, bem como a

implementação adequada e continuada do Apoio Matricial. Por fim, arrisca-se dizer que o território traz ambiguidades porque nele se estabelecem relações, ao mesmo tempo, produtoras de saúde e produtora de vulnerabilidades, como foi possível observar na Figura 15, a exemplo dos bares que são citados como potencialidade e como desafio. Culturalmente, a relação com o bar na comunidade está associada a diversão, porém, para o usuário em uso problemático com álcool e outras drogas, tem-se uma ideia nociva. Ressignificar saúde e doença, espaços e formas de cuidado, como exposto por Gofman (1981) e Reis (2021) é um desafio de mudança estrutural, no trabalho em Saúde Mental e na Atenção Básica, envolvendo quebra de estigmas sociais que limitam o uso do território de modo ampliado e produtor de saúde. O mesmo cabe à ambiguidade da relação dos ACS com os usuários com transtornos mentais e sofrimento psíquico intenso. Nas oficinas evidenciou-se a sensibilização para o cuidado, mas a presença do medo e receios para com este público, bem como na pesquisa quantitativa – como visto na Figura 15, o território apresenta riscos em decorrência da guerra do tráfico, o que dificulta essa relação ACS- usuário – território, como uma relação simbólica Cuidado *versus* Ameaça. Há riscos reais, porém, possibilidades de transpor essas barreiras se a ótica da saúde e do sujeito integral tomar o lugar dos estigmas. Em suma, há infinitas possibilidades de melhor explorar o território visando a inclusão dos usuários da Saúde Mental e o seu cuidado integral para produzir saúde.

A Figura 16 apresenta os itens de maior frequência por município, acerca de suas potencialidades e desafios, bem como das expectativas antes e depois das oficinas. Foi possível a partir dela, observar a semelhança tanto nas expectativas, como feedback das oficinas, transitando quase que uniformemente pelo “Conhecimento” e “Aprendizagem”, o que sugere ter sido satisfatório para os participantes aquele momento de trocas, bem como para a pesquisadora. Pode-se observar também nesta Figura que a presença ambígua do Bar está inserida, bem como de possíveis pontos de atenção mais mencionados, presentes nas comunidades (igrejas, escolas, comércios, praças, atividade física, estádios, dentre outros), como já foi dito, podem ser ativados de modo intersetorial, nas reuniões de Apoio Matricial, destinadas à busca do bem estar comunitário, uma vez que os desafios apresentados pelos participantes são pertinentes à toda a comunidade. A ressignificação proposta por Gofman (1981) inclui aqui a retirada do enfoque nas “lutas contra as drogas” pela a “luta compartilhada e corresponsabilizada pela saúde da comunidade e dos seus integrantes, o que inclui os usuários. Sugere-se que só assim, os milhares de “Zés” espalhados pela região poderão, quem sabe algum dia, gradualmente, ouvir novamente sua “canção”, esquecida e encoberta pelos paradigmas punitivos de uma cultura estruturalmente psicofóbica.

Figura 15 - Aproximações entre desafios e potencialidades dos territórios apresentados pelos participantes da Atenção Básica e Saúde Mental.



Fonte: Elaborado pela autora com base no Diário de Bordo e dinâmica da Fase 1 das oficinas.



## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente Tese teve como objetivo central caracterizar a percepção de profissionais da Saúde Mental e da Atenção Básica acerca dos avanços e desafios encontrados na sua prática profissional no processo de Matriciamento dentro do contexto do trabalho em rede, nos municípios da Região Extremo-sul baiana (Região de Saúde Porto Seguro) e executar e analisar uma proposta de Oficina de Educação Permanente/Oficina Preparatória para o Apoio Matricial junto a esses profissionais.

A tese aqui defendida é de que essa tecnologia social apresenta inegáveis avanços, na medida em que se mostra capaz de fazer rupturas radicais com o modo tradicional de tratar da pessoa com transtorno mental e sofrimento psíquico intenso, fomentando a desinstitucionalização do cuidado. De acordo com esse estudo, é possível constatar uma série de avanços observados pelos profissionais da SM e da AB: o Matriciamento promove o aumento da resolutividade dos casos, em nível de AB, e permite a ampliação do acesso e do cuidado dos usuários ao serviço de SM. Portanto, promove o aumento da possibilidade de inclusão social das pessoas com transtornos mentais.

Além disso, do ponto de vista da mudança atitudinal, ele constitui-se como promotor de descobertas de novas possibilidades de práticas, de uso de espaços de apoio e de formas de intervenção no trabalho entre Saúde Mental e Atenção Básica, portanto, permite o preparo mais qualificado dos profissionais para atuar em rede. Também oportuniza o aumento da compreensão sobre transtorno mental/sofrimento psíquico, promovendo uma visão mais integral das pessoas com transtornos mentais e cria possibilidades de reflexões coletivas relativas a formas de cuidados mais humanizadas.

No campo da atuação, permite maior troca de conhecimentos entre a equipe de saúde e atendimentos compartilhados. Isso diminui o estresse das equipes, na medida em que os profissionais conseguem compartilhar responsabilidades dos casos.

Finalmente, o Matriciamento propicia mudanças positivas de paradigmas culturais na medida em que atua diretamente no território, onde as relações se processam, *locus* do trabalho vivo, na promoção da autonomia e liberdade das pessoas com sofrimento psíquico e transtornos mentais, permite maior sensibilização e compromisso das Equipes de Saúde da Família e da Saúde Mental e promove uma maior visibilidade das necessidades em Saúde Mental pelas Equipes de Saúde da Família. Isso se reflete na melhoria do acolhimento dos usuários na sua comunidade.

Por outro lado, também se defende a tese que o Matriciamento ainda encontra múltiplos e históricos desafios, que nesse estudo se mostraram ainda em maior número. Os problemas relativos à gestão tiveram maior impacto entre os desafios, uma vez que essa foi a dimensão que teve maior variância explicada na Análise Fatorial realizada (ver Apêndice I). Dentro dos problemas que devem ser resolvidos pela gestão, está a quebra dos vínculos entre equipes, fragilizando o funcionamento em rede e principalmente, entre profissionais e usuários devido ao fato de os profissionais terem contratações temporárias curtas e mudanças por motivos políticos, que geram descontinuidade do acompanhamento e interrupções do cuidado. Também são vistas como problemas as contratações de profissionais por clientelismo, sem preparo técnico, prejudicando a qualidade dos serviços. Relativo à postura da gestão, houve indicação de pouco compromisso para organização dos encontros de Apoio Matricial e com a articulação de ações entre Atenção Básica e Saúde Mental.

O preconceito e a psicofobia também se apresenta como um importante entrave, que ficam transparecidos na visão negativa do Matriciamento e limitada sobre como deve ser feito o tratamento das pessoas com transtorno mental. Tal visão é sustentada pela crença, tanto das famílias, como de alguns profissionais, de que o tratamento para pessoas com transtornos mentais é feito pelo médico, com remédios controlados, nos CAPS, setor de Saúde Mental, para onde devem ser encaminhadas. Embebidos de tais crenças, os profissionais acreditam que o Matriciamento é uma sobrecarga de trabalho, um repasse de funções não produzindo efeitos positivos para os usuários e nem para os serviços.

A questão da deficiência na formação profissional e da falta de investimento em educação permanente também se afigura como central para se pensar os desafios do Matriciamento. Os profissionais queixam-se de falta de informação e de conhecimento das equipes de como implantar o Matriciamento, de dificuldade de entendimento na proposta do Apoio Matricial, de dificuldades em compreender o papel dos NASF e de como eles funcionam e mesmo do desconhecimento da possibilidade de atuação do Apoio Matricial. Há também o desafio inerente à falta de preparo das Equipes de Saúde da Família para acolher e cuidar de pessoas com sofrimento psíquico e com transtornos mentais. Por fim, há ainda as dificuldades impostas pelas condições de trabalho e pela desinformação da população e familiares acerca das ações do Matriciamento. Como era de se esperar, as dificuldades nas condições de trabalho, geram estresse e sobrecargas. Os profissionais tendem a concordar que a saúde está constituída de uma rede de serviços fragmentada, desconectada e que há burocratização do atendimento. Como entraves das famílias e da comunidade em geral, eles queixam-se que há pouca participação dos familiares que não estão próximos dos serviços e que há falta de informação



da população sobre a assistência em rede e no território.

Chama a atenção na análise dos desafios, o fato de os profissionais, apresentarem opiniões contraditórias quanto aos problemas relativos a suas atitudes ou falta de comprometimento de sua parte com as ações de Matriciamento. A contradição pôde ser observada quando se considera as respostas emitidas no questionário, que trazia perguntas com respostas de múltipla escolha, e na Escala psicométrica que mediu avanços e desafios do matriciamento. Na escala, em média, observou-se que eles discordaram de que existe esse tipo de problema. Isto é, eles discordam que não querem desenvolver ações coletivas/compartilhadas, que o descrédito que muitos profissionais têm nas ações de Apoio Matricial leva à falta de adesão aos tratamentos por parte dos usuários, ou que exista dificuldades de comunicação entre profissionais e usuários. Também não acreditam que exista indisposição e resistências por parte dos profissionais da Atenção Básica (AB) em trabalhar com Saúde Mental (SM), devido ao preconceito/medo/discriminação para lidar com as pessoas com transtornos mentais. Da mesma forma, não se sentem pressionados pela população e pela AB para realizar atendimentos individuais, e discordam que haja dificuldades de diálogo entre ambas as áreas (AB e SM).

Por outro lado, no questionário, o desafio preconceito/medo/discriminação para lidar com as pessoas com transtornos mentais, dificultando a participação dos usuários nas ações, ocupou o 4º lugar dentre os maiores desafios encontrados. Indisposição/ resistências dos profissionais da Atenção Básica em trabalhar com Saúde Mental ocupou o 5º e dificuldades de diálogo entre as áreas da SM e da AB ocupou o 6º lugar. Talvez, a razão para esse resultado contraditório esteja nos comandos usados em ambos os instrumentos. No questionário, pede-se que o participante indique quais, dentre os aspectos listados, ele considera como dificuldades/desafios observados para realização do trabalho de Matriciamento entre Saúde Mental e Atenção Básica. No comando da escala, pede-se que o participante se implique na resposta, na medida em que se solicita que ele indique o grau de concordância algumas afirmações que denotam avanços e desafios, **considerando o que ele vive ou viveu na sua prática profissional**. Pede-se ainda, que ele não pense no que corresponde ao nível ideal, mas sim ao nível de realidade, levando em conta **sua própria experiência como profissional**. Assim, ao falarem dos problemas com as atitudes ou falta de comprometimento dos profissionais com as ações de Matriciamento, percebe-se que quando eles falam dos profissionais em geral, eles tendem a achar que isso é um problema relevante, mas quando se sentem implicados na questão, não parecem reconhecer em si mesmos alguma responsabilidade por esse tipo de problema que pode afetar a implementação e

desenvolvimento do Matriciamento.

Em termos do “saber” e do “saber fazer”, inerentes à formação e a prática profissional, observou-se um descompasso entre teoria e prática. Ainda que a maioria (74%) tenha indicado corretamente o conceito de Matriciamento, uma parcela significativa de 45,2% afirma não saber ou não se lembra que é parte de seu cargo realizá-lo. Além disso, quase 7 em cada 10 participantes (67,2%) não conhecem os documentos do Ministério da Saúde (MS) ou não lembra desses documentos. Finalmente, ainda que quase a metade (48,9%) dos participantes já tenha participado de ações matriciais, aproximadamente 6 em cada 10 (58,2%) não recebeu treinamentos sobre Matriciamento. Esse resultado já era esperado, porque este tem sido o cenário apontado por outras pesquisas na área, e por conta dessa expectativa foi que se incorporou na presente pesquisa a modalidade da pesquisa-ação, com vistas a compartilhar conhecimentos e promover mudanças dessa realidade. Já com relação às análises inferenciais, os resultados indicaram que a percepção desses desafios independe do setor em que o profissional atua, seja AB ou SM, bem como os avanços independem do município em que atuam. Foram encontrados múltiplos efeitos do município sobre os desafios percebidos.

No que diz respeito às diferenças entre os municípios é possível sugerir que, apesar de estarem em uma mesma região de saúde, possuem suas próprias demandas e prioridades, suas relações interpessoais, intersetoriais, relações de poder, que implicaram no engajamento mais forte de alguns, como o Município 7, e menor proporcionalmente de outros, como o Município 1. Sugere-se ser necessário realizar um diagnóstico da Saúde Mental em cada município, a fim de propor caminhos contextualizados a cada local. Para aqueles que não tem CAPS, o país está em momento estratégico, com Conferências Nacionais de Saúde e de Saúde Mental às portas, o que pode ser oportunidade para se questionar o limite populacional para se implantar os serviços de Saúde Mental, uma vez que pactuações ajudam (solicitar um CAPS para servir a dois municípios, como os Municípios 4 e 5), mas não resolvem o problema.

A percepção de avanços e desafios observados com o processo de Matriciamento, independe se o profissional recebeu ou não treinamento, com exceção do “Problema de gestão”, que foi percebido como mais problemático pelos profissionais que já haviam recebido treinamento. Por outro lado, com base nas Oficinas percebeu-se que os profissionais com maior conhecimento e experiência tendiam a ter mais clareza sobre os avanços e desafios. No momento final, das Oficinas, foi feita a análise qualitativa do processo registrado no “Diário de bordo”. De modo geral, os resultados apontam que houve impacto positivo, no sentido de ampliar conhecimentos e sensibilizar participantes, quanto à necessidade incorporar o modelo antimanicomial em SM na AB e do Apoio Matricial em suas práticas. Constatou-se a falta do

“saber fazer”, pela quase inexistência de ações robustas desta tecnologia social, e mesmo o desconhecimento sobre o Matriciamento e sua real importância para o cuidado mais eficiente. Dentre os desafios para executar o Matriciamento de modo permanente e eficiente, destacou-se a rotatividade, a falta de informação e de visão da Gestão. Finalmente, constatou-se entre os participantes tanto da AB, como da SM, a internalização do paradigma manicomial que orienta o cuidado e a forma de ver os usuários com sofrimento psíquico intenso e transtornos mentais graves, o que levou a supor que ainda estão fortemente presentes a crença e a prática centradas no cuidado medicamentoso/médico-centrado, em contraposição à psicossocial.

Este estudo apresenta alguns pontos fortes, mas também limitações. Como ponto forte, destaca-se que empregou a metodologia mista de pesquisa, que permite a coleta de dados de múltiplas formas e por meio de distintos recursos, que na prática da pesquisa e na análise dos resultados funcionam como complementares e permitem uma visão mais ampla do fenômeno. Além disso, no momento quantitativo, contou com uma amostra representativa, já que fez uso da amostragem aleatória, que permite a extrapolação dos resultados para toda a região estudada, e superou, na coleta de dados, o tamanho mínimo indicado para a amostra. Além disso, fez uso de uma Escala que passou por um processo de validação preliminar e foi considerada válida e confiável. Finalmente, ainda no que concerne ao momento quantitativo, lançou mão de análises estatísticas avançadas, inferenciais, o que representa um avanço nas pesquisas de campo sobre o tema que quando fazem uso da estatística, o fazem unicamente por meio da estatística descritiva.

No que diz respeito ao momento qualitativo, o estudo conseguiu empregar a modalidade da pesquisa-ação, o que permitiu ir além da mera coleta de dados. Tal modalidade, como já foi dito, permite o compartilhamento de conhecimentos e experiências, e também funciona como mola propulsora para transformações concretas na realidade laboral dos participantes.

No que diz respeito às limitações, pode-se citar que se optou pela pesquisa-ação, pesquisa participante. Como já foi dito, nesse tipo de pesquisa-ação a intervenção é previamente planejada apenas pelo pesquisador e é ele quem acompanha os efeitos e avalia os seus resultados. Ou seja, ainda que o planejamento tenha sido feito com base em um extenso levantamento de literatura que apontava para alguns desafios que precisariam ser superados, com vistas a organizar conteúdos que dessem conta de sensibilizar os participantes, ao mesmo tempo que fornecessem os elementos teórico-conceituais e técnicos necessários para superar esses desafios, não foram os participantes que falaram sobre os desafios e avanços que percebiam em seus trabalhos. O ideal seria que tivesse havido tempo hábil para analisar os dados coletados no momento quantitativo, compartilhar esses resultados com os participantes,

e, de modo participativo, eleger os temas centrais sobre os quais deveria ser organizada a intervenção, com o objetivo de transformar suas realidades.

Por outro lado, vale ressaltar que mesmo não sendo participativa quanto ao planejamento, esse tipo de intervenção planejada tem o potencial de se tornar um veículo provocador, instigador da crítica, quando o pesquisador a partir de seu aprofundamento na área percebe a necessidade de transformação de uma determinada realidade. Além disso, a pesquisa-ação estratégica promove a construção cognitiva da experiência prática, vivida no cotidiano do cuidado com a saúde dos usuários, de forma coletiva, e propiciam a emancipação dos envolvidos. Uma outra limitação diz respeito ao fato de ter havido uma alta frequência de dados faltantes no preenchimento dos questionários e escala, ou seja, 30% da amostra, bem superior à 5%, que é o ponto de corte aceito. Isso levou à decisão, por parte da pesquisadora, de usar um método de imputação de dados (*Expected Maximization*), que é um dos métodos estatísticos mais avançados e aceitos para resolver esse problema. Sugere-se que futuros estudos desenvolvam meios de monitorar o preenchimento dos questionários/escalas para minimizar esse problema.

Por fim, como limitação, pode se mencionar a baixa adesão de médicos e de outros profissionais da área da saúde com nível superior, tendo sido mais prevalente a participação de Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Sugere-se que futuros estudos alcancem meios de aumentar a adesão desses profissionais de nível superior, uma vez que as transformações requeridas pelo Matriciamento necessitam do engajamento de profissionais de todos os níveis de ensino e de todas as formações para que se torne efetiva.

Finalmente, foi possível perceber que ambos os momentos da pesquisa, quantitativo e qualitativo, funcionaram como aspectos complementares para que se pudesse compreender aquilo que era central no estudo, ou seja, entender os desafios ou dificuldades experimentadas ou imaginadas pelos profissionais advindos da implementação do Matriciamento em seus municípios, no território escolhido, assim como os avanços que podem surgir a partir dessa experiência inovadora. Os resultados aqui encontrados estão em consonância com o que tem sido produzido no Brasil em termos de avanços e desafios, o que nos permite crer que há um corpo substancial de estudos apontando reiteradamente para os resultados satisfatórios para o território dessa tecnologia social para os serviços de saúde e para os usuários e suas famílias quando ele é cuidadosamente implementado e monitorado.

Do mesmo modo, as mesmas dificuldades têm sido reiteradamente encontradas neste campo, desde o surgimento do Matriciamento, o que nos indica que uma vez já tendo sido diagnosticado o problema, é necessário avançar no sentido de sua resolução. A solução passa

por fortalecimento da política pública de saúde mental e de suas interações na AB, para produzir saúde, de modo congruente com os princípios da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial e por urgentes transformações na formação inicial e continuada de todos os profissionais da rede da SM e AB, que deve ser orientada por esses princípios.

Enfim, é importante salientar a importância o Apoio Matricial enquanto tecnologia social de cunho democrático, produtor de Saúde, não somente no âmbito psíquico, social, mas também político. À medida que proporciona espaços coletivos de fala horizontalizados, amplia a escuta qualificada e a possibilidade do exercício da cidadania, cujas discussões enfocam a saúde, não a doença, saúde esta no sentido ampliado e integral dos sujeitos envolvidos no processo de construção compartilhada. A partir dos encontros matriciais, possibilidades de participação na comunidade e do fortalecimento de grupos vulnerabilizados viabilizam a articulação política de suas lutas, das quais, a Luta Antimanicomial, não somente pelo agenciamento da fala, no sentido spivakiano, mas da criação de oportunidades inclusivas, fortalecendo o protagonismo dos próprios usuários.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, K. F. e ROCHA, M. L. Práticas Universitárias e a Formação Sócio-política. **Anuário do Laboratório de Subjetividade e Política**, nº 3/4, 1997, pp. 87-102.

ALBUQUERQUE, Aline. **Direitos Humanos dos Pacientes**. Curitiba: Juruá, 2016.

ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O.. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3061–3068, jul. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/5vBh8PmW5g4Nqxz3r999vnr/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 10 ago. 2023.

ALMEIDA FILHO, Transdisciplinaridade e Saúde Coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**. 11(1/2). 1997. 5-20 p. Disponível: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81231997000100005](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81231997000100005) Acesso em: 10 dez. 2020

ALVAREZ, A. P. E.; VIEIRA, Á. C. D.; ALMEIDA, F. A. Núcleo de Apoio à Saúde da Família e os desafios para a saúde mental na atenção básica. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 29, n.4, p. 1-17, 2019.

AMARAL, C. E. M.; TORRENTÉ, M. O. N.; TORRENTÉ, M.; MOREIRA, C. P. Apoio matricial em Saúde Mental na atenção básica: efeitos na compreensão e manejo por parte de agentes comunitários de saúde. **Interface (Botucatu)** [online]. vol. 22, n. 66, p. 801-812, 2018. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-954303> Acesso em: 10 Out. 2022.

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial** (2 ed.). Rio de Janeiro: Fiocruz. 2007.

AMARANTE, P. D. C. (org.). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. SDE/ENSP. Rio de Janeiro, 1995.

AMARANTE, P. D. C. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/41910/3/amarante-9788575413272.pdf> Acesso em: 10 Jan. 2020.

AMARANTE, P. e LIMA, R. **Loucos pela diversidade: da diversidade da loucura à identidade da cultura. Relatório final** / Coordenado por Paulo Amarante e Ricardo Lima. Rio de Janeiro: s.n., 2008. 105 p.

AMARANTE, P.; CRUZ, L. B. (Orgs.) **Saúde Mental, formação e crítica**. Rio de Janeiro. Laps. 2015. 100 p.

AMARANTE, P.; NUNES, M. DE O.. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 2067–2074, jun. 2018. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/tDnNtj6kYPQyvtXt4JfLvDF/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 10 Fev. 2022.

AMARANTE, Paulo. A ameaça “técnica” da indústria da loucura. **Revista Radis**, n. 198, 2019. Disponível em: <https://radis.ensp.fiocruz.br/todas-edicoes/radis-198/> Acesso em: 10 Abr. 2022.

ANDRADE M. C.; BURALI, M. A. *et al.* Loucura e trabalho no encontro entre saúde mental e economia solidária. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 33, n. 1, p. 174–191, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/RyhNc6HDZG7BTsHrM3djHnc/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 10 Set. 2022.

ANGELL, Marcia. **A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos**. Rio de Janeiro: Editora Record, 2007.

ARAUJO, Tânia Maria de; TORRENTÉ, Mônica de Oliveira Nunes de. Saúde Mental no Brasil: desafios para a construção de políticas de atenção e de monitoramento de seus determinantes. **RESS. Revista do SUS**. Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, 32(1):e2023098, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/sHG86NSQNYmDLY5CxdBc3gN/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 01 Set. 2023.

ARBEX, Daniela. **Holocausto brasileiro**. 1. ed. – São Paulo: Geração Editorial, 2013.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). **Contribuição dos pesquisadores da Rede APS ao debate sobre as recentes mudanças na política de atenção primária propostas pelo MS**. 8º Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde, João Pessoa. 27 de setembro de 2019. Disponível em: <http://www.analisepoliticaemsaude.org/oaps/documentos/noticias/contribuicoes-rede-aps/> Acesso em: 01/ 12/ 2019.

ATHIÉ, Karen; FORTES, Sandra; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Matriciamento em saúde mental na Atenção Primária: uma revisão crítica (2000-2010). **Rev Bras Med Fam Comunidade**. Rio de Janeiro, 2013 Jan-Mar; 8(26):64-74. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/08/881022/536-3693-3-pb.pdf> Acesso em: 10 jul. 2018.

AUSTIN *et al.* Missing Data in Clinical Research: A Tutorial on Multiple Imputation, **Canadian Journal of Cardiology**, v. 37, n. 9. 2021. doi.org/10.1016/j.cjca.2020.11.010. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33276049/> Acesso em: set. 2022.

BALDISSERA, Adelina. Pesquisa-ação: Uma metodologia do “conhecer” e do “agir” coletivo. **Sociedade em Debate, Pelotas**, v.7, n. 2, p.5-25, 2001.

BALTAZAR, Tiago Hercílio. Os saberes "PSI" no diagnóstico de história da loucura de Michel Foucault. **Psicol. rev. (Belo Horizonte)**, Belo Horizonte, v. 23, n. 3, p. 860-881 dez. 2017. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-11682017000300006&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682017000300006&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 10 ago. 2021.

BARRETO, Adalberto de P. **Terapia Comunitária passo a passo**. 4ª Edição. Gráfica LCR. Fortaleza, 2008. 408 p.

BARROS, Juliana de Oliveira *et al.* Estratégia do apoio matricial: a experiência de duas equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) da cidade de São Paulo, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 9, p. 2847–2856, 2015. Disponível em: Acesso em: 2 out. 2019.

BARROSO, Sabrina M.; SILVA, Mônia A. Reforma Psiquiátrica Brasileira: o caminho da desinstitucionalização pelo olhar da historiografia. **Revista da SPAGESP - Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo**. Jan.-Jun. 2011, Vol. 12, No. 1, pp. 66-78. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-29702011000100008](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702011000100008) Acesso em: 08 Jan. 2020.

BASAGLIA, F. **A Psiquiatria alternativa — contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática**. Brasil Debates, São Paulo, 1980.

BEZERRA JR., Benilton. De médico, de louco e de todo mundo um pouco: o campo psiquiátrico no Brasil dos anos 80. *In*: GUIMARÃES, R.; TAVARES, R. A. W. (Orgs.), **Saúde e sociedade no Brasil: anos 80**. Rio de Janeiro, 1994. Relume-Dumará.

BISPO, José Patrício; MOREIRA, Diane Costa. Educação permanente e apoio matricial: formação, vivências e práticas dos profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e das equipes apoiadas. **Cadernos de Saúde Pública** [online], v. 33, n. 9, 2017., e00108116. Epub 28 Set 2017. ISSN 1678-4464. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00108116>. Acesso em: 27 Novembro 2019.

BLINDER, Daniela. Análise da fragmentação da mata atlântica na Região Sul da Bahia: uma contribuição da geotecnologia para o estudo da dinâmica da paisagem. **Anais do X Encontro de Geógrafos da América Latina**. 20 a 26 de março de 2005. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2005. Disponível em: <http://www.observatoriogeograficoamericalatina.org.mx/egal10/Geografiasocioeconomica/Geografiaespacial/04.pdf> Acesso em: 10 abr 2019.

BONDÍA, Jorge Larrosa. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. **Rev Bras Educ**. 2002; v. 19. 20-8 p. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbedu/a/Ycc5QDzZKcYVspCNspZVDxC/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 15 Nov.2021.

BONFIM, I.G. *et al.* Apoio matricial em saúde mental na atenção primária à saúde: uma análise da produção científica e documental. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 17, n. 45, p. 287-300, 02 Jun. 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832013000200004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832013000200004&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 05 Ago. 2022.

BRAGA, Lara Ribeiro; MOTA, Alessivania. **O processo de implantação do matriciamento na rede de um município da Bahia**. (Trabalho de Conclusão de Curso - Especialização). Escola Baiana de Medicina e Saúde Pública. Pós-graduação Especialização em Atenção Básica à Saúde Mental. Salvador, 2014. Disponível em: <http://www7.bahiana.edu.br/jspui/bitstream/bahiana/456/1/O%20PROCESSO%20DE%20IM>



PLANTA% c3% 87% c3% 83O% 20DO% 20MATRICIAMENTO% 20NA% 20REDE% 20DE% 20UM% 20MUNIC% c3% 8dPIO% 20DA% 20BAHIA.pdf Acesso em: 02 fev. 2020.

BRIT, Beth. **Bakhtin: Outros conceitos-chave**. São Paulo: Contexto, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em dados 3**. Brasília. Ministério da Saúde; 2006.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Diretrizes Assistenciais para a Saúde Mental na Saúde Suplementar**. Rio de Janeiro: ANS, 2008a. 75 p. Disponível em: [http://www.ans.gov.br/images/stories/Plano\\_de\\_saude\\_e\\_Operadoras/Area\\_do\\_consumidor/diretrizes\\_assistenciais.pdf](http://www.ans.gov.br/images/stories/Plano_de_saude_e_Operadoras/Area_do_consumidor/diretrizes_assistenciais.pdf) Acesso em: 01/ 05/ 2019.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Legislação. **Decreto nº 9.926, de 19 de julho de 2019**. Brasília, 2019 a. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2019/decreto-9926-19-julho-2019-788859-publicacaooriginal-158766-pe.html> Acesso em: 02/ 02/ 2020.

BRASIL. Casa Civil da Presidência da República. Imprensa Nacional. Diário Oficial da União. **Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019**. Brasília, 2019 b. Disponível em: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180> Acesso em: 02/ 02/ 2020.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal; 1988.

BRASIL. **Lei no 9.394. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional**. Diário Oficial da União 1996; 20 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ações e Programas. **Saúde da Família**. Brasília, 2019 e. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/saude-da-familia>. Acesso em: 03/ 02/ 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. Dulce Helena Chiaverini (Org.). **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília, 2011c. Disponível em: [https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/.../guia\\_pratico\\_matriciamento\\_saudemental.pdf](https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/.../guia_pratico_matriciamento_saudemental.pdf) Acesso em: 01/ 05/ 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Nacional Consolidado da 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8)**. Brasília, 04 a 07 de agosto de 2019. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/16cns/assets/files/relatorios/Relatorio\\_Nacional\\_Consolidado.pdf](http://conselho.saude.gov.br/16cns/assets/files/relatorios/Relatorio_Nacional_Consolidado.pdf) Acesso em: 01/ 12/ 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. E-gestor. Atenção Básica. Informação em Saúde. MS/SAPS/Departamento de Saúde da Família – DESF Unidades Geográficas: BRASIL. **Cobertura da Atenção Básica. Período até novembro de 2019**. Brasília, 2019 d. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml> Acesso em: 03/ 02/ 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei 10.216 de 06 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, 2001. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm#:~:text=LEI%20No%2010.216%2C%20DE,modelo%20assistencial%20em%20sa%C3%BAde%20mental](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm#:~:text=LEI%20No%2010.216%2C%20DE,modelo%20assistencial%20em%20sa%C3%BAde%20mental). Acesso em: 15 Jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 10.708 de 31 de julho de 2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações.** Brasília, 2003a. Disponível em: <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=LEI&numero=10708&ano=2003&ato=1eaQTQ610dRpWT5dc> Acesso em: 08 Jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS.** Brasília. 2017b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/humanizasus> Acesso em: 10 fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 154, de 24/1/2008, (republicada em 4/3/2008). Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF.** Brasília. 2008c. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154\\_24\\_01\\_2008.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html) Acesso em: 05 Jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1863, de 29 de setembro de 2003. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.** Brasília, 2003b. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt1863\\_26\\_09\\_2003.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt1863_26_09_2003.html) Acesso em: 08 Jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2048, de 5 de novembro de 2002. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência.** Brasília, 2002. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048\\_05\\_11\\_2002.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html) Acesso em: 08 Jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.** Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.449, de 25 de outubro de 2018.** Brasília, 2018. Disponível em: <http://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-3-449-de-25-de-outubro-de-2018-48228176> Acesso em: 10 Jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria SAS/MS Nº 224, de 29 de janeiro de 1992.** Disponível em: [https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria\\_224.pdf](https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_224.pdf) Acesso em: 9 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Promoção da saúde. **18 de maio: Dia Nacional da Luta Antimanicomial.** Publicado em 18 de Maio de 2017. Brasília, 2017d. Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/index.php/promocao-da-saude/52612-18-de-maio-dia-nacional->

da-luta-antimanicomial Acesso em: 10 Dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental em Dados – 12**. Ano 10, nº 12, outubro de 2015. Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental. 48p. Brasília, 2015.

Disponível em:

[https://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report\\_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf](https://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf) Acesso em: 10 Fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Assistência e Promoção à Saúde. Coordenação de Saúde Mental. Conferência Nacional de Saúde Mental. **Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília. 1994. 63p. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2conf\\_mental.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2conf_mental.pdf) Acesso em: 9 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Coordenação de Saúde Mental/Coordenação de Gestão da Atenção Básica. **Saúde mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários**. Brasília. 2007. Disponível em:

<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1734.pdf> Acesso em: 16 Nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Dape. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reformas dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas**. Brasília: Opas.Brasilia, 2005. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15\\_anos\\_Caracas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf) Acesso em: 01 Fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica**. Brasília, DF, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Cadernos de Atenção Básica, n. 34. Saúde Mental**. Ministério da Saúde, Brasília. 2013. 176 p. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno\\_34.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf) Acesso em: 01 Abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica, n. 39**. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Volume 1. Brasília. 2014. 116 p. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo\\_apoio\\_saude\\_familia\\_cab39.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf) Acesso em: 07 Mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. (Série E. Legislação em Saúde), Brasília. 2012. 110 p. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/estrategia-saude-da-familia/legislacao/politica-nacional-atencao-basica-2012.pdf/>

Acesso em: 16 Nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Residências terapêuticas: o que são, para que servem.** Série F. Comunicação e Educação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004 c. 16 p.: il. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/120.pdf> Acesso em: 16/ 12/ 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004d. 86 p. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1212.pdf> Acesso em: 12/ 05/ 2019.

BRASIL. Saúde Mental e Economia Solidária. *In:* **Economia Solidária: inclusão social pelo trabalho.** Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada.** Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.64 p. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica\\_ampliada\\_compartilhada.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf) Acesso em: 10/02/ 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **Cadernos HumanizaSUS - Atenção Básica.**, v. 2. Série B. 1ª Edição. 1ª reimpressão. Brasília. 2010. 256 p. Disponível em: <https://redehumanizasus.net/acervo/cadernos-humanizasus-volume-2-atenc%cc%a7a%cc%83o-basica/> Acesso em: 10 Ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Nota Técnica N° 3/2020-DESF/SAPS/MS.** Brasília, 2020. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/01/NT-NASF-AB-e-Previne-Brasil-1.pdf> Acesso em: 02/ 02/ 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: equipe de referência e apoio matricial.** Série B: Textos Básicos de Saúde. Brasília. 2004. 16p. Disponível em: [http://www.heab.fmrp.usp.br/App\\_Data/Conteudo/Arquivos/Humaniza%C3%A7%C3%A3o/Equipe%20de%20Referencia%20e%20Apoio%20Matricial.pdf](http://www.heab.fmrp.usp.br/App_Data/Conteudo/Arquivos/Humaniza%C3%A7%C3%A3o/Equipe%20de%20Referencia%20e%20Apoio%20Matricial.pdf) Acesso em: 12/ 05/ 2019.

BRASIL. Saúde Mental e Economia Solidária. *In:* BRASIL. **Economia Solidária: inclusão social pelo trabalho.** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b. olocar 2005b no texto

BRASIL. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial** (77-84). Ministério da Saúde. Brasília: 2004. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1212.pdf> Acesso em: 10 Abr. 2019.

BRASIL. Últimas notícias. Ações e programas. Saúde da Família. **Saúde da Família.** Publicado: Quinta, 17 de Agosto de 2017. Brasília, 2017a. Disponível em:

<https://www.saude.gov.br/noticias/772-aco-es-e-programas/saude-da-familia/41285-saude-da-familia> Acesso em: 01/ 02/ 2020.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Diretrizes Assistenciais para a Saúde Mental na Saúde Suplementar**. Rio de Janeiro: ANS, 2008a.75 p. Disponível em: [http://www.ans.gov.br/images/stories/Plano\\_de\\_saude\\_e\\_Operadoras/Area\\_do\\_consumidor/diretrizes\\_assistenciais.pdf](http://www.ans.gov.br/images/stories/Plano_de_saude_e_Operadoras/Area_do_consumidor/diretrizes_assistenciais.pdf) Acesso em: 01 Mai. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Mental**. Brasília. 2008b. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=24134&janela=1](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=24134&janela=1) Acesso em: 05 Jan. 2021.

CAMARGO JR., K. R.. Um ensaio sobre a (in)definição de integralidade. *In*: PINHEIRO, R, MATOS, R. A. (organizadores). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO; 2003. p. 35-44.

CAMINHA, E. C. C. R. *et al.*. Relações de poder entre profissionais e usuários da Atenção Primária à Saúde: implicações para o cuidado em saúde mental. **Saúde em Debate**, v. 45, n. 128, p. 81–90, jan. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Scndb667PSqJsNc6ZpySQPg/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 10 Jun. 2023.

CAMPOS, G. W. de S.; AMARAL, M. A. do. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 849-859, Aug. 2007.

CAMPOS, G. W. DE S.. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p. 393–403, 1999. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/BLy9snvLVLbQRcZCzgFGyyD/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 17 Jun. 2021.

CAMPOS, G. W. de S. Modelos assistenciais e Unidades Básicas de Saúde: elementos para debate. *In*: CAMPOS, G.W.S.; MERHY, E.E.; NUNES, E.D. (Orgs.). **Planejamento sem norma**. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 1989. p.53-60.

CAMPOS, G. W. de S. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cad. Saúde Pública**, v. 14. Rio de Janeiro. 863-70 p. 1998. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/NFSNGnbbPr3DFy89XCbSZLN/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 10. Ago. 2018.

CAMPOS, G. W. de S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda**. São Paulo: Hucitec; 2007.

CAMPOS, G. W. de S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de

Janeiro , v. 23, n. 2, p. 399-407, Feb. 2007. Disponível em:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2007000200016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000200016&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 10 Ago.2018.

CAMPOS, G. W. S. *et al.* **Tratado de saúde coletiva**. Saúde em debate (170). 2 ed. Hucitec. São Paulo, 2017. 968 p.

CAMPOS, G. W.de S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999. Disponível em:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81231999000200013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81231999000200013&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 10 Ago. 2018.

CAMPOS, G.W. S., PEREIRA JÚNIOR, N. A Atenção Primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites. Debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, V. 21(9), 2655-2663p. Rio de Janeiro. 2016. Disponível em:  
<http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n9/1413-8123-csc-21-09-2655.pdf> Acesso em: 15/ 02/ 2020.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Projeto Terapêutico e estratégias de promoção em situações de apoio matricial. *In*: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa *et al* (Org.) **Investigação sobre Cogestão — Apoio Institucional e Apoio Matricial no SUS**. São Paulo: Hucitec, 2017. 241 p.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 6.ed. rev. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009. Disponível em: <https://app.uff.br/slab/uploads/GeorgesCanguilhem-ONormaleoPatologico.pdf> Acesso em: 01 set. 2021.

CARVALHO Y. M.; CECCIM, R. B. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. **Tratado de Saúde Coletiva**. 2ª ed. Hucitec. São Paulo. 2012. p. 137–70.

CARVALHO, Danilo Conceição de. **Apoio matricial na atenção básica: sentidos produzidos por psicólogas em um município no interior da Bahia**. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal da Bahia. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Salvador. 2021.

CATTELL, Raymond B. The scree test for the number of factors. **Multivariate behavioral research**, v. 1, n. 2, p. 245-276, 1966.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura C. Macruz. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 5. Oct de 2004. Rio de Janeiro, 2004. 1400-1410 p. Disponível em:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2004000500036&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000500036&lng=en&nrm=iso) Acesso em: 19 Fev. 2020.

CECCIM, R. B.; PINTO, L. F.. A formação e especialização de profissionais de saúde e a necessidade política de enfrentar as desigualdades sociais e regionais. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 31, n. 3, p. 266–277, set. 2007. <https://www.scielo.br/j/rbem/a/PvCZtV4swnJhxG6L7RnD6Qs/?format=pdf&lang=pt> Disponível em: 11 Set. 2021.

CHAVES, M.M.F; CHAVES, S.M.F. A Ciência Positivista: O Mundo Ordenado *In: Iniciação científica*, CESUMAR, Ag-Dez 2000, Vol. 02 n. 02, pp. 69-75. 2000.

COELHO, Maria Tereza A. D. ; ALMEIDA FILHO, Naomar de. Análise do Conceito de Saúde a partir da Epistemologia de Canguilhem e Foucault. *In: GOLDENBERG, P., MARSIGLIA, R. M. G.; GOMES, M. H. A. (Orgs.) O Clássico e o Novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde [online]*. SciELO Books. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003. 101 – 113 p. Disponível em: <http://books.scielo.org> Acesso em: 08 nov. 2021.

COHEN, J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum. 1988.

COLUCI, M. Z. O.; ALEXANDRE, N. M. C.; MILANI, D.. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, n. 3, p. 925–936, mar. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/qTHcjt459YLYPM7Pt7Q7cSn/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 10 Ago. 2023.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM (COREN). Conselho Regional de Enfermagem da Bahia. **Nota de repúdio à Nota Técnica 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS**. Salvador, Bahia, 2019. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2019/02/Nota-de-rep%C3%BAudio-GT-Sa%C3%BAde-Mental.pdf> Acesso em: 11/ 04/ 2019.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Brasil vive uma segunda pandemia, agora na Saúde Mental. **COREN (on line)**. Publicado em 13/08/2022. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/brasil-enfrenta-uma-segunda-pandemia-agora-na-saude-mental\\_103538.html](http://www.cofen.gov.br/brasil-enfrenta-uma-segunda-pandemia-agora-na-saude-mental_103538.html) Acesso em: 25 Out. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL 7ª REGIÃO (CREFITO-07). **Encontro: Profissionais do NASF-AB e o novo financiamento da Atenção Básica**. Publicado em 28 de novembro de 2019. Salvador, 2019. Disponível em: <http://crefito7.gov.br/encontro-profissionais-do-nasf-ab-e-o-novo-financiamento-da-atencao-basica/> Acesso em: 04/ 02/ 2020.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). Conselho Federal de Psicologia; Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão/ Ministério Público Federal. **Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas – 2017/ Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura**. Brasília, DF. 2018. 172 p.: il. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Relat%C3%B3rio-da-Inspe%C3%A7%C3%A3o-Nacional-em-Comunidades-Terap%C3%AAuticas.pdf> Acesso em: 10 Jan. 2022..

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Encontro de Bauru, 30 anos de luta antimanicomial. Conselho Federal de Psicologia presente na luta antimanicomial no Brasil**. Notícias. Publicado em 16 de dezembro de 2017. Brasília, 2017. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/encontro-de-bauru-30-anos-de-luta-antimanicomial-comeca-nesta-sexta-feira-8/> Acesso em: 02 Fev. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA(CFP). **A verdade é revolucionária: Testemunhos e memórias de psicólogas e psicólogos sobre a ditadura civil-militar brasileira (1964-1985)**. Brasília: CFP, 2013. 700 p.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (CNJ). **Resolução n. 487, de 15 de fevereiro de 2023**. Institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário e estabelece procedimentos e diretrizes para implementar a Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência e a Lei n. 10.216/2001, no âmbito do processo penal e da execução das medidas de segurança. Brasília, 2023. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/files/original2015232023022863fe60db44835.pdf> Acesso em: 10 Set. 2023.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). **5ª Conferência Nacional de Saúde Mental irá avaliar a Política Nacional e influenciar em sua execução**. Ministério da Saúde. 2023. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/5cnsm> Acesso em: 10 Set. 2023.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). **Conselho Nacional de Saúde recomenda a extinção do Departamento de apoio às Comunidades Terapêuticas**. Ministério da Saúde. Publicado em Sexta, 10 de Fevereiro de 2023b. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/2874-conselho-nacional-de-saude-recomenda-a-extincao-do-departamento-de-apoio-as-comunidades-terapeuticas#:~:text=O%20plen%C3%A1rio%20do%20Conselho%20Nacional,de%20Apoio%20a%20Comunidades%20Terap%C3%AAuticas>. Acesso em: 10 Set. 2023.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). Sistema Único de Saúde (SUS). **Relatório Nacional Consolidado 16ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 04 a 07 de agosto de 2019. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/16cns/assets/files/relatorios/Relatorio\\_Nacional\\_Consolidado.pdf](http://conselho.saude.gov.br/16cns/assets/files/relatorios/Relatorio_Nacional_Consolidado.pdf) Acesso em: 01 Dez. 2019.

CONSELHO REGIONAL DE NUTRIÇÃO 5ª REGIÃO (CFN - 05). **Sistema CFN/CRN emite nota sobre portaria que possibilita a extinção do Nasf**. Últimas. Salvador, 25 de dezembro de 2019. Disponível em: <https://crn5.org.br/sistema-cfn-crn-emite-nota-sobre-portaria-que-possibilita-a-extincao-do-nasf/> Acesso em: 04/ 02/ 2020.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA 3ª REGIAO (CRP 03). **Evento realizado no CRP-03 debateu os impactos da Portaria do novo financiamento da Atenção Básica para equipes do NASF-AB**. Notícias. Publicado em 19 de dezembro de 2019. Salvador, 2019. Disponível em: <https://www.crp03.org.br/evento-realizado-no-crp-03-debateu-os-impactos-da-portaria-do-novo-financiamento-da-atencao-basica-para-equipes-do-nasf-ab/> Acesso em: 04/ 02/ 2020.

COSTA JUNIOR, Francisco da; MEDEIROS, Marcelo. Alguns conceitos de loucura entre a psiquiatria e a saúde mental: diálogos entre os opostos. **Psicol. USP**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 57-82, mar. 2007. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1678-51772007000100004&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1678-51772007000100004&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 06 Mai. 2019.



COSTA, F. R. M.; LIMA, V. V.; SILVA, R.F.; & FIORONI, L. N. Desafios do apoio matricial como prática educacional: A saúde mental na atenção básica. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, 19(54), 2015. p. 491-502.

CUNHA, Gustavo Tenório; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. **Saude soc.**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 961-970, dez. 2011. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902011000400013&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400013&lng=pt&nrm=iso)> Acesso em: 11 abr. 2019.

DALLA VALLE GARCIA, Georgia *et al.* Percepção dos profissionais de saúde sobre saúde mental na atenção básica, **Rev Bras Enferm**, 73(1): e20180201, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/YWLbtP5XBSVDMs4NhPYH73L/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 3 Out. 2021.

DALMOLIN, Bernadete Maria. **Esperança equilibrada. Cartografia de sujeitos em sofrimento psíquico.** Editora Fiocruz. Ri de Janeiro, 2006.

DAMÁSIO, Bruno Figueiredo. Uso da análise fatorial exploratória em psicologia. **Aval. psicol.**, Itatiba, v. 11, n. 2, p. 213-228, ago. 2012. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-04712012000200007&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712012000200007&lng=pt&nrm=iso). acessos em 10s et. 2023.

DAVIS, Angela *et al.* **Abolicionismo. Feminismo. Já.** (Tradução Raquel de Souza). 1ª Edição, Companhia das Letras. São Paulo. 2023.

DELGADO, P. G.; SCHECHTMAN, A.; WEBER, R.; AMSTALDEN, A. F.; BONAVIDO, E.; CORDEIRO, F.; *et al.* Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. *In*: MELLO, M. F.; MELLO, A. A. F.; KOHN, R. (Orgs). **Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil.** Porto Alegre: Artmed, 2007, p. 39-83.

DESCARTES, R. **O discurso do método.** Editora WMF Martin Fontes, São Paulo: 2011.

DIÁRIO OFICIAL DO MUNICÍPIO. Prefeitura Municipal de Eunápolis. **Decreto N° 4597/2013, de 05 de novembro de 2013.** Publicado na Quarta-feira, 6 de Novembro de 2013, Ano IV, N° 1288. Eunápolis. Disponível em: <http://eunapolis.ba.io.org.br/diarioOficial/download/253/1288/1> Acesso em: 10 ago. 2020.

DIAS, M. K.; GONÇALVES, R. W.; DELGADO, P. G. G. Leitos de Atenção Integral em Hospital Geral: configuração atual e novos desafios na Política de Saúde Mental. *In*:

VASCONCELOS, E. M. (Org.). **Desafios políticos da Reforma Psiquiátrica brasileira.** Hucitec. São Paulo. 2010. 115-140 p.

DIMENSTEIN *et al.* O Apoio Matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. **Saúde Soc.** São Paulo, v.18, n.1, p.63-74, 2009. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/sausoc/article/download/29512/31374> Acesso em: 3 Mai. 2022. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232007000400007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000400007&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 19 Fev. 2020. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-) Acesso em: 10. Out. 2021.

EMERICH, B. F.; ONOCKO-CAMPOS, R.. Formação para o trabalho em Saúde Mental: reflexões a partir das concepções de Sujeito, Coletivo e Instituição. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, p. e170521, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/TSZggH6sbGfGNxvr6Qx944M/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 10. Set. 2022.

EMERICH, B.F.; YASUI, S.; BARROS, A.C.F. Apoio matricial, formação e saúde mental: conversas necessárias para sustentar o SUS em tempos sombrios. *In*: Maria Saete Bessa Jorge, Maria Raquel Rodrigues Carvalho, Lourdes Suelen Pontes Costa. (Org.). **Dispositivo do cuidado no contexto do matriciamento em saúde mental na atenção primária: articulações entre saberes e práticas**. 1ed. Fortaleza/CE: Editora da Universidade Estadual do Ceará, 2018, v., p. 68-92. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/332180852\\_CAPITULO\\_3\\_APOIO\\_MATRICIAL\\_FORMACAO\\_E\\_SAUDE\\_MENTAL\\_CONVERSAS\\_NECESSARIAS\\_PARA\\_SUSTENTAR\\_O\\_SUS\\_EM\\_TEMPOS\\_SOMBRIOS](https://www.researchgate.net/publication/332180852_CAPITULO_3_APOIO_MATRICIAL_FORMACAO_E_SAUDE_MENTAL_CONVERSAS_NECESSARIAS_PARA_SUSTENTAR_O_SUS_EM_TEMPOS_SOMBRIOS) Acesso em: 10 abr. 2019.

ESLABÃO, A. D.; SANTOS, E. O.; SANTOS, V. C. F.; RIGATTI, R.; MELLO, R. M.; SCHNEIDER, J. F.. Saúde mental na estratégia saúde da família: Caminhos para uma assistência integral em saúde. **J. Nurs. Health**, v. 9, n. 1. 1-23 p. 2019.

FANON, Frantz. **Os condenados da terra**. Tradução: Lígia Fonseca Ferreira, Regina Salgado Campos. 1ª Edição. Rio de Janeiro. Zahar, 2022.

FELIPE, M. C. P., MELO, R. H.V.; VILAR, R. L. A.. Roda de conversa: diálogo que (re)orienta a práxis. *In*: Brasil. Ministério da Saúde. **II Mostra nacional de produção em saúde da família: trabalhos premiados**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. p.193-202.

FIGUEIREDO, Mariana Dorsa; ONOCKO-CAMPOS, Rosana. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado?. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 14, n. 1, p. 129-138, Feb. 2009 . Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232009000100018&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100018&lng=en&nrm=iso) Acesso em: 5 Mai. 2021.

FIELD, A. **Descobrendo a estatística usando o SPSS**. Trad. Lorí Viali. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009, 688 p. Disponível em: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/6423968/mod\\_resource/content/1/Descobrendo%20a%20Estat%20C3%ADstica%20usando%20o%20SPSS.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/6423968/mod_resource/content/1/Descobrendo%20a%20Estat%20C3%ADstica%20usando%20o%20SPSS.pdf) Acesso em: 12 Ago. 2022.

FIELD, Andy; MILES, Jeremy; FIELD, Zoë. **Discovering statistics using R**. London: Sage Publications, 2012. ISBN 978-1-4462-0045-2. Disponível em: <https://nyu-cdsc.github.io/learningr/assets/discoveringstatistics.pdf> Acesso em: 12 Ago. 2022.

FONSECA, Silmara Cristiane. Reflexões sobre Cinema e História: O Filme “O Profeta das Águas” na perspectiva histórica. **Anais do XIX Encontro Regional de História: Poder, Violência e Exclusão**. ANPUH/SP – USP. Set. De 2008. p. 5. Disponível em: <http://legacy.anpuh.org/sp/downloads/CD%20XIX/PDF/Autores%20e%20Artigos/Silmara%20Cristiane%20Fonseca.pdf> Acesso em: 10 mai. 2019.

FOUCAULT, Michael. **A História Clássica da Loucura**. Coleção Estudos. Editora Perspectiva. São Paulo. 1978.

FOUCAULT, Michael. **História da sexualidade 1: a vontade de saber**. 4ª edição. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 2017.

FOUCAULT, Michael. Loucura, literatura, sociedade. *In*: Motta, Manoel Barbosa (Org.). **Problematização do sujeito: psicologia, psiquiatria e psicanálise**. Rio de Janeiro: Forense Universitária. p. 232 - 258. 2006.

FOUCAULT, Michael. **Vigiar e punir: a história da violência nas prisões**. Editora Vozes. Petrópolis, RJ. 1999.

FRANCO, Maria Amélia Santoro. **Pedagogia da Pesquisa-Ação Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 483-502, set./dez. 2005.

FRANCO, Túlio Batista. A humanização do trabalho em saúde sob análise Trabalho, **Educação e Saúde**, vol. 16, núm. 3, Setembro-Dezembro, pp. 1465-1467. 2018.  
Disponível em: <https://www.redalyc.org/jatsRepo/4067/406757540032/406757540032.pdf>  
Acesso em: 10/ 04/2019.

FREIRE, Paulo . **Como trabalhar com o povo**. São Paulo, SP: [s.n.], 1982. 13 p. Disponível em: <http://acervo.paulofreire.org:8080/jspui/handle/7891/1533>. Acesso em: 10 Fev. 2020.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. 43 Ed. São Paulo: Paz e Terra. 2014.

FUNDAÇÃO ESCOLA NACIONAL DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA (ENAP). Diretoria de Desenvolvimento Profissional. **Direitos Humanos e saúde mental**. Curso permanente Damião Ximenes Lopes. Distrito Federal. 2023.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Assembleia Geral das Nações Unidas. Resolução 217 A III de 10 de dezembro 1948. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos> Acesso em: 12 Out. 2021.

FURTOS, J. (2007). *Psiquiatria y Sociedad. Sufrir sin desaparecer*. *In*: A. Rodrigues (Org.). **La Salud mental frente al cambio social**. Editorial Kimpres: Bogotá. Disponível em: <https://bit.ly/2s1fZC2> Acesso em: 15 de julho de 2019.

GARCIA, G. D. V. *et al.*. Percepção dos profissionais de saúde sobre saúde mental na atenção básica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 1, p. e20180201, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/YWLbtP5XBSVDMs4NhPYH73L/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 19 Out. 2021.

GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo. **Métodos de pesquisa**. Plageder, 2009.

GERBALDO, T. B.; ARRUDA, A. T.; HORTA, B. L.; GARNELO, L.. Avaliação da Organização do Cuidado em Saúde Mental na Atenção Básica à Saúde do Brasil. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 16 n. 3, p. 1079-1094. 2018.

GIANNELLA, Valéria. Epistemolouque? Epistemologia para não filósofos, guiando a ação

para o tempo que vem. *In: Terceiro incluído*. v.5, n.1, Jan./Jun., 2015, p. 339-354, Artigo 95. Dossiê Ecotransd: Ecologia dos saberes e Transdisciplinaridade. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/teri/article/view/36362/18715> Acesso em: 10 set. 2021.

GOFMANN Erving. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. 4ª Edição. Rio de Janeiro. LTC; 1981.

GONÇALVES, R. C.; PERES, R. S.. Matriciamento em saúde mental: obstáculos, caminhos e resultados. SPAGESP - Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo. **Revista da SPAGESP**, 19(2), p. 123-136, 2018.

GORSUCH, R. **Análise fatorial**. 2ª ed. Lawrence Erlbaum Associates. Hillsdale, NJ. 1983.

GREGÓRIO, G.; TOMLINSON, M.; GEROLIN, J.; CHRISTIAN, K.; MOREIRA, H. C.; RAZZOUK, D. *et al.* Agenda de prioridades de pesquisa para saúde mental no Brasil. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, Dez 2012, v. 34, nº4. 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462012000400010](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462012000400010) Acesso em 02 abr. 2019.

GUIMARÃES, N. A. Laboriosas, mas redundantes: gênero e mobilidade no trabalho no Brasil dos 90. **Revista de Estudos Feministas**, v. 9, n. 1. Florianópolis, 2001.

GÜNTHER, H.. Pesquisa qualitativa versus pesquisa quantitativa: esta é a questão? *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 22, n. 2, p. 201–209, maio 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ptp/a/HMpC4d5cbXsdt6RqbrmZk3J/#> Acesso em: 15 Mai. 2022.

HAIR, J. F.; BLACK, W. C.; BABIN, B.; ANDERSON, R. E.; TATHAM, R. L. **Multivariate data analysis**. 7th Ed. Upper Saddle River: Prentice Hall; 2009. Disponível em: <https://www.drnishikantjha.com/papersCollection/Multivariate%20Data%20Analysis.pdf> Acesso em: 12 Ago. 2023.

HILL, Manuela Magalhães; Hill, Andrew. **Investigação por questionário** – 2ª ed. – 2ª Reimpressão. Lisboa: Edições Sílabo. 2005. Disponível em: <https://repositorioaberto.uab.pt/handle/10400.2/8497> Acesso em: 12 Ago. 2023.

HIRDES, Alice. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 297-305, Feb. 2009. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232009000100036&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100036&lng=en&nrm=iso) Acesso em: 10 fev. 2020.

IGLESIAS, A.; AVELLAR, L. Z.. Matriciamento em Saúde Mental: práticas e concepções trazidas por equipes de referência, matriciadores e gestores. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 4, p. 1247–1254, abr. 2019.

INSTITUTO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Desigualdades raciais por cor ou raça no Brasil. **Estudos e pesquisas. Informação demográfica e socioeconômica**. N. 28. 2ª Edição. 2022. Disponível em: [https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101972\\_informativo.pdf](https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101972_informativo.pdf) Acesso em: 29 Dez. 2022.

INSTITUTO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Estatísticas de Gênero Indicadores sociais das mulheres no Brasil. **Estudos e Pesquisas. Informação Demográfica e Socioeconômica**, N. 38, 2ª Edição. 2021. Disponível em: [https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101784\\_informativo.pdf](https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101784_informativo.pdf) Acesso em: 10 Nov. 2022.

INSTITUTO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Somos todos iguais? O que dizem as estatísticas. **IBGE Retratos: a revista do IBGE**. N. 11, Maio 2018. Disponível em: [https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/media/com\\_mediaibge/arquivos/17eac9b7a875c68c1b2d1a98c80414c9.pdf](https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/media/com_mediaibge/arquivos/17eac9b7a875c68c1b2d1a98c80414c9.pdf) Acesso em: 29 Dez. 2022.

JORGE, M. S. B. *et al.*. Possibilidades e desafios do apoio matricial na atenção básica: percepções dos profissionais. **Revista Psicologia: Teoria e Prática**, v. 16, n. 2, 63-74 p. São Paulo, SP, maio-ago. 2014. ISSN 1516-3687 (impresso), ISSN 1980-6906 (on-line). Disponível em: [http://dx.doi.org/10.15348/1980-6906/psicologia.v16n2p63\\_74](http://dx.doi.org/10.15348/1980-6906/psicologia.v16n2p63_74). Acesso em: 12 Jun. 2022.

KEATING, Maria Clara. O poder de dar nomes às coisas: sobre reconhecimentos e aprendizagens em práticas e discursos. **Revista Portuguesa de Educação**, v. 15, n. 2, 2002. CIED - Universidade do Minho. Universidade de Coimbra, Portugal. p. 131- 167. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/374/37415208.pdf> Acesso em: 02 Fev. 2023.

KOERICH, M. S.; BACKES, D. S.; SOUSA, F. G. M. DE; ERDMANN, A. L.; ALBURQUERQUE, G. L. Pesquisa-ação: ferramenta metodológica para a pesquisa qualitativa. **Revista Eletrônica De Enfermagem**, 11(3). Universidade Federal de Goiás. Goiás, 2017. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/47234> Acesso em: 9 set. 2020.

KOHN R.; SAXENA S.; LEVAV, I.; SARACENO, B. The treatment gap in mental health care. **Bull World Health Organ**. Nov; v. 82, n. 11, 858-866 p. 2004. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15640922/> Acesso em: 12 abr. 2019.

KRAMER, Sonia. **Por entre as pedras: arma e sonho na escola**. São Paulo: Ed. Ática, 3ª edição, 5ª impressão, 2007.

LAROS, J. A. O uso da análise fatorial: algumas diretrizes para pesquisadores. *In*: L. Pasquali (Org.), **Análise fatorial para pesquisadores**. Petrópolis: Vozes. 2004.

LAUREANO DA SILVA, R. ; RIBEIRO, M. A. T. . Map of matrix support ground: A dialogical review of the literature. *New Trends In: Qualitative Research*, Oliveira de Azeméis, Portugal, v. 3, p. 305–317, 2020. DOI: 10.36367/ntqr.3.2020.305-317. Disponível em: <https://publi.ludomedia.org/index.php/ntqr/article/view/166>. Acesso em: 29 sep. 2023.

LAZARINO, Márcia da Silva Anunciação; SILVA, Thais Lacerda e; DIAS, Elizabeth Costa. Apoio matricial como estratégia para o fortalecimento da saúde do trabalhador na atenção básica. **Rev. bras. saúde ocup.**, São Paulo , v. 44, e23, 2019 . Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0303-76572019000100301&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572019000100301&lng=en&nrm=iso). Aesso em: 09 Mai. 2020.

LEMES, A. G.; PRADO, A. C. B.; FERREIRA, J. M.; NUNES, F. C.; NASCIMENTO, V. F. Matriciamento em saúde mental: revisão de literatura. **Interdiscip Rev Eletrôn. UNIVAR.** 2016; V. 1, n. 15. p. 136-41.

LEMOS, F. C. S.; CARDOSO JUNIOR, H. R.; ALVAREZ, M. C. Instituições, confinamento e relações de poder: questões metodológicas no pensamento de Michel Foucault. **Psicologia & Sociedade**; 26 (n. spe.), p. 100-106. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/hNP5ZjCYTsYpH9WSJB6qVpv/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 08 out. 2021.

LIMA, Ana Raquel Santiago de; PITTA, Ana Maria Fernandes. Breve ensaio sobre as necessidades humanas básicas, o direito à saúde e autonomia dos doentes mentais. **Cadernos do CEAS: Revista crítica de humanidades.** Salvador/Recife. n. 246, jan./abr., 2019. p. 15 – 27. Disponível em: <https://www.semanticscholar.org/reader/64c53c59ca3b9661cc4f47c86cd7de04d2f10a36> Acesso em: 18 Jan. 2023.

LIMA, M.; DIMENSTEIN, M. O apoio matricial em saúde mental: Uma ferramenta apoiadora da atenção à crise. **Interface (Botucatu)**, v. 20, n. 58, p. 625-635. 2016.

LIMA, Yuska; ABADE, Flávia Lemos. A oficina de intervenção psicossocial como estratégia de formação e articulação no trabalho com educadoras no contexto da pesquisa-ação. **Anais de Trabalhos Completos - XV Encontro Nacional da Abrapso, 2009.** Disponível em: [http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/images/Anais\\_XVENABRAPSO/381.%20a%20oficina%20de%20interven%C7%C3o%20psicossocial%20como%20estrat%C9gia%20de%20forma%C7%C3o.pdf](http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/images/Anais_XVENABRAPSO/381.%20a%20oficina%20de%20interven%C7%C3o%20psicossocial%20como%20estrat%C9gia%20de%20forma%C7%C3o.pdf) Acesso em: 12 Out. 2022.

LITTLE, R. J. A. A test of missing completely at random for multivariate data with missing values. **Journal of the American Statistical Association**, v. 83. 1998. p. 1198 – 1202.

LORENZINI, Elisiane. Pesquisa de métodos mistos nas ciências da saúde. **Rev Cuid , Bucaramanga**, v. 8, n. 2, p. 1549-1560, dezembro de 2017. Disponível em [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2216-09732017000201549&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-09732017000201549&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 10 nov. 2021.

LYNN, Mary R. Determination and quantification of content validity. **Nursing research**, v. 35, n.6, p. 382-385, 1986.

MACHADO, Luiza O. **Saúde Mental na Atenção Básica: compreendendo uma história.** Dissertação de Mestrado profissional. Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2015. Disponível em: [http://repositorio.unicamp.br/jspui/bitstream/REPOSIP/312475/1/Machado\\_LuizaOliveira\\_M.pdf](http://repositorio.unicamp.br/jspui/bitstream/REPOSIP/312475/1/Machado_LuizaOliveira_M.pdf) Acesso em: 12 abr. 2019.

MACNIFF, J. **Action research for professional development: concise advice for new action researchers.** (e-book).2002. Disponível em: <http://www.jeanmcniff.com/booklet1.html> Acesso em: 10 out. 2010.

MARQUES, Amanda Rodrigues. **Atenção Psicossocial e Cidadania: Estudo sobre a qualidade de vida das pessoas com transtornos mentais através da experiência do CAPS**

**Ernesto Nazareth.** (Monografia). Universidade Federal do Rio de Janeiro. Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Escola de Serviço Social. Rio de Janeiro. 2015. Disponível em: <https://pantheon.ufrj.br/bitstream/11422/2779/1/AMarques.pdf> Acesso em: 10. Jan. 2022.

MATOS, Daniel Abud Seabra; RODRIGUES, Erica Castilho. **Análise fatorial.** Brasília, DF: Escola Nacional de Administração Pública (Enap). 2019. 75 p. Disponível em: <https://repositorio.enap.gov.br/handle/1/4790pdf>. Acesso em: 02 Ago. 2022.

MBEMBE, Achille. **Necropolítica: biopoder, soberania, estado de exceção, política da morte.** São Paulo: n-1 edições, 2018.

MELO, Eduardo Alves; VIANNA, Eliane Chaves; PEREIRA, Luciana Alves (Orgs.). **Caderno do Curso Apoio Matricial na Atenção Básica com Ênfase nos Nasf: aperfeiçoamento.** 2ª ed. rev. EAD/ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro. 2016.

MELO, R. H. V. de . *et al.*. Roda de Conversa: uma Articulação Solidária entre Ensino, Serviço e Comunidade. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 40, n. 2, p. 301–309, abr. 2016.

MENDES, Rosilda; PEZZATO Luciane Maria; SACARDO Daniele Pompei. Pesquisa-intervenção em promoção da saúde: desafios metodológicos de pesquisar “com”. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 6, 1737-1745p. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/gh6S94VJjgcL75Ms7GNkV7t/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 01 Fev. 2019.

MENDONÇA, Gabriel Silveira; SOUZA, Vera Lucia Trevisan de; GUZZO, Raquel Souza Lobo. O conceito de ideologia na psicologia social de Martín-Baró. **Rev. psicol. polít.**, São Paulo, v. 16, n. 35, p. 17-33, abr. 2016. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-549X2016000100002&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2016000100002&lng=pt&nrm=iso) Acesso em: 10 set. 2023.

MERHY, E. E. A micropolítica do trabalho vivo em ato: uma questão institucional e território detecnologias leves. *In*: MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo.** São Paulo: Hucitec, 2002. p.41-66.

MERHY, E. E.. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). *In*: CECÍLIO, L. C. O. (organizador). **Inventando a mudança na saúde.** São Paulo: Hucitec; 2006.

MERHY, E.; AMARAL, H. (Orgs.). **A Reforma Psiquiátrica no cotidiano II.** Serviço de Saúde D. Cândido Ferreira. Aderaldo & Rothschild; Campinas, SP. 2007.

MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Túlio Batista. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrado no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para os modelo tecno-assistenciais. **Saúde debate** ,v. 27, n. 65, p. 316-323, 2003.

MIELKE, Fernanda.Barreto; OLCHOWSKY, Agnes. Saúde mental na Estratégia Saúde da

Família: a avaliação de apoio matricial. **Rev Bras Enferm.**; v.63, n. 6, nov., p. 900-7. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/D5WJgg3ygG8mGvrLKQG5D9t/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 10 Jan. 2022.

MIELKE, Fernanda Barreto; COSSETIN, Andiará; OLSCHOWSKY, Agnes. O conselho local de saúde e a discussão das ações de saúde mental na estratégia saúde da família. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 387-394, June 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072012000200017&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000200017&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 10 Fev. 2020.

MINISTÉRIO DA CULTURA (MINC) *et al.* **Música, Mundo e Literatura - Geni Nuñez e Ailton Krenak.** Sempre um papo. Ano 37. 27 jul. 2023. SESC Vila Mariana, São Paulo. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=rk8Mn3uSbFE> Acesso em: 10 Ago. 2023.

MINISTÉRIO DA MULHER, DA FAMÍLIA E DOS DIREITOS HUMANOS. **Estatuto da Igualdade Racial.** Lei no 12.288, de 20 de julho de 2010. Brasília, 2021. Disponível em: [https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/igualdade-etnico-racial/estatuto\\_igualdade\\_digital.pdf](https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/igualdade-etnico-racial/estatuto_igualdade_digital.pdf) Acesso em: 10 Dez. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) Net.** DATASUS. Disponível em: <http://cnes2.datasus.gov.br/> Acesso em: 10 set. 2021b.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) Net.** DATASUS. 2021c. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp> Acesso em: 10 Sset. 2021c.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Gabinete do Ministro. **Portaria 3.588 de 21 de Dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências.** Brasília, 2017. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588\\_22\\_12\\_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html) Acesso em: 22 deset. de 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). **Nota Técnica N °11/2019 -CGMAD/DAPES/SAS/MS.** Brasília. 2019a. Disponível em: <http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf> Acesso em: 05 Abr. 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). **Portal da Saúde/ SUS.** DATASUS. Informações de Saúde (TABNET) 2021a. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?cnes/cnv/estabba.def> Acesso em: 10 ago. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). **Portaria 3.088 de 23 de dezembro de 2011.** Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html) Acesso em: 20 Jun. 2021.



MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Qual o número ideal de famílias/pessoas em cada microárea sob responsabilidade de um Agente Comunitário de Saúde? Núcleo de Telessaúde. Processo de Trabalho na APS. **BVS. Atenção Primária**. Rio Grande do Sul, 20 agosto 2009. Disponível em: <https://aps-repo.bvs.br/aps/qual-o-numero-ideal-de-familiaspessoas-em-cada-microarea-sob-responsabilidade-de-um-agente-comunitario-de-saude/> Acesso em: 11 Out. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). **Relatório final oficina de trabalho para discussão do Plano Nacional de inclusão das ações de Saúde Mental na Atenção Básica**. 20 a 22 de março de 2001. Disponível em: [http://www.sgc.goias.gov.br/upload/links/arq\\_842\\_oficina\\_plano\\_inclusao\\_saude\\_mental\\_atencao\\_basica.pdf](http://www.sgc.goias.gov.br/upload/links/arq_842_oficina_plano_inclusao_saude_mental_atencao_basica.pdf) Acesso em: 10 Jun. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Secretaria De Atenção À Saúde. Departamento De Ações Programáticas Estratégicas / Departamento De Atenção Básica. Coordenação Geral De Saúde Mental. Coordenação De Gestão Da Atenção Básica. **Saúde Mental e Atenção Básica. O vínculo e o diálogo necessários. Inclusão das ações de Saúde Mental na Atenção Básica**. Brasília, 2004. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1212.pdf> Acesso em: 16 Dez. 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Atenção Primária. **Saúde em Família**. Brasília, 2019b. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/atencao-primaria> Acesso em: 02/ 02 /2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas/DAPES/SAS/MS. **Educação Permanente na RAPS: a Experiência do Percursos Formativos**. Outubro, 2015. Brasília, 2015. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Cooperacao\\_Horizontal\\_experiencia\\_percursos\\_formativos.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Cooperacao_Horizontal_experiencia_percursos_formativos.pdf) Acesso em: 05 mar. 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. **Portaria Nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF**. Brasília. 2008. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154\\_24\\_01\\_2008.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html) Acesso em: 22 set. 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. **Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, 2017b. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html) Acesso em: 22 Set. 2018.

MINOZZO, Fabiane. **Análise da implantação do Apoio Matricial em Saúde Mental entre CAPS e Equipes de Saúde da Família: trilhando caminhos possíveis**. (Dissertação de Mestrado). Universidade de Brasília - UnB Instituto de Psicologia – IP Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura – PPG – PsiCC. Brasília. 2011.

MORAIS, A. P. P. **Saúde Mental na atenção básica: o desafio da implementação do apoio matricial**. 2010. Tese (Doutorado em Serviços de Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010. Doi. 10.606/T.62010.tde-08112010-113219. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-08112010-113219>

113219/en.php Acesso em 08 Jan. 2021.

MORAIS, A.P. P.;TANAKA, O. Y. Apoio Matricial em Saúde Mental: alcances e limites na atenção básica. **Saude soc.**, São Paulo , v. 21, n. 1, p. 161-170, Mar. 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902012000100016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000100016&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 10 jan. 2019

MORIN, E. **Introdução ao pensamento complexo**. Porto Alegre: Sulina; 2006. Disponível em: <https://docero.com.br/doc/es85nx> Acesso em: 09 de set. 2020.

MORIN, Edgard. **Ciência com Consciência**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Berhand, 1998.

MORO, Larissa Moraes. **Conhecimento em saúde mental, atribuição e percepção de estigma entre profissionais da Atenção Básica**. Doutorado (Tese). Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Porto Alegre, 2021.

MORO, Larissa Moraes; FERREIRA, Guilherme Severo; ROCHA, Kátia Bones. Saúde Mental na Atenção Básica: Análise das Práticas de Apoio Matricial na Perspectiva de Profissionais. **Estud. pesqui. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, ago. 2020. p. 399-420. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-42812020000200002&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812020000200002&lng=pt&nrm=iso) Acesso em: 18 Ago. 2022.

MORO, Larissa Moraes; ROCHA, Kátia Bones. Estigma Associado à Saúde Mental Entre Profissionais da Atenção Básica à Saúde. **Paidéia (online)**. V. 32, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/paideia/a/ptXDX8tJZYFbY98LmTnk9hC/?format=pdf&lang=en> Acesso em: 05. Dez. 2022.

MOURA, R. F. S.; SILVA, C. R. C.. Saúde mental na atenção básica: sentidos atribuídos pelos agentes comunitários de saúde. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 35, n. 1, p. 199-210. 2015.

NASCIMENTO, Adele *et al.* “Quando a tristeza canta, desobedeça a dor”: curso de Extensão Luta Antimanicomial e Feminismos na Paraíba. *In.*: PEREIRA, Melissa. de O. *et al.* (Orgs). **Luta Antimanicomial e Feminismos: formação e militâncias**. Autografia. Rio de Janeiro. 2020. p. 123-136.

NASCIMENTO, Carla Cristina do. **Apoio matricial em saúde mental: possibilidades e limites no contexto da Reforma Psiquiátrica**. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2007. 176 p. Disponível em: [https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7134/tde-11062007-153348/publico/Carla\\_Nascimento.pdf](https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7134/tde-11062007-153348/publico/Carla_Nascimento.pdf) Acesso em: 10 Jun. 2022.

NASCIMENTO, Eliana Brito. **A Dimensão ético política da Reforma Psiquiátrica**. Doutorado (Tese). Universidade Católica do Salvador. Superintendência de Pesquisa e Pós-Graduação. Doutorado em Políticas Sociais e Cidadania. Salvador. 2019.

NASCIMENTO, Yanna Cristina Moraes Lira. *et al.* Matriciamento em saúde mental na atenção básica: uma experiência de implantação. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**. Ano. 07, Ed. 10, v. 07, pp. 128-145, out. 2022. ISSN: 2448-0959, Disponível em: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/psicologia/matriciamento-em->

saude-mental Acesso em: dez. 2022.

NEUBERN, Maurício S. As emoções como caminho para uma epistemologia complexa da psicologia. **Psic.: Teor. e Pesq.** [online]. v.16, n.2, p.153-163, 2000. ISSN 0102-3772. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722000000200008>. Acesso em: 10 out. 2021.

NICOLESCU, B. **O Manifesto da Transdisciplinaridade**. Triom: São Paulo, 1999.

NIEROTKA, R. L.; TREVISOL, J. V. Políticas de democratização do acesso à educação superior e ações afirmativas. *In: Ações afirmativas na educação superior: a experiência da Universidade Federal da Fronteira Sul* [online]. Chapecó: Editora UFFS, 2019, pp. 40-64. ISBN: 978-655019-009-5. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9786550190071.0003> Acesso em: 10 jan. 2022.

NUNES, Cristiane Kenes. **Sobre cartografar a articulação entre o Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil e a Atenção Básica: um percurso pelo cuidado em Saúde Mental**. Doutorado (Tese). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2019. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/219840> Acesso em: 11 Set. 2021.

NUNES, M.; TORRENTÉ, M. DE. Estigma e violências no trato com a loucura: narrativas de centros de atenção psicossocial, Bahia e Sergipe. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, p. 101–108, ago. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/HYXMtKvsSvqdTynsNWBWSqk/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 16 Jun. 2021.

OLIVEIRA, Adrielle. Cibercultura e formação de professores: a oficina como metodologia de pesquisa. n. 7, **Anais Simeduc**. Simpósio Internacional de Educação e Comunicação, Aracaju, Brasil, 2016. Disponível em: <https://eventos.set.edu.br/simeduc/article/view/3331> Acesso em 15 Set. 2022.

OLIVEIRA, F. B. de. *et al.* Saúde mental no contexto da saúde da família. *In: OLIVEIRA, F. B. de; LIMA JÚNIOR, J. F.; MOREIRA, M. R. C. Resgatando saberes e ressignificando práticas: interfaces no campo da saúde coletiva*. 1 ed. Campina Grande, PB: Ed UFCG, 2012. p. 81-97.

OLIVEIRA, Francisca Bezerra de *et al.* Reforma Psiquiátrica, Economia Solidária e inclusão social. **Ciência e Sustentabilidade – CeS**. v. 1, n. 1, p. 96-107, jul/dez 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufca.edu.br/ojs/index.php/cienciasustentabilidade/article/viewFile/25/Artigo%207> Acesso em: 15 Nov. 2022.

OLIVEIRA, Mônica Martins de. **Apoio Matricial na Atenção Básica de Campinas: formação e prática**. Dissertação (Mestrado). Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. Campinas, 2014.

OLIVEIRA, Rita de Cássia M. de. (Entre)linhas de uma pesquisa: o Diário de Campo como dispositivo de (in)formação na/da abordagem (Auto)biográfica. **Revista Brasileira de Educação de Jovens e Adultos**, vol. 2, nº 4, 2014a. p. 69-87. Disponível em: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/7493028/mod\\_resource/content/1/1059-Texto%20do%20artigo-2503-1-10-20141231.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/7493028/mod_resource/content/1/1059-Texto%20do%20artigo-2503-1-10-20141231.pdf) Acesso em: 05 dez. 2021.

ONOCKO-CAMPOS, R. *et al.*. Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**; v. 16, n. 12, 4643-4652 p. 2011. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/14465/3/792.pdf> Acesso em: 18 Jul. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS) E ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Relatório sobre a saúde no mundo 2001 - Saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Brasília: OPAS; 2001. 173p. Disponível em: [https://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_djmessage\\_po.pdf](https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf) Acesso em: 16 Fev. 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE (OPAS); ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Nova Agenda de Saúde Mental para as Américas Relatório da Comissão de Alto Nível sobre Saúde Mental e COVID-19 da Organização Pan-Americana da Saúde**. 2023b. Disponível em: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/57669/9789275727225\\_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/57669/9789275727225_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y) Acesso em: 01 Fev. 2023.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). Organização mundial de saúde. Escritório Mundial para as Américas. **Atenção Primária à Saúde**. Janeiro de 2023. OPAS (online). Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/atencao-primaria-saude> Acesso em: 5 Jan. 2023.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS); ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). **Informe mundial sobre la salud mental. Transformar la salud mental para todos**. 2023a. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338> Acesso em: 01 Fev. 2023.

OROPEZA, Ignácio Dobles. Memória e Direitos Humanos: algumas considerações acerca das experiências das comissões da verdade. *In*: CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA – SÃO PAULO (CFP - SP). **Psicologia e o direito à memória e à verdade. Cadernos temáticos CRP-SP**. CRP da 6ª Região. São Paulo. 2012. p. 15-22.

OSORIO, L. Carlos (Org). **Grupoterapia hoje**. Porto Alegre: Artes médicas, 1986.

PANDE, M. N. R.. Desafios para os CAPS como serviços substitutivos – a nova cronicidade em questão. **Cien Saude Colet [periódico na internet] (2009/Out)**. Disponível em: <http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/desafios-para-os-caps-como-servicos-substitutivos-a-nova-cronicidade-em-questao/4566?id=4566> Acesso em: 12 Out. 2021.

PASQUALI, Luis. **Instrumentação psicológica: Fundamentos e práticas**. Porto Alegre, Brasil: Artmed, 2010.

PEREIRA, Melissa de Oliveira. **Mulheres e loucura: narrativas de resistência**. Editora Autografia. Rio de Janeiro. 2020. 226 p.

PEREIRA, R. G.; PASSOS, M. O. Luta Antimanicomial, Feminismos e Interseccionalidades: notas para o debate. *In*: PEREIRA, R. G.; PASSOS, M. O. (Orgs.) **Luta Antimanicomial e Feminismos: discussões de gênero, raça e classe para a Reforma Psiquiátrica Brasileira**. 1ª Edição. Autografia. Rio de Janeiro, 2017. 25-51 p.

PEREIRA, Sofia. L. B.; MAIA, Juliana. B. D. Avanços e Desafios para Implementação da Rede de Atenção Psicossocial em um Município de Médio Porte. **Rev. FSA**, Teresina, v. 15, n. 4, art. 13, p. 246-262, jul./ago. 2018. ISSN Eletrônico: 2317-2983 Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12819/2018.15.4.13> Acesso em: 06 Out. 2018.

PIMENTA, Selma Garrido. Pesquisa-ação crítico-colaborativa: construindo seu significado a partir de experiências com a formação docente. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 31, n. 3, p.521-539, set./dez. 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ep/v31n3/a13v31n3.pdf> Acesso em: 02 ago. 2020.

PIRES, Maria Raquel Maia ; FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa Da; PADILLA, Beatriz. A politicidade do cuidado na crítica aos estereótipos de gênero. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n. 6, p. 1223–1230, 1 nov. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/mTtxfrff8HVHcRycfm58zGG/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 26 set. 2023.

PITTA, Ana. **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: Editora Hucitec, 2001.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos em pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2004.

PREFEITURA DE EUNÁPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. Saúde Mental. Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD). **Projetos Aplicativos - I Oficina de Atualização de Trabalho em Rede - Saúde Mental e Atenção Básica**. Eunápolis. 2015.

QUEIROZ, Valéria D. de Carvalho. **A integração da política de saúde mental com a atenção primária em saúde: uma avaliação**. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. Escola de Serviço Social. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: [https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id\\_trabalho=3679884](https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=3679884) Acesso em: 02 fev. 2020.

QUINDERÉ, Paulo Henrique Dias; JORGE, Maria Salete Bessa; FRANCO, Túlio Batista. Rede de Atenção Psicossocial: qual o lugar da saúde mental?. **Physis: Revista de Saúde Coletiva [online]**. v. 24, n. 01, p. 253-271, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/physis/2014.v24n1/253-271/pt> Acesso em: 20 Jul. 2021.

RAUPP, L. *et al.*. Caracterização de atores e práticas de Redução de Danos na região Sul do país. **Saúde e Sociedade**, v. 31, n. 2, p. e210264pt, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/QzmJw5qhjvNW8N9kmpD9p8s/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 10 Set. 2023.

REDE DE PESQUISA EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DA ABRASCO (REDE APS). Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO). **Contribuição dos pesquisadores da Rede APS ao debate sobre as recentes mudanças na política de atenção primária propostas pelo MS**. 8º Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde, João Pessoa. 27 de setembro de 2019. Disponível em: <http://www.analisepoliticaemsaude.org/oaps/documentos/noticias/contribuicoes-rede-aps/> Acesso em: 01 Dez. 2019.

REIS, M. M. A. **Controvérsias do processo de Matriciamento entre Saúde Mental e Atenção Básica na rede municipal de Eunápolis no período de 2013 a 2017**. Monografia (Especialização). Universidade Federal do Sul da Bahia. Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Porto Seguro, 2019. 127 p.

REIS, Marília M. de A. **Alcances e desafios do processo de Matriciamento entre Saúde Mental e Atenção Básica na rede municipal de Eunápolis**. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Sul da Bahia. Programa de Pós-Graduação Estado e Sociedade. Campus Sosígenes Costa. Porto Seguro, 2021. 208 p. Disponível em: [https://sig.ufsb.edu.br/sigaa/public/programa/defesas.jsf?lc=pt\\_BR&id=225](https://sig.ufsb.edu.br/sigaa/public/programa/defesas.jsf?lc=pt_BR&id=225) Acesso em: 10 out. 2021.

REIS, Marília M. de A.; NUNES, Sandra A. N. Interseccionalidade, feminismos e sofrimento psíquico – uma leitura sobre Nina Simone. *In: LA REGINA, Anne Greice Soares... (Orgs) [et al.]. Etnicidades, sociedade e novos direitos: uma discussão transdisciplinar*. Rio de Janeiro: Multifoco, 2020. p. 393-422.

REIS, Marília Martins de Araújo. **Controvérsias no processo de matriciamento entre Saúde Mental e Atenção Básica: de materialidades a percursos formativos em um município do Extremo-Sul baiano**. Pimenta Cultural. São Paulo. 2020. 177 p. Disponível em: <https://www.pimentacultural.com/controversias-processo> Acesso em: 3 Fev. 2021.

REIS, Marília Martins de Araújo. Saúde Mental, necropolítica e direitos humanos – reflexões e resistências no contexto da política de Saúde Mental no Brasil.. *In: Anais do 10º CONINTER*. Congresso Internacional Interdisciplinar em Sociais e Humanidades. Programa de Pós-Graduação. ANINTER-SH- Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação Interdisciplinar em Sociais e Humanidades. Niterói(RJ) 2021b. Disponível em: <https://www.event3.com.br/anais/xc22021/437901-SAUDE-MENTAL-NECROPOLITICA-E-DIREITOS-HUMANOS--REFLEXOES-E-RESISTENCIAS-NO-CONTEXTO-DA-POLITICA-DE-SAUDE-MENTAL>. Acesso em: 24/09/2023.

RIGOTTI, Daniel Goulart. **Matriciamento e coprodução de autonomia: percepções dos apoiadores matriciais do SUS**. Campinas. Dissertação (mestrado profissional) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas. Campinas, SP : [s.n.], 2016.

RIGOTTO, Simone Demore; GOMES, William B. Contextos de abstinência e de recaída na recuperação da dependência química. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 18, n. 1, p. 95-106, Apr. 2002. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-37722002000100011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722002000100011&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 04 Fev. 2020.

RIOS, D. R. S.; CAPUTO, M. C. Para além da formação tradicional em saúde: experiência de Educação Popular em Saúde na formação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**. v. 43, n. 3, p. 184-195, Brasília, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v43n3/1981-5271-rbem-43-3-0184.pdf> Acesso em: 10 Out. 2021.

ROCHA, Marisa L. da; AGUIAR, Kátia F. de. Pesquisa-Intervenção e a Produção de Novas Análises. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 23, n. 4, 64-73 p. 2003. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/pcp/a/XdM8zW9X3HqHpS8ZwBVxpYN/?format=pdf&lang=pt>  
Acesso em: 01 fev. 2020.

RODRIGUES, Rosilene Gomes de Azevedo. **Desafios e possibilidades do matriciamento na construção do cuidado em Saúde Mental na Atenção Básica em saúde**. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro. Instituto de Educação. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Departamento de Psicologia. Seropédica, Rio de Janeiro, 2018. 109 p.

ROMÃO, Vânia; ZANELLO, Valeska. Maura Lopes Cançado, entre a loucura e a escrita: o descompasso entre uma existência e os ideais de mulher nas décadas de 1950/1950. *In.*:

SCHWANTES, Cíntia; ZANELLO, Valeska. **Gênero e loucura na Literatura**. Apis. Curitiba. 2018. p. 43-74.

ROTELLI, F. Formação e construção de novas instituições em Saúde Mental. *In.*: AMARANTE, P.; CRUZ, L. B. (Orgs.) **Saúde Mental, formação e crítica**. Rio de Janeiro. Laps. 2015. 37-50 p.

ROTELLI, F.; DE LEONARDIS, O.; MAURI, D.. Desinstitucionalização, uma outra via. *In.*: NICÁCIO, F., organizadora. **Desinstitucionalização**. São Paulo: Editora Hucitec; 2001. p.17-59.

RUBIN, D. B. Multiple imputation after 18+ years. *Journal of the American Statistical Association*, v. 91, n. 434, p. 473-489, 1996.

RUBIN, D.B. *Multiple Imputation for Nonresponse in Surveys*. John Wiley & Sons, New York. 1987. Disponível em:  
[https://books.google.com.br/books?id=bQBtw6rx\\_mUC&printsec=frontcover&hl=pt-BR&source=gbs\\_ge\\_summary\\_r&cad=0#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.br/books?id=bQBtw6rx_mUC&printsec=frontcover&hl=pt-BR&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false) Acesso em: 11 Out. 2022.

RUBIO, D. M., BERG-WEGER, M., TEBB, S. S., LEE, S., & RAUCH, S.. Objectifying content validity: Conducting a content validity study in social work research. **Social Work Research**, Volume 27, Edição 2, 94-104. 2003. Disponível em:  
<http://swr.oxfordjournals.org/content/27/2/94.short> Acesso em: 15 Ago. 2023.

SANTOS, Boaventura de Sousa. Para além do pensamento abissal: das linhas globais a uma ecologia de saberes. **Novos estudos CEBRAP [online]**. n. 79, p. 71-94, 2007. Disponível em:  
<https://doi.org/10.1590/S0101-33002007000300004> Acesso em: 07 Nov. 2021.

SANTOS, Boaventura de Souza. **A gramática do tempo. Para uma nova cultura Política**. Cortez Editora, 2ª Edição, São Paulo, 2008.

SANTOS, C.; PORTUGAL, C.; NUNES, M. Economia solidária e saúde mental: relato de experiência de práticas virtuais. **Saúde em Debate**, v. 46, n. spe6, p. 251-260, 2022. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/y4MYVYyHpdBQMxZMfF8rKZD/?format=pdf&lang=pt>  
Acesso em: 15 out. 2022.

SANTOS, Evelise Motta Dos. **Análise do apoio matricial como dispositivo de educação**

**permanente em saúde mental para os trabalhadores da atenção primária em saúde no município de Guaíba/ RS.** Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde – Mestrado Profissional da UFRS. Porto Alegre. 2019.

SANTOS, Luiz Renato; FELIPPE, Maria da Penha Zanotelli. Oficinas de Intervenção Psicossocial: Do contexto ao texto fotográfico. **Anais de Trabalhos Completos - XV Encontro Nacional da Abrapso**, 2009. Disponível em: [http://abrapso.org.br/siteprincipal/images/Anais\\_XVENABRAPSO/15.%20oficinas%20de%20interven%C7%C3o%20psicossocial.pdf](http://abrapso.org.br/siteprincipal/images/Anais_XVENABRAPSO/15.%20oficinas%20de%20interven%C7%C3o%20psicossocial.pdf). Acesso em: 15 Set. 2022.

SANTOS, M. **Por uma outra globalização (do pensamento único à consciência universal)**. Rio de Janeiro: Record, 2001. Disponível em: <https://yadi.sk/i/sjWiyi8rqBipQ> Acesso em: 12 Mai. 2021.

SANTOS, Marco Antônio Carvalho; CARVALHO, Maria Cecília de Araújo; MARSDEN, Melissa. Reforma psiquiátrica como eixo integrador na formação profissional em saúde. *In*: PEREIRA, Isabel Brasil; RIBEIRO, Cláudio Gomes (Coord.). **Estudos de politecnia e saúde**. volume 2. Rio de Janeiro: EPSJV, 2007. p. 193-212.

SARACENO, B. A cidadania como forma de tolerância. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 22, n. 2, p. 93-101, maio/ago. 2011. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rto/article/download/14126/15944/17104> Acesso em: 10 Jan. 2023.

SARACENO, Benedetto. **Libertando Identidades: Da Reabilitação Psicossocial à Cidadania Possível**. 2ª Edição. Instituto Franco Basaglia. Te Corá, 1999. Disponível em: <https://doceru.com/doc/x5vsn5e> Acesso em: 16 Mai. 2022.

SARACENO, Benedetto. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. *In*: Pitta A. M. (organizadora). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo (SP): Hucitec; 1996. p.13-8.

SCHWANTES, Cíntia; ZANELLO, Valeska. **Gênero e loucura na Litaratura**. Apuris. Curitiba, 2018.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DA BAHIA (SESAB). Governo do Estado da Bahia. Serviço Público Estadual. **Resolução CIB Nº 275/2012. Aprova as regiões de saúde do Estado da Bahia e a instituição das Comissões Intergestores Regionais**. Atualização em Agosto de 2019. Salvador, 2019 a. Disponível em: [http://www1.saude.ba.gov.br/mapa\\_bahia/docs/RESOLU%C3%87%C3%83O%20275\\_15.08.2012\\_Aprova%20Regi%C3%B5es%20de%20Sa%C3%BAde%20e%20CIR.pdf](http://www1.saude.ba.gov.br/mapa_bahia/docs/RESOLU%C3%87%C3%83O%20275_15.08.2012_Aprova%20Regi%C3%B5es%20de%20Sa%C3%BAde%20e%20CIR.pdf) Acesso em: 20 Out. 2019.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DA BAHIA (SESAB). Governo do Estado da Bahia. **Regiões de Saúde do Estado da Bahia**. Atualização em Agosto de 2019. Salvador, 2019 b. Disponível em: [http://www1.saude.ba.gov.br/mapa\\_bahia/indexch.asp](http://www1.saude.ba.gov.br/mapa_bahia/indexch.asp) Acesso em: 18 Out. 2019.

SEVERO, Ana Kalliny. **Cronificação nos serviços substitutivos na rede de saúde mental de Natal- RN**. Mestrado (Dissertação). Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro



de Ciências Humanas, Letras e Artes. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Rio Grande do Norte. 2009. 146 p. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/18674/1/AnaKS DISSERT.pdf> Acesso em: 10 Jan. 2021.

SCHEIER, Michael F.; CARVER, Charles S.; BRIDGES, Michael W. Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): a reevaluation of the Life Orientation Test. **Journal of personality and social psychology**, v. 67, n. 6, p. 1063-1078, 1994.

SILVA, Heloisa Helena. **Da estigmatização social da loucura e os desafios da atual conjuntura brasileira para a saúde mental: uma análise sobre a construção sócio-histórica da loucura e os impasses do avanço do conservadorismo para a reforma psiquiátrica**. Bacharelado (Monografia). Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências Sociais Aplicadas. Departamento de Serviço Social. Rio Grande do Norte. 2019. Disponível em: [https://repositorio.ufrn.br/bitstream/123456789/36480/1/EstigmatizacaoLoucura\\_Silva\\_2019.pdf](https://repositorio.ufrn.br/bitstream/123456789/36480/1/EstigmatizacaoLoucura_Silva_2019.pdf) Acesso em: 11 Jan. 2023.

SILVA, Rodrigo Oliveira de Carvalho da. **Apoio Matricial em Saúde Mental: uma possibilidade de Educação Permanente?** Dissertação (Mestrado em Ensino na Saúde) – Universidade Federal Fluminense. Niterói, 2017. 55 p. Disponível em: <https://eeaac.uff.br/wp-content/uploads/sites/233/2020/06/RODRIGO-OLIVEIRA-DE-CARVALHO-DA-SILVA.pdf> Acesso em: 10 Out. 2022.

SILVEIRA, D. P. DA; VIEIRA, A. L. S. Saúde mental e atenção básica em saúde: análise de uma experiência no nível local. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p.139-148 p. 2009.

SINGER, P. Introdução à economia solidária. São Paulo: Fundação Perseu Abano, 2002.

SLOMP JÚNIOR, Helvo; FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. **Projeto terapêutico como dispositivo para o cuidado compartilhado**. Porto Alegre; Editora Rede Unida; 2022. 222 p.

SOLER, A. M. Uma releitura antropológica estrutural da História da Loucura de Michel Foucault. **Revela/ FALS**. Ano VI - Nº XIV- dez / 2012 - ISSN 1982-646X.

SOUSA, Fernando Sérgio Pereira de; JORGE, Maria Salete Bessa. Introdução ao tema: matriciamento como arranjo para gestão. *In*: LOURDES, Suelen Pontes Costa (Orgs). **Dispositivo do cuidado no contexto do matriciamento em Saúde Mental na Atenção Primária: Articulações entre saberes e práticas**. EdUECE, Fortaleza-Ceará, 2018.

SOUZA, A. C. de. **Estratégias de inclusão da saúde mental na atenção básica: um movimento das marés**. 1 ed. São Paulo: Hucitec, 2015. 158 p.

SOUZA, Ândrea Cardoso de. **Estratégias de inclusão da Saúde Mental na Atenção Básica no Rio de Janeiro: um movimento das marés**. Tese (Doutorado. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2012. 156 p. Disponível em: [https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/14465/ve\\_%c3%82ndrea\\_Souza\\_ENSP\\_2012.pdf?sequence=3&isAllowed=y](https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/14465/ve_%c3%82ndrea_Souza_ENSP_2012.pdf?sequence=3&isAllowed=y) Acesso em: 02 fev. 2023.

SOUZA, Diana Célia Monteiro de. *et al.* Apoio Matricial entre Atenção Básica e Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). **Boletim Telessaúde-Ba**. Ano 9, Nº 7. Julho 2022.

SOUZA, Ronaldo Santhiago Bonfim de *et al.* Suicídio e povos indígenas brasileiros: revisão sistemática. **Revista Panamericana de Salud Pública [online]**. v. 44 03 Jul 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.58> Acesso em: 10 Jun. 2021.

SPINK, M. J.; MENEGON, V. M.; MEDRADO, B.. Oficinas como estratégia de pesquisa: articulações teórico-metodológicas e aplicações ético-políticas. **Psicologia & Sociedade**, v. 26, n. 1, p. 32–43, jan. 2014.

SPIVAK, Gayatri Chakravorty. **Pode o subalterno falar?**. Tradução de Sandra Regina Goulart Almeida, Marcos Pereira Feitosa, André Pereira Feitosa. Belo Horizonte. Editora UFMG, 2010.

STREINER, David L. Começando do início: uma introdução ao coeficiente alfa e à consistência interna, **Journal of Personality Assessment**, v. 80, n. 1. 2003. p. 99-103, Disponível em: [https://doi.org/10.1207/S15327752JPA8001\\_18](https://doi.org/10.1207/S15327752JPA8001_18) Acesso em: 12 Ago. 2023.

TABACHNICK, Barbara G.; FIDELL, Linda S. **Using multivariate statistics**. 5. ed. Boston: Allyn and Bacon, 2007.

TENÓRIO, Fernando. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **Hist. cienc. saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 25-59, 2002.

TESSER, Charles Dalcanale; POLI NETO, Paulo. Atenção especializada ambulatorial no Sistema Único de Saúde: para superar um vazio. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.22, n. 3, p. 941-951, Mar. 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232017002300941&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002300941&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 28 Feb. 2020.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. São Paulo: Cortez, 1994.

THIOLLENT, Michel. **Metodologia da Pesquisa-Ação**. São Paulo: Cortez, 1985.

THORNICROFT, G.; TANSELLA, M. Quais são os argumentos a favor da atenção comunitária à saúde mental?. **Pesqui Prát Psicossociais**, v. 3, n. 1, 9-25p. 2008. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2207.pdf> Acesso em: 10 abr. 2019.

TILDEN, Virginia P.; NELSON, Christine A.; MAY, Barbara A. Use of qualitative methods to enhance content validity. **Nursing Research**, v.39, n.3, p.172-175, 1990. Disponível em: [https://journals.lww.com/nursingresearchonline/abstract/1990/05000/use\\_of\\_qualitative\\_methods\\_to\\_enhance\\_content.15.aspx](https://journals.lww.com/nursingresearchonline/abstract/1990/05000/use_of_qualitative_methods_to_enhance_content.15.aspx) Acesso em: 15 Ago. 2023.

TOLEDO, R. F. GIATTI, L.L. JACOBI, P. R. A pesquisa-ação em estudos interdisciplinares: análise de critérios que só a prática pode revelar. **Interface**. Botucatu. v.18, n, 51, 633-46 p. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v18n51/1807-5762-icse-1807->

576220140026.pdf Acesso em: 12 set. 2020.

TREICHEL, Carlos Alberto dos Santos; ONOCKO - CAMPOS, Rosana Teresa; CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Impasses e desafios para consolidação e efetividade do apoio matricial em saúde mental no Brasil. **Interface Botucatu (online)**. v. 23, e180617, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/interface.180617>. Acesso em 07 Ago. 2022.

TRIPP, David. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 443-466, set./dez. 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ep/v31n3/a09v31n3.pdf> Acesso em: 10 set. 2020.

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA (UNESP). Pró-Reitoria de Pós-Graduação. Governo do Estado de São Paulo. Secretaria de Estado da Educação. Coordenadoria de Estudos e Normas Pedagógicas. Núcleo de Educação a Distância (NEaD). Rede São Paulo de Formação Docente (REDEFOR). Cursos de Especialização para o quadro do Magistério da SEESP. Ensino Fundamental II e Ensino Médio. **A palavra percepção e sua importância para o ensino de Artes**. Módulo III. Disciplina 05. Tema 3. São Paulo, 2011. Disponível em: [https://acervodigital.unesp.br/bitstream/123456789/437/3/art\\_m3d5\\_tm03.pdf](https://acervodigital.unesp.br/bitstream/123456789/437/3/art_m3d5_tm03.pdf) Acesso em: 31 Out. 2023.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO SUL DA BAHIA (UFSB). Ministério da Educação. Instituto de Humanidades, Artes e Ciências (IHAC). **Projeto Pedagógico de curso Bacharelado Interdisciplinar em Saúde. Versão novembro/2016** (em revisão). Itabuna / Porto Seguro / Teixeira de Freitas –Bahia. Novembro, 2016. Disponível em: <https://ufsb.edu.br/ihac/images/arquivos/PPC/PPC-BI-Saude-2016.pdf> Acesso em: 02/ 02/ 2020.

VARELLA, Carlos Alberto Alves. **Análise multivariada aplicada as ciências agrárias: Análise de componentes principais**. Seropédica - RJ: [s.n.], 2008. Disponível em: <http://www.ufrj.br/institutos/it/deng/varella/Downloads/multivariada%20aplicada%20as%20ciencias%20agrarias/Aulas/analise%20de%20componentes%20principais.pdf> Acesso em: 10 Jun. 2021.

VASCONCELOS, E.M. Impasses políticos atuais do Movimento Nacional de Luta Antimanicomial (MNLA) e propostas de enfrentamento: se não nos transformarmos, o risco é a fragmentação e a dispersão política! **Cad. Bras. Saúde Mental**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 8, p. 57-67, jan./jun. 2012.

VELOSO, Serena. Ailton Krenak defende coletividade e expansão dos horizontes acadêmicos no #InspiraUnB. Universidade de Brasília (UNB). **UNB Notícias**. Publicado em 10/03/2020. Disponível em: <https://noticias.unb.br/67-ensino/3993-ailton-krenak-defende-coletividade-e-expansao-dos-horizontes-academicos-no-inspiraunb> Acesso em: 10. Jun. 2023.

VENTURINI, E. “O Caminho dos Cantos”: morar e intersectorialidade em Saúde Mental. *Fractal*: **Revista de Psicologia**, v. 22 – n. 3, p. 471-480, Set./Dez. Niterói. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/fractal/v22n3/v22n3a03.pdf> Acesso em: 01/ 02/ 2020.

VENTURINI, E. A qualidade do gesto louco na era da apropriação e da globalização. *In*: AMARANTE, P. (Org.). **Arquivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau, 2003, p. 157-184.

WHITEFORD, H.; KNAAP, M.; THORNICROFT, G.; SAXENA, S. Resources for mental health: scarcity, inequity, and inefficiency. **Lancet**. Sep; v. 37, n. 9590, 878-89 p. 2007. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61239-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61239-2) Acesso em: 10 abr. 2019. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Mental health atlas : 2011. **World Health Organization**, 2011. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44697>. Acesso em: 28 Feb 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). WORLD ORGANIZATION OF FAMILY DOCTORS (WONCA). **Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários: Uma perspectiva global**. Lisboa: WHO, WONCA; 2008. Disponível em: [https://www.who.int/eportuguese/publications/Integracao\\_saude\\_mental\\_cuidados\\_primarios.pdf](https://www.who.int/eportuguese/publications/Integracao_saude_mental_cuidados_primarios.pdf) Acesso em: 10 abril de 2019.

XIMENES NETO, F. R.; FELIX, R. M. S.; OLIVEIRA, E. M.; JORGE, M. S. B. Concepções, conhecimentos e práticas dos enfermeiros ao cuidar de sujeitos com diagnóstico de depressão: um olhar para o território da atenção primária a saúde. **Enfermería global, version On-line** ISSN 1695-6141, n.16 Murcia, jun 2009. Disponível em: [http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n16/pt\\_clinica5.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n16/pt_clinica5.pdf) Acesso em: 17/ 02/ 2021.

YASUI, S. **Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira**. Doutorado (tese). Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Fiocruz; 2006.

YASUI, S. **Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira [online]**. Rio de Janeiro. Editora FIOCRUZ, 2010, 190 p. Loucura & Civilização collection. ISBN 978-85-7541-362-3. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788575413623>. Acesso em: 10 Dez. 2022.

ZANARDO, Gabriela Lemos de Pinho; BIANCHESSI, Desirée Luzardo Cardozo; ROCHA, Kátia Bones. Dispositivos e conexões da rede de atenção psicossocial (RAPS) de Porto Alegre - RS. **Est. Inter. Psicol.**, Londrina, v. 9, n. 3, p. 80-101, set. 2018. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2236-64072018000300006&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2236-64072018000300006&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 15 Set. 2021.

ZANELLO, Valeska. Saúde Mental, gênero e Interseccionalidade. Cap.2, p. 52-69 *In*: PEREIRA, R. G.; PASSOS, M. O. **Luta Antimanicomial e Feminismos: discussões de gênero, raça e classe para a Reforma Psiquiátrica Brasileira**. 1ª Edição. Autografia. Rio de Janeiro, 2017. 214 p.

## APÊNDICES

## APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (online)



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL - MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO SUL DA BAHIA (UFESB)  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS – CEP/UFESB  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ESTADO E SOCIEDADE

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos você, trabalhador da Saúde Mental E/OU da Atenção Básica em Saúde para participar da Pesquisa “**O processo de Matriciamento entre Saúde Mental e Atenção Básica na no Extremo-sul baiano – Alcances, desafios e possibilidades do trabalho em rede**”, sob a responsabilidade da pesquisadora **Marília Martins de Araujo Reis**, RG 04633744-01 SSP-BA, a qual pretende investigar e descrever a percepção de profissionais da Saúde Mental e da Atenção Básica acerca dos alcances e desafios encontrados na sua prática profissional no processo de Matriciamento dentro do contexto do trabalho em rede nos municípios da Região Extremo-sul baiana (Região de Saúde Porto Seguro), bem como analisar os efeitos de alguns fatores sobre essa percepção e executar e analisar uma proposta de Oficina de Educação Permanente em Apoio Matricial junto a esses profissionais da Saúde Mental e Atenção Básica. Para tal, são os objetivos específicos desta pesquisa: Realizar pesquisa teórica/ documental sobre o Matriciamento, incluindo avanços produzidos, desafios encontrados e possibilidades de articulação em rede; Caracterizar os profissionais da Saúde Mental e Atenção Básica da Região Extremo-sul baiana no que diz respeito ao nível sociodemográfico e profissional, e em relação ao nível de conhecimento e de experiência relativo ao Matriciamento; Analisar e descrever a percepção dos profissionais no que diz respeito às distintas dimensões dos alcances e desafios elencadas na escala empregada; Investigar se há diferenças de percepção dos profissionais, no que diz respeito aos alcances e desafios, em função do município que eles atuam; Examinar se há efeito do tipo de profissão, nível hierárquico, cargo ou função que ocupa, tempo de serviço e setor que atua (se SM ou AB) sobre a percepção desses profissionais acerca dos alcances e desafios; Investigar se há diferenças de percepção dos profissionais em função de ele ser gestor, ter sido ou nunca ter sido; Investigar se há diferenças de percepção dos profissionais em função de ele já ter ou não recebido algum treinamento sobre Matriciamento; Identificar e categorizar os alcances, desafios e possibilidades percebidos pelos participantes em sua prática profissional no processo de Matriciamento entre Saúde Mental e Atenção Básica na Região estudada; Analisar e discutir de forma crítica os alcances, desafios e possibilidades identificados com base nos referenciais acadêmicos e em documentos do Ministério da Saúde; Realizar intervenção, por meio de Oficinas de Educação Permanente com profissionais de equipes de Saúde Mental e Atenção Básica da Região estudada e analisar o processo e seus resultados qualitativamente a partir da observação participando do pesquisador.

A sua participação é voluntária e anônima e se dará em duas etapas: a primeira etapa, por meio de instruções online ou diálogo presencial introdutório informativo com o pesquisador sobre a pesquisa e resposta individual e sigilosa aos questionários, com perguntas fechadas, contendo escala de percepção de avanços e desafios no trabalho de Matriciamento. A segunda etapa ocorrerá apenas com parte dos trabalhadores selecionados pelo município, podendo você ser um dos participantes, ou não. Ela se dará através de Pesquisa intervenção, com a aplicação de uma Oficina de Educação Permanente preparatória para Apoio Matricial online ou presencial pelo pesquisador/observador participante, que ocorrerá em data previamente agendada pela área Técnica Base Regional de Saúde de Eunápolis – representante da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB), com os municípios participantes, com duração de um dia (manhã, intervalo para refeição e tarde, em mesmo dia). Os dados coletados da observação da referida Oficina serão utilizados para posterior análise como parte da pesquisa.

Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são o cansaço ou desconforto para responder o questionário/ escala e a Oficina. Para evitá-los, será estipulado prazo conforme a disponibilidade de tempo e comodidade, dentro dos prazos da presente pesquisa. **As respostas** serão totalmente sigilosas, de exclusivo acesso ao pesquisador, resguardando a identidade pessoal dos participantes da pesquisa e evitando sua exposição ou qualquer constrangimento.

Se depois de consentir sua participação o/a Sr. (a) desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. O/a Senhor (a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração referente a esta pesquisa. Entretanto, se o/a Sr. tiver alguma despesa decorrente desta pesquisa será totalmente ressarcido/a pelo pesquisador/a responsável. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas ressaltamos que **sua identidade não será divulgada, sendo as suas respostas guardadas em sigilo**. Para qualquer outra informação, o(a) Senhor(a) poderá entrar em contato como a pesquisadora no seguinte endereço: Alameda WX, 59- Bairro Antares, Eunápolis-Bahia CEP: 45.821-313, pelo telefone (73) 98834-0696, ou pelo e-mail mariliaamarilis@hotmail.com. Ou poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Sul da Bahia – CEP/UFSB, Centro de Formação em Ciências da Saúde: Avenida Getúlio Vargas, nº 1732 A, Bairro Monte Castelo, Teixeira de Freitas, Bahia, CEP - 45996-108, Teixeira de Freitas, Bahia, telefone – (73) 2103-8358. O e-mail do CEP/UFSB é: cep@ufsb.edu.br.

### **CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO**

Eu, trabalhador (a) de Saúde Mental e/ ou Atenção Básica da região extremo-sul baiana, fui informado sobre o que a pesquisadora quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar da pesquisa, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser.

SIM, CONCORDO EM PARTICIPAR  NÃO CONCORDO EM PARTICIPAR

Desejo receber por e-mail uma cópia do TCLE assinada pelo pesquisador:  SIM  NÃO

Eunápolis, Data: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**Pesquisadora responsável: Marília Martins de Araújo Reis**  
**Orientadora da pesquisa: Prof. Dra. Sandra Adriana Neves Nunes**  
**Programa de Pós-Graduação em Estado e Sociedade (PPGES)**

## APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E SÓCIO-OCUPACIONAL

### QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E SÓCIO-OCUPACIONAL

Data de preenchimento: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
IDENTIFICAÇÃO

- 1- Ano de nascimento: ( ) de 1910 a 1949 ( ) Anos de 1950 a 1979 ( ) Anos de 1980 a 2000 ( ) a partir de 2001
- 2 -Sexo: ( )Feminino ( )Masculino ( ) Outro
- 3- Etnia/ Raça: ( ) Negra ( ) Branca ( ) Parda ( ) Indígena ( ) Amarela ( ) Outra
- 4- Estado civil: ( ) Casado ( ) Solteiro ( ) Divorciado ( ) Viúvo ( )
- 5- Idade: ( ) de 18 a 25 anos ( ) de 26 a 35 anos ( ) de 36 a 45 anos ( ) de 46 a 55 anos ( ) Mais de 56 anos.

### FORMAÇÃO

- 6- Escolaridade: ( ) Não alfabetizado/ Educação Infantil ( ) Ensino fundamental 1 ( ) Ensino Fundamental 2 ( ) Ensino Médio ( ) Curso Técnico profissionalizante ( ) Ensino superior
- 7- Qual curso de graduação? ( ) Enfermagem ( ) Medicina ( ) Assitência Social ( ) Odontologia ( ) Psicologia ( ) Administração ( ) Tesrapeuta ocupacional ( ) Educação Física ( ) Fisioterapia ( ) Nutrição ( ) Outro.
- 8- Ano de conclusão do curso: ( ) antes de 1970 ( ) até 1970 e 1999 ( ) de 2000 a 2022
- 9- Tipo de Instituição: ( ) pública ( ) privada ( ) outra
- 10- Durante a graduação teve disciplinas ou estágios em serviços de Saúde Pública/Saúde Coletiva? ( ) Não ( ) Sim
- 11- Se SIM, referentes a qual (is) área (s)? ( ) Saúde Mental ( ) Atenção Básica ( ) Outra área.
- 12- Cursou alguma pós-graduação? ( ) Sim ( ) Não
- 13- Se SIM, em que área? ( ) Saúde Mental ( ) Atenção Básica ( ) Outras áreas.

### DADOS PROFISSIONAIS

- 14- Município em que trabalha: ( ) Eunápolis ( ) Porto Seguro ( ) Itabela ( ) Itapebi ( ) Itagimirim ( ) Santa Cruz Cabrália ( ) Guaratinga ( ) Belmonte
- 15- Qual é sua profissão? ( ) Enfermeiro ( ) Médico ( ) Psicólogo ( ) Educador Físico ( ) Dentista ( ) Fisioterapeuta ( ) Assistente social ( ) Farmacêutico ( ) Recepcionista ( ) Técnico em enfermagem ( ) Técnico de Saúde Bucal ( ) Agente Comunitário de Saúde ( ) Motorista ( ) Outro
- 16- Cargo/ função atual: ( ) Gestor na Unidade Básica de Saúde/ setor da Atenção Básica ( ) Gestor em serviço/ setor da Saúde Mental ( ) Profissional da Equipe de Saúde da Família ( ) Profissional de serviço da Saúde Mental
- 17- Você teve outras experiências de trabalho em Saúde Pública/ Saúde Coletiva antes? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não Sei/Não lembro
- 18- Instituição empregadora atual: ( ) Prefeitura ( ) ONG ( ) Outra
- 19- Há quanto tempo trabalha na Prefeitura ? ( ) menos de 6 meses ( ) de 6 meses a 1 ano ( ) de 7 a 11 meses ( ) de 2 a 4 anos ( ) de 5 a 7 anos ( ) de 8 a 10 anos ( ) mais de 10 anos
- 20- Vínculo empregatício: ( ) Contratado por processo seletivo ( ) Nomeado ( ) Informal ( ) CLT/ concursado
- 21- Setor/ serviço que atua: ( ) Atenção Básica ( ) Saúde Mental
- 22- Tempo em que está na função atual: ( ) menos de 6 meses ( ) 6 meses ( ) de 7 a 11 meses ( ) 1 ano ( ) de 2 a 4 anos ( ) de 5 a 7 anos ( ) de 8 a 10 anos ( ) mais de 10 anos
- 23- Possui outro emprego além do atual? ( ) Sim ( ) Não
- 24- Já foi gestor antes ? ( ) Sim ( ) Não



## APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO SOBRE CONHECIMENTO E EXPERIÊNCIAS COM MATRICIAMENTO/APOIO MATRICIAL

### QUESTIONÁRIO SOBRE CONHECIMENTO E EXPERIÊNCIAS COM MATRICIAMENTO/APOIO MATRICIAL

- 1- Você sabe o que é MATRICIAMENTO OU APOIO MATRICIAL? ( ) sim ( ) não ( ) nunca ouvi falar
- 2- Caso saiba o que é Matriciamento, qual das alternativas o conceitua melhor, na sua opinião?  
( ) É o trabalho realizado por cada equipe especializada, dentro do seu próprio setor.  
( ) É o trabalho realizado por cada profissional individualmente em sua área de atuação.  
( ) É o trabalho realizado entre diferentes equipes, no território, em rede sistêmica, com característica dialógica, pedagógica, intersetorial, para construção compartilhada do cuidado.  
( ) É o trabalho realizado pelos profissionais de um setor, para gerar encaminhamento do caso para outro setor, quando este não pertence à sua área.
- 3- Você acha que a responsabilidade de realizar o MATRICIAMENTO OU APOIO MATRICIAL é de que área? ( ) Saúde Mental ( ) Atenção Básica ( ) Saúde Mental e Atenção Básica ( ) Outros setores.
- 4- Foi informado que as atividades de APOIO MATRICIAL faziam parte das ações desenvolvidas por suas funções no seu cargo atual? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não lembro
- 5- Você conhece algum documento do Ministério da Saúde que oriente sobre a prática do MATRICIAMENTO OU APOIO MATRICIAL? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não lembro
- 6- Você já participou ou desenvolveu o MATRICIAMENTO OU APOIO MATRICIAL?  
( ) sim ( ) não
- 7- Caso tenha participado, em que área o desenvolveu: ( ) Saúde Mental ( ) Atenção Básica ( ) Saúde da Mulher ( ) Segurança Alimentar ( ) Práticas Integrativas Complementares (PIC) ( ) Reabilitação ( ) Outra(s)
- 8- Que tipo (s) de atividade (s) de MATRICIAMENTO OU APOIO MATRICIAL você participou ou já participou? Marque uma ou mais alternativas acerca dos instrumentos/ferramentas utilizados nas suas atividades de Matriciamento que você participa ou participou:  
( ) Tele Apoio (telefone, e-mail, Skype)  
( ) Projetos de saúde intersetoriais no território  
( ) Assistência direta a usuários indicados pela Equipe Apoiada  
( ) Discussão de casos Intervenções conjuntas com profissionais apoiados (grupos, visitas domiciliares, consultas etc)  
( ) Atividades de formação para as Equipes (atualização temática, discussão de protocolos)  
( ) Construção de Projeto Terapêutico Singular com a Equipe Apoiada  
( ) Rodas/ Oficinas de sensibilização  
( ) Outros.
- 9- Você desenvolve o MATRICIAMENTO OU APOIO MATRICIAL a partir de que serviço/equipe?  
( ) NASF  
( ) CAPS  
( ) Unidade Básica de Saúde - UBS  
( ) Hospital Geral  
( ) CEO  
( ) Unidade de Pronto Atendimento - UPA  
( ) Policlínicas  
( ) Centros de Convivência  
( ) CRASS  
( ) Outro(s)

- 10- Quantas equipes NASF atuam em seu município? ( ) nenhuma ( ) uma ( ) duas ( ) três ou mais ( ) Não sei
- 11- As equipes NASF realizam MATRICIAMENTO OU APOIO MATRICIAL? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei.
- 12- Qual a regularidade das ações de Matriciamento que você participa? ( ) Nenhuma ( ) Semanal ( ) Quinzenal ( ) Mensal ( ) Bimestral ( ) Semestral
- 13- Quantas horas do seu trabalho semanal são dedicadas ao MATRICIAMENTO OU APOIO MATRICIAL? ( ) nenhuma hora ( ) uma hora ( ) de 2 a 4 horas ( ) Mais de 4 horas.
- 14- Já recebeu algum treinamento, curso, Educação Permanente, Educação em Saúde para atuar no MATRICIAMENTO OU APOIO MATRICIAL? ( ) Não ( ) Sim
- 15- Caso tenha recebido, quem proporcionou? ( ) a Prefeitura/ Ministério da Saúde ( ) Empresa privada ( ) Instituição de Ensino ( ) Outros.
- 16 -Durante seu curso de graduação/nível técnico você teve disciplinas ou alguma abordagem sobre MATRICIAMENTO OU APOIO MATRICIAL? ( ) Não ( ) Sim.
- 17 - Marque quais aspectos listados abaixo você considera como positivos/avanços em relação ao trabalho de MATRICIAMENTO OU APOIO MATRICIAL realizado entre Saúde Mental e Atenção Básica:
- ( ) Reconhecimento do Matriciamento como forma de ampliação o cuidado para com os usuários com sofrimento psíquico e transtornos mentais.
- ( ) Aumento da compreensão sobre transtorno mental/sofrimento psíquico.
- ( ) Descobertas de novas possibilidades de práticas, uso de espaços de apoio e formas de intervenção no trabalho entre Saúde Mental e Atenção Básica.
- ( ) Maior troca de conhecimentos e atendimentos compartilhados.
- ( ) Aumento da resolutividade dos problemas.
- ( ) Aumento da possibilidade de inclusão social das pessoas com transtornos mentais.
- ( ) Reorganização da entrada do usuário para os serviços de Saúde Mental.
- ( ) Aumento do acesso dos usuários com sofrimento psíquico ou transtornos mentais aos cuidados e tratamentos.
- ( ) Tomada de decisões coletivas e pactuadas com maior garantia de concretização das ações.
- ( ) Desenvolvimento de Plano Terapêutico Singular (PTS).
- ( ) Maior sensibilização e compromisso das Equipes de Saúde da Família e da Saúde Mental.
- ( ) Maior articulação entre os envolvidos e fortalecimento do vínculo entre equipes.
- ( ) Melhoria do acolhimento dos usuários na sua comunidade.
- ( ) Promoção da autonomia e liberdade das pessoas com sofrimento psíquico e transtornos mentais.
- ( ) Maior visibilidade das necessidades em Saúde Mental pelas Equipes de Saúde da Família.
- ( ) Os profissionais conseguiram ter uma visão mais integral das pessoas com transtornos mentais.
- ( ) Possibilitou reflexões coletivas.
- ( ) Diminuição do estresse das equipes, na medida em que conseguem compartilhar responsabilidades dos casos.
- ( ) Preparo mais qualificado dos profissionais que participaram do Matriciamento com maior acesso de informações.
- 18- Quais aspectos listados abaixo você considera como dificuldades/ desafios observados para realização do trabalho de MATRICIAMENTO OU APOIO MATRICIAL entre Saúde Mental e Atenção Básica?
- ( ) Indisposição/ resistências dos profissionais da Atenção Básica em trabalhar com Saúde Mental.
- ( ) Dificuldades de diálogo entre ambas as áreas.
- ( ) Não quererem desenvolver ações coletivas/ compartilhadas.
- ( ) Preconceito/ Medo/ Discriminação para lidar com as pessoas com transtornos mentais, dificultando a participação dos usuários nas ações.
- ( ) Autopreconceito dos usuários em participar das ações devido a rejeição dos mesmos.
- ( ) Ideia de que o Matriciamento é uma sobrecarga, um repasse de funções e não uma contribuição.
- ( ) Contratações de profissionais por clientelismo, sem preparo técnico, prejudicando a qualidade dos serviços.

- ( ) Quebra dos vínculos entre profissionais e usuários devido os profissionais terem contratações temporárias curtas e mudanças por motivos políticos.
- ( ) Burocratização do atendimento.
- ( ) Dificuldades por parte da gestão ou pouco compromisso para organização dos encontros de Apoio Matricial e com a articulação de ações entre Atenção Básica e Saúde Mental.
- ( ) Falta de informação/ conhecimento das equipes de como implantar o Matriciamento.
- ( ) Dificuldades em compreender o papel dos NASF e de como eles funcionam.
- ( ) Falta de preparo das Equipes de Saúde da Família para acolher e cuidar de pessoas com sofrimento psíquico e com transtornos mentais.
- ( ) Falta de perfil dos profissionais para realizar Apoio Matricial.
- ( ) Dificuldades para reorganização para atuar no Matriciamento.
- ( ) Visão de que o tratamento para pessoas com transtornos mentais é feito pelo médico, com remédios controlados, nos CAPS, setor de Saúde Mental, para onde devem ser encaminhadas.
- ( ) Descontinuidade do acompanhamento, interrupções.
- ( ) Uma rede de serviços fragmentada, desconectada.
- ( ) Falta de profissionais.
- ( ) Dificuldades nas condições de trabalho, gerando sobrecargas.
- ( ) Pressão da população e da AB para atendimentos individuais, não compartilhados.
- ( ) Tensões advindas da proposta de corresponsabilização entre as áreas.
- ( ) Desconhecimento da possibilidade de atuação do Apoio Matricial.
- ( ) Dificuldade de entendimento na proposta do Apoio Matricial.
- ( ) Pouca participação dos familiares por afastamento dos serviços.
- ( ) Falta de informação da população sobre a assistência em rede e no território.
- ( ) Pouco diálogo sobre a formação dos profissionais de Saúde, ainda centrada em cada formação em separado.
- ( ) Falta de adesão aos tratamentos por parte dos usuários devido ao descrédito que muitos profissionais tem nas ações de Apoio Matricial;
- ( ) Dificuldades de comunicação entre profissionais e usuários.
- ( ) Falta de avaliações formais que apontem se os objetivos do Apoio Matricial têm sido alcançados.

## APÊNDICE D - ESCALA DE PERCEPÇÃO DE AVANÇOS E DESAFIOS NO TRABALHO DE MATRICIAMENTO

### ESCALA DE PERCEPÇÃO DE AVANÇOS E DESAFIOS NO TRABALHO DE MATRICIAMENTO

Abaixo você vai ver uma lista de afirmações que sugerem **avanços ou pontos positivos**, bem como **desafios ou dificuldades**, que profissionais da saúde têm encontrado no cotidiano de seu trabalho de MATRICIAMENTO OU APOIO MATRICIAL realizado entre Saúde Mental e Atenção Básica. Indique o seu grau de concordância com essas afirmações, **considerando o que você vive ou viveu na sua prática profissional**.

#### Mudanças de paradigmas culturais

1. Aumento da possibilidade de inclusão social das pessoas com transtornos mentais.  
( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Nem discordo/Nem concordo (indeciso) ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente
2. Maior sensibilização e compromisso das Equipes de Saúde da Família e da Saúde Mental.  
( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Nem discordo/Nem concordo (indeciso) ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente
3. ( ) Melhoria do acolhimento dos usuários na sua comunidade.  
( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Nem discordo/Nem concordo (indeciso) ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente
4. ( ) Promoção da autonomia e liberdade das pessoas com sofrimento psíquico e transtornos mentais.  
( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Nem discordo/Nem concordo (indeciso) ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente
5. ( ) Maior visibilidade das necessidades em Saúde Mental pelas Equipes de Saúde da Família.  
( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Nem discordo/Nem concordo (indeciso) ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente

#### Ampliação do acesso

6. Reconhecimento do Matriciamento como forma de ampliação o cuidado para com os usuários com sofrimento psíquico e transtornos mentais.  
( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Nem discordo/Nem concordo (indeciso) ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente
7. Reorganização da entrada do usuário para os serviços de Saúde Mental.  
( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Nem discordo/Nem concordo (indeciso) ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente
8. Aumento do acesso dos usuários com sofrimento psíquico ou transtornos mentais aos cuidados e tratamentos.  
( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Nem discordo/Nem concordo (indeciso) ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente

#### Ampliação das ações/ formas de cuidado

9. Descobertas de novas possibilidades de práticas, uso de espaços de apoio e formas de intervenção no trabalho entre Saúde Mental e Atenção Básica.  
( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Nem discordo/Nem

concordo (indeciso) ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente

10. Desenvolvimento de Plano Terapêutico Singular (PTS).

( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Nem discordo/Nem  
concordo (indeciso) ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente

11. Possibilidade de reflexões coletivas relativas a formas de cuidados mais humanizadas.

( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Nem discordo/Nem  
concordo (indeciso) ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente

Ampliação de conhecimentos

12. Aumento da compreensão sobre transtorno mental/sofrimento psíquico.

( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Nem discordo/Nem  
concordo (indeciso) ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente

13. Maior troca de conhecimentos e atendimentos compartilhados.

( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Nem discordo/Nem  
concordo (indeciso) ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente

14. Os profissionais conseguiram ter uma visão mais integral das pessoas com transtornos mentais.

( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Nem discordo/Nem  
concordo (indeciso) ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente

15. Preparo mais qualificado dos profissionais que participaram do Matriciamento com maior acesso de informações.

( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Nem discordo/Nem  
concordo (indeciso) ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente

Ampliação da resolutividade/vínculos

16. Aumento da resolutividade dos problemas.

( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Nem discordo/Nem  
concordo (indeciso) ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente

17. Tomada de decisões coletivas e pactuadas com maior garantia de concretização das ações.

( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Nem discordo/Nem  
concordo (indeciso) ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente

18. Maior articulação entre os envolvidos e fortalecimento do vínculo entre equipes.

( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Nem discordo/Nem  
concordo (indeciso) ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente

19. Diminuição do estresse das equipes, na medida em que conseguem compartilhar responsabilidades dos casos.

( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Nem discordo/Nem  
concordo (indeciso) ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente

Dificuldades nas condições de trabalho/recursos materiais/estrutura:

20. Burocratização do atendimento.

( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Nem discordo/Nem  
concordo (indeciso) ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente

21. Uma rede de serviços fragmentada, desconectada.

( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Nem discordo/Nem  
concordo (indeciso) ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente

22. Dificuldades nas condições de trabalho, gerando sobrecargas.  
( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Nem discordo/Nem concordo (indeciso) ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente

Problemas relativos à gestão

23. Contratações de profissionais por clientelismo, sem preparo técnico, prejudicando a qualidade dos serviços.  
( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Nem discordo/Nem concordo (indeciso) ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente

24. Quebra dos vínculos entre profissionais e usuários devido ao fato de os profissionais terem contratações temporárias curtas e mudanças por motivos políticos.  
( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Nem discordo/Nem concordo (indeciso) ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente

25. Dificuldades por parte da gestão ou pouco compromisso para organização dos encontros de Apoio Matricial e com a articulação de ações entre Atenção Básica e Saúde Mental.  
( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Nem discordo/Nem concordo (indeciso) ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente

26. Falta de perfil dos profissionais para realizar Apoio Matricial.  
( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Nem discordo/Nem concordo (indeciso) ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente

27. Dificuldades para reorganização para atuar no Matriciamento.  
( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Nem discordo/Nem concordo (indeciso) ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente

28. Descontinuidade do acompanhamento, interrupções.  
( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Nem discordo/Nem concordo (indeciso) ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente

29. Falta de avaliações formais que apontem se os objetivos do Apoio Matricial têm sido alcançados. ( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Nem discordo/Nem concordo (indeciso) ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente

Deficiência na formação profissional/ em investimento em educação

30. Ideia de que o Matriciamento é uma sobrecarga, um repasse de funções e não uma contribuição.  
( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Nem discordo/Nem concordo (indeciso) ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente

31. Falta de informação/conhecimento das equipes de como implantar o Matriciamento.  
( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Nem discordo/Nem concordo (indeciso) ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente

32. Dificuldades em compreender o papel dos NASF e de como eles funcionam.  
( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Nem discordo/Nem concordo (indeciso) ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente

33. Visão de que o tratamento para pessoas com transtornos mentais é feito pelo médico, com remédios controlados, nos CAPS, setor de Saúde Mental, para onde devem ser encaminhadas.

Discordo Totalmente     Discordo Parcialmente     Nem discordo/Nem concordo (indeciso)     Concordo Parcialmente     Concordo Totalmente

34. Falta de preparo das Equipes de Saúde da Família para acolher e cuidar de pessoas com sofrimento psíquico e com transtornos mentais.  
 Discordo Totalmente     Discordo Parcialmente     Nem discordo/Nem concordo (indeciso)     Concordo Parcialmente     Concordo Totalmente
35. Desconhecimento da possibilidade de atuação do Apoio Matricial.  
 Discordo Totalmente     Discordo Parcialmente     Nem discordo/Nem concordo (indeciso)     Concordo Parcialmente     Concordo Totalmente
36. Dificuldade de entendimento na proposta do Apoio Matricial.  
 Discordo Totalmente     Discordo Parcialmente     Nem discordo/Nem concordo (indeciso)     Concordo Parcialmente     Concordo Totalmente

#### Desinformação da população/familiares acerca das ações do Matriciamento

37. Pouca participação dos familiares por afastamento dos serviços.  
 Discordo Totalmente     Discordo Parcialmente     Nem discordo/Nem concordo (indeciso)     Concordo Parcialmente     Concordo Totalmente
38. Falta de informação da população sobre a assistência em rede e no território.  
 Discordo Totalmente     Discordo Parcialmente     Nem discordo/Nem concordo (indeciso)     Concordo Parcialmente     Concordo Totalmente
39. Visão de que o tratamento para pessoas com transtornos mentais é feito pelo médico, com remédios controlados, nos CAPS, setor de Saúde Mental, para onde devem ser encaminhadas.  
 Discordo Totalmente     Discordo Parcialmente     Nem discordo/Nem concordo (indeciso)     Concordo Parcialmente     Concordo Totalmente

#### Atitudes dos profissionais/ Comprometimento

40. Indisposição/ resistências dos profissionais da Atenção Básica (AB) em trabalhar com Saúde Mental (SM).  
 Discordo Totalmente     Discordo Parcialmente     Nem discordo/Nem concordo (indeciso)     Concordo Parcialmente     Concordo Totalmente
41. Dificuldades de diálogo entre ambas as áreas (AB E SM).  
 Discordo Totalmente     Discordo Parcialmente     Nem discordo/Nem concordo (indeciso)     Concordo Parcialmente     Concordo Totalmente
42. Não quererem desenvolver ações coletivas/ compartilhadas.  
 Discordo Totalmente     Discordo Parcialmente     Nem discordo/Nem concordo (indeciso)     Concordo Parcialmente     Concordo Totalmente
43. Tensões advindas da proposta de corresponsabilização entre as áreas.  
 Discordo Totalmente     Discordo Parcialmente     Nem discordo/Nem concordo (indeciso)     Concordo Parcialmente     Concordo Totalmente
44. Falta de adesão aos tratamentos por parte dos usuários devido ao descrédito que muitos profissionais têm nas ações de Apoio Matricial;  
 Discordo Totalmente     Discordo Parcialmente     Nem discordo/Nem concordo (indeciso)     Concordo Parcialmente     Concordo Totalmente

45. Dificuldades de comunicação entre profissionais e usuários.  
( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Nem discordo/Nem concordo (indeciso) ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente

Aspectos Culturais

46. Preconceito/Medo/Discriminação dos profissionais da AB para lidar com as pessoas com transtornos mentais, dificultando a participação dos usuários nas ações.  
( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Nem discordo/Nem concordo (indeciso) ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente
47. Autopreconceito dos usuários em participar das ações devido a rejeição dos mesmos.  
( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Nem discordo/Nem concordo (indeciso) ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente
48. Pressão da população e da AB para atendimentos individuais, não compartilhados.  
( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Nem discordo/Nem concordo (indeciso) ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente
49. Pouco diálogo sobre a formação dos profissionais de Saúde, ainda centrada em cada formação em separado.  
( ) Discordo Totalmente ( ) Discordo Parcialmente ( ) Nem discordo/Nem concordo (indeciso) ( ) Concordo Parcialmente ( ) Concordo Totalmente

MUITO OBRIGADA PELA PARTICIPAÇÃO!



## **APÊNDICE E – ROTEIRO DA OFICINA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE PREPARATÓRIA PARA O MATRICIAMENTO**

### **PROGRAMAÇÃO**

08h – 09h

1– Dinâmica de Abertura (“Crachá” com nome, identidade, potencialidades e desafios);

09h - 09h45 min

2– Saúde Coletiva; Saúde Pública Tradicional e Saúde Pública Moderna. Matriciamento.

09h - 09h45 min - Intervalo

10h

3– Vídeo da História da Desinstitucionalização e Luta Antimanicomial;

10h20min - 12h00min

4– Filme “Si puó Fare” – “Dá para Fazer”;

12h – 13h - Almoço

13h – 13h45min

5– Reflexão compartilhada sobre Vídeo e Filme;

13h45min – 14h45min

6– Vídeo “Crack !?” e a Dinâmica do “Zé” (uso de drogas);

14h45min – 15h – Intervalo

15h – 16h

7– Roda de compartilhamento (Comentando a experiência);

16h -17h

8- Referências e exemplos de ações nos territórios.

## APÊNDICE F – CARTA- CONVITE AOS JUÍZES



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL - MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO SUL DA BAHIA (UFSB)  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS – CEP/UFSB  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ESTADO E SOCIEDADE

### CARTA - CONVITE AOS JUÍZES PARA VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO

Ao Ilmo (a). Sr. (a) \_\_\_\_\_

Porto Seguro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Prezado (a) Senhor (a),

Cumprimentando-o/a cordialmente, aproveitamos a ocasião para expressar nosso respeito e estima pela importância do seu trabalho, competências e contribuições no segmento de suas atuações.

Vimos então através deste, convidá-lo (a) a compor o Comitê de Juízes no processo de Validação do Instrumento de coleta de dados denominado “Escala de Percepção de Avanços e Desafios no Trabalho de Matriciamento”, pertencente à pesquisa de tema “O processo de Matriciamento entre Saúde Mental e Atenção Básica na no Extremo-sul baiano – Alcances, desafios e possibilidades do trabalho em rede”. Trata-se da minha pesquisa de conclusão do curso de Doutorado junto ao Programa de Pós-graduação em Estado e Sociedade da Universidade Federal do Sul da Bahia (PPGES/UFSB), área de conhecimento CNPQ: Saúde Coletiva (4.06.00.00-9), sub-área: Saúde Pública (4.06.02.00-1).

Tendo como orientadora a Profa. Dra. Sandra Adriana Neves Nunes, a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP/ UFSB) sob o parecer de número - \_\_\_\_\_ e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) protocolo de número \_\_\_\_\_.

A respeito da referida Escala, desenvolvida para a pesquisa em questão, tem-se como objetivo através desta, medir as percepções dos profissionais da Saúde Mental e da Atenção Básica, para a partir destes dados, analisar e descrever o fenômeno estudado. A escala apresenta distintas 11 dimensões dos alcances e desafios elencadas, as quais: Mudanças de paradigmas culturais; Ampliação do acesso; Ampliação das ações/ formas de cuidado; Ampliação de conhecimentos; Ampliação da resolutividade/vínculos; Dificuldades nas condições de trabalho/recursos materiais/estrutura; Problemas relativos à gestão; Deficiência na formação profissional/ em investimento em educação; Desinformação da população/familiares acerca das ações do Matriciamento; Atitudes dos profissionais/ Comprometimento; e Aspectos Culturais.

Neste processo de validação, os juízes que compõem o Comitê irão avaliar a clareza, a relevância/ pertinência das questões e, segundo Rubio *et al.* (2003), poderão sugerir a exclusão ou a mudança de itens. As sugestões deverão ser incluídas no Formulário de avaliação on line, enviado exclusivamente a cada juiz através de link do Google form, com objetivo de se proceder com a avaliação da validade de conteúdo. As respostas chegarão à pesquisadora via on line, que procederá com a compilação, reavaliação e análise crítica das alterações sugeridas pelo Comitê.

Para organizarmos o trabalho, serão realizados dois encontros virtuais com os juízes do Comitê e enviado todo o material necessário para atividades dos membros. Enquanto data prevista para o primeiro encontro virtual define-se \_\_\_\_ de outubro de 2022 das \_\_\_\_ às \_\_\_\_ horas. Na oportunidade serão apresentadas informações sobre a pesquisa, discutidos os objetivos pretendidos, bem como sanadas dúvidas existentes.

Certos de contarmos a sua contribuição para com a presente pesquisa e, conseqüentemente para com o fortalecimento das Políticas Públicas do SUS, bem como das melhorias e fortalecimento de práticas democráticas em Saúde, a exemplo do Matriciamento e do cuidado compartilhado na Rede de Atenção Psicossocial, dispomo-nos para quaisquer esclarecimentos.

Em aguardo do seu retorno e sem mais para o momento, subscrevo-me.

Atenciosamente,

Marilia Martins de Araújo Reis (Pesquisadora Responsável)

**APÊNDICE G - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO -  
JUÍZES DO COMITÊ PARA VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO DE COLETA DE  
DADOS - ON LINE**



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL - MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO SUL DA BAHIA (UFSB)  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS – CEP/UFSB  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ESTADO E SOCIEDADE  
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Convidamos o Sr/Sra, para participar como Juiz do processo de Validação do instrumento de coleta de dados denominado **Escala de Percepção de Avanços e Desafios no Trabalho de Matriciamento**, pertencente à Pesquisa de tema “**O processo de Matriciamento entre Saúde Mental e Atenção Básica na no Extremo-sul baiano – Alcances, desafios e possibilidades do trabalho em rede**”, sob a responsabilidade da pesquisadora **Marília Martins de Araujo Reis**, RG 04633744-01 SSP-BA, a qual pretende investigar e descrever a percepção de profissionais da Saúde Mental e da Atenção Básica acerca dos alcances e desafios encontrados na sua prática profissional no processo de Matriciamento dentro do contexto do trabalho em rede nos municípios da Região Extremo-sul baiana (Região de Saúde Porto Seguro), bem como analisar os efeitos de alguns fatores sobre essa percepção e executar e analisar uma proposta de Oficina de Educação Permanente em Apoio Matricial junto a esses profissionais da Saúde Mental e Atenção Básica. Para tal, são os objetivos específicos desta pesquisa: Realizar pesquisa teórica/ documental sobre o Matriciamento, incluindo avanços produzidos, desafios encontrados e possibilidades de articulação em rede; Caracterizar os profissionais da Saúde Mental e Atenção Básica da Região Extremo-sul baiana no que diz respeito ao nível sociodemográfico e profissional, e em relação ao nível de conhecimento e de experiência relativo ao Matriciamento; Analisar e descrever a percepção dos profissionais no que diz respeito às distintas dimensões dos alcances e desafios elencadas na escala empregada; Investigar se há diferenças de percepção dos profissionais, no que diz respeito aos alcances e desafios, em função do município que eles atuam; Examinar se há efeito do tipo de profissão, nível hierárquico, cargo ou função que ocupa, tempo de serviço e setor que atua (se SM ou AB) sobre a percepção desses profissionais acerca dos alcances e desafios; Investigar se há diferenças de percepção dos profissionais em função de ele ser gestor, ter sido ou nunca ter sido; Investigar se há diferenças de percepção dos profissionais em função de ele já ter ou não recebido algum treinamento sobre Matriciamento; Identificar e categorizar os alcances, desafios e possibilidades percebidos pelos participantes em sua prática profissional no processo de Matriciamento entre Saúde Mental e Atenção Básica na Região estudada; Analisar e discutir de forma crítica os alcances, desafios e possibilidades identificados com base nos referenciais acadêmicos e em documentos do Ministério da Saúde; Realizar intervenção, por meio de Oficinas de Educação Permanente com profissionais de equipes de Saúde Mental e Atenção Básica da Região estudada e analisar o processo e seus resultados qualitativamente a partir da observação participante do pesquisador.

A sua participação como juiz é voluntária e sigilosa e se dará através da avaliação da referida Escala de percepção, respondendo o instrumento avaliativo, por meio *on line*. A resposta deve ser individual, sigilosa, respondida única vez por cada juiz, sendo de conhecimento apenas do pesquisador. O link de acesso ao instrumento de validação, tal qual este TCLE, será de conhecimento e uso exclusivo aos juízes, não podendo ser repassado a terceiros em nenhuma hipótese. Ao final, a pesquisadora responsável deverá ter o total de 4 (quatro) respostas nesta etapa de validação da escala, já inclusa a sua resposta. Os dados coletados da avaliação dos juízes serão analisados pela pesquisadora para calcular o índice de validade de conteúdo e para melhorar a qualidade da escala, caso sejam apontadas sugestões de modificações, de inclusão ou de exclusão de itens.

Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são o cansaço ou desconforto para responder o instrumento de validação. Para evitá-los, será estipulado prazo conforme a disponibilidade de tempo e comodidade, dentro dos prazos da presente pesquisa. Ressalta-se que, respostas serão totalmente sigilosas, de exclusivo acesso ao pesquisador, resguardando a identidade pessoal dos juízes avaliadores, e evitando sua exposição ou qualquer constrangimento.

Se depois de consentir sua participação o/a Sr. (a) desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. O/a Senhor (a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração referente a esta pesquisa. Entretanto, se o/a Sr. tiver alguma despesa decorrente desta pesquisa será totalmente ressarcido/a pelo pesquisador/a responsável. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas ressaltamos que **sua identidade não será divulgada, sendo as suas respostas guardadas em sigilo**. Para qualquer outra informação, o(a) Senhor(a) poderá entrar em contato como a pesquisadora no seguinte endereço: Alameda WX, 59- Bairro Antares, Eunápolis-Bahia CEP: 45.821-313, pelo telefone (73) 98834-0696, ou pelo e-mail mariliaamarilis@hotmail.com. Ou poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Sul da Bahia – CEP/UFSB, Centro de Formação em Ciências da Saúde: Avenida Getúlio Vargas, nº 1732 A, Bairro Monte Castelo, Teixeira de Freitas, Bahia, CEP - 45996-108, Teixeira de Freitas, Bahia, telefone – (73) 2103-8358. O e-mail do CEP/UFSB é: cep@ufsb.edu.br.

#### **CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO**

Eu, doutor em Psicologia ou profissional da Saúde Pública/Coletiva ou da Saúde Mental, fui informado sobre o que a pesquisadora quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar da pesquisa como juiz para validação da **Escala De Percepção de Avanços e Desafios no Trabalho de Matriciamento**, pertencente à Pesquisa de tema **“O processo de Matriciamento entre Saúde Mental e Atenção Básica na no Extremo-sul baiano – Alcances, desafios e possibilidades do trabalho em rede”**, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser.

( ) SIM, CONCORDO EM PARTICIPAR ( ) NÃO CONCORDO EM PARTICIPAR

Desejo receber por e-mail uma cópia do TCLE assinada pelo pesquisador: ( ) SIM ( ) NÃO

Meu e-mail (para o caso de desejar receber cópia): \_\_\_\_\_

Eunápolis, Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Pesquisadora responsável: Marília Martins de Araújo Reis Orientadora da pesquisa: Prof. Dra. Sandra Adriana Neves Nunes Programa de Pós-Graduação em Estado e Sociedade (PPGES)**

## **APÊNDICE H -INSTRUMENTO DE VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DA ESCALA DE PERCEPÇÃO DE AVANÇOS E DESAFIOS NO TRABALHO DE MATRICIAMENTO**

### **PREZADOS MEMBROS/AS DO COMITÊ DE JUIZES:**

Bem-vindos (as) ao processo de validação do instrumento de coleta de dados denominado **Escala de percepção de avanços e desafios no trabalho de Matriciamento**. A referida escala integra a pesquisa de Doutorado intitulada: “O processo de Matriciamento entre Saúde Mental e Atenção Básica na no Extremo-sul baiano – Alcances, desafios e possibilidades do trabalho em rede”, desenvolvida pela pesquisadora responsável Marília Martins de Araújo Reis - PPGES/ UFSB - Campus Sosígenes Costa, com a Orientação da Profa. Dra. Sandra Adriana Neves Nunes.

### **FALANDO UM POUCO SOBRE O MATRICIAMENTO OU APOIO MATRICIAL**

O Matriciamento, ou Apoio Matricial é uma tecnologia social em saúde bastante inovadora e em fase de implementação no Sistema Único de Saúde (SUS). Foi idealizada por Gastão Waner Campos (1999), como uma proposta facilitadora do cuidado substitutivo dos manicômios no Brasil. O Matriciamento consiste em uma prática democrática de construção compartilhada de cuidado, harmonizada aos princípios da Clínica Ampliada e implementada entre equipes nos territórios e em Rede sistêmica, sendo de cunho pedagógico-terapêutico e transdisciplinar.

É considerada uma estratégia essencial para o pleno e resolutivo funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial, devido sua proposta comunitária e antimanicomial, em suas interações intersetoriais, em especial com a Atenção Básica (Primária) em Saúde, o que torna relevante a formulação de estudos de análise de distintos aspectos dessa experiência (SOUSA; JORGE, 2018), como propõe a pesquisa “O processo de Matriciamento entre Saúde Mental e Atenção Básica na no Extremo-sul baiano – Alcances, desafios e possibilidades do trabalho em rede”.

Nesta pesquisa, iremos realizar uma etapa de validação do instrumento de coleta de dados por nós desenvolvido, que incluirá a validação e conteúdo. Um processo de validação verifica se o instrumento mede exatamente o que se propõe a medir. Assim, a validação de conteúdo corresponde ao processo de verificação da adequabilidade de um conjunto de itens na representação de determinado fenômeno, ou seja, dentro de um universo de itens possíveis devem permanecer no instrumento final apenas os itens que reflitam o constructo investigado (De Vellis, 2017).

### **INFORMES AO COMITÊ DE JUIZES:**

- 1- Este link não deve ser compartilhado. Apenas os juízes poderão contribuir nesta etapa de pesquisa.
- 2- O Comitê de Juízes será composto por 04 (quatro) participantes, sendo dois professores doutores formados em Psicologia e dois profissionais que atuam na saúde pública, de preferência um na atenção básica e um na saúde mental.
- 3- Escolha um horário tranquilo para responder este instrumento de modo integral, para garantir que suas respostas sejam salvas por completo.
- 4- **IMPORTANTE:** para cada afirmativa você deverá escolher entre:

- ( ) 1 = Nada Claro
- ( ) 2 = Um pouco claro
- ( ) 3 = Claro
- ( ) 4 = Muito claro

- ( ) 1 = Não relevante ou não pertinente (deve ser retirado).
- ( ) 2 = item necessita de grande revisão para ser relevante.
- ( ) 3 = item necessita de pequena revisão para ser relevante.
- ( ) 4 = item relevante ou pertinente.

E em seguida, caso tenha marcado os itens 2 ou 3 para as respostas relativa à pertinência ou relevância, responda qual a sua sugestão: eliminar ou modificar a questão e qual modificação sugere que seja feita na questão.

### **INSTRUÇÕES PARA RESPONDER AO INSTRUMENTO:**

Abaixo você vai ver uma lista de afirmações que compõem a **Escala de percepção de avanços e desafios no trabalho de Matriciamento**, que integra a pesquisa de doutorado intitulada “O processo de Matriciamento entre Saúde Mental e Atenção Básica na no Extremo-sul baiano – Alcances, desafios e possibilidades do trabalho em rede”. As afirmações sugerem **avanços ou pontos positivos**, bem como **desafios ou dificuldades**, que profissionais da saúde têm encontrado no cotidiano de seu trabalho de MATRICIAMENTO OU APOIO MATRICIAL realizado entre Saúde Mental e Atenção Básica, considerando o contexto da prática destes profissionais que responderão à escala.

Indique para cada questão apresentada, sua resposta para o grau de clareza das questões e também para o grau de relevância/pertinência, , colocando em seguida sua sugestão de mudança, caso conclua ser necessária.

- ❖ Clareza: avaliar a redação, ou seja, verificar se o item está claramente descrito, ou seja, se pode ser bem compreendido.
- ❖ Pertinência ou representatividade: notar se há relação do item com a sua dimensão, ou seja, se é relevante para cada dimensão.

#### **Dimensão: Mudanças de paradigmas culturais**

1- Aumento da possibilidade de inclusão social das pessoas com transtornos mentais.

Quanto à clareza:

- ( ) 1 = Nada Claro
- ( ) 2 = Um pouco claro
- ( ) 3 = Claro
- ( ) 4 = Muito claro

Quanto à relevância/ pertinência:

- ( ) 1 = Não relevante ou não pertinente (deve ser retirado).
- ( ) 2 = item necessita de grande revisão para ser relevante.
- ( ) 3 = item necessita de pequena revisão para ser relevante.

4 = item relevante ou pertinente.

Caso tenha marcado os itens 2 ou 3, responda qual a sua sugestão: eliminar ou modificar a questão? Qual modificação sugere?

---

---

---

2-Maior sensibilização e compromisso das Equipes de Saúde da Família e da Saúde Mental.

Quanto à clareza:

- 1 = Nada Claro
- 2 = Um pouco claro
- 3 = Claro
- 4 = Muito claro

Quanto à relevância/ pertinência:

- 1 = Não relevante ou não pertinente (deve ser retirado).
- 2 = item necessita de grande revisão para ser relevante.
- 3 = item necessita de pequena revisão para ser relevante.
- 4 = item relevante ou pertinente.

Caso tenha marcado os itens 2 ou 3, responda qual a sua sugestão: eliminar ou modificar a questão? Qual modificação sugere?

---

---

---

3-Melhoria do acolhimento dos usuários na sua comunidade.

Quanto à clareza:

- 1 = Nada Claro
- 2 = Um pouco claro
- 3 = Claro
- 4 = Muito claro

Quanto à relevância/ pertinência:

- 1 = Não relevante ou não pertinente (deve ser retirado).
- 2 = item necessita de grande revisão para ser relevante.
- 3 = item necessita de pequena revisão para ser relevante.
- 4 = item relevante ou pertinente.

Caso tenha marcado os itens 2 ou 3, responda qual a sua sugestão: eliminar ou modificar a questão? Qual modificação sugere?

---

---

---

4- Promoção da autonomia e liberdade das pessoas com sofrimento psíquico e transtornos mentais.

Quanto à clareza:

- 1 = Nada Claro
- 2 = Um pouco claro
- 3 = Claro
- 4 = Muito claro

Quanto à relevância/ pertinência:

- 1 = Não relevante ou não pertinente (deve ser retirado).
- 2 = item necessita de grande revisão para ser relevante.
- 3 = item necessita de pequena revisão para ser relevante.
- 4 = item relevante ou pertinente.

Caso tenha marcado os itens 2 ou 3, responda qual a sua sugestão: eliminar ou modificar a questão? Qual modificação sugere?

---

---

---

5- Maior visibilidade das necessidades em Saúde Mental pelas Equipes de Saúde da Família.

Quanto à clareza:

- 1 = Nada Claro
- 2 = Um pouco claro
- 3 = Claro
- 4 = Muito claro

Quanto à relevância/ pertinência:

- 1 = Não relevante ou não pertinente (deve ser retirado).
- 2 = item necessita de grande revisão para ser relevante.
- 3 = item necessita de pequena revisão para ser relevante.
- 4 = item relevante ou pertinente.

Caso tenha marcado os itens 2 ou 3, responda qual a sua sugestão: eliminar ou modificar a questão? Qual modificação sugere?

---

---

---

**Dimensão: Ampliação do acesso**

6- Reconhecimento do Matriciamento como forma de ampliação o cuidado para com os usuários com sofrimento psíquico e transtornos mentais.

Quanto à clareza:

- 1 = Nada Claro
- 2 = Um pouco claro
- 3 = Claro
- 4 = Muito claro

Quanto à relevância/ pertinência:

- 1 = Não relevante ou não pertinente (deve ser retirado).



- 2 = item necessita de grande revisão para ser relevante.
- 3 = item necessita de pequena revisão para ser relevante.
- 4 = item relevante ou pertinente.

Caso tenha marcado os itens 2 ou 3, responda qual a sua sugestão: eliminar ou modificar a questão? Qual modificação sugere?

---

---

---

7- Reorganização da entrada do usuário para os serviços de Saúde Mental.

Quanto à clareza:

- 1 = Nada Claro
- 2 = Um pouco claro
- 3 = Claro
- 4 = Muito claro

Quanto à relevância/ pertinência:

- 1 = Não relevante ou não pertinente (deve ser retirado).
- 2 = item necessita de grande revisão para ser relevante.
- 3 = item necessita de pequena revisão para ser relevante.
- 4 = item relevante ou pertinente.

Caso tenha marcado os itens 2 ou 3, responda qual a sua sugestão: eliminar ou modificar a questão? Qual modificação sugere?

---

---

---

8- Aumento do acesso dos usuários com sofrimento psíquico ou transtornos mentais aos cuidados e tratamentos.

Quanto à clareza:

- 1 = Nada Claro
- 2 = Um pouco claro
- 3 = Claro
- 4 = Muito claro

Quanto à relevância/ pertinência:

- 1 = Não relevante ou não pertinente (deve ser retirado).
- 2 = item necessita de grande revisão para ser relevante.
- 3 = item necessita de pequena revisão para ser relevante.
- 4 = item relevante ou pertinente.

Caso tenha marcado os itens 2 ou 3, responda qual a sua sugestão: eliminar ou modificar a questão? Qual modificação sugere?

---

---

---

**Dimensão: Ampliação das ações/ formas de cuidado**

9- Descobertas de novas possibilidades de práticas, uso de espaços de apoio e formas de intervenção no trabalho entre Saúde Mental e Atenção Básica.

Quanto à clareza:

- 1 = Nada Claro
- 2 = Um pouco claro
- 3 = Claro
- 4 = Muito claro

Quanto à relevância/ pertinência:

- 1 = Não relevante ou não pertinente (deve ser retirado).
- 2 = item necessita de grande revisão para ser relevante.
- 3 = item necessita de pequena revisão para ser relevante.
- 4 = item relevante ou pertinente.

Caso tenha marcado os itens 2 ou 3, responda qual a sua sugestão: eliminar ou modificar a questão? Qual modificação sugere?

---

---

---

10- Desenvolvimento de Plano Terapêutico Singular (PTS).

Quanto à clareza:

- 1 = Nada Claro
- 2 = Um pouco claro
- 3 = Claro
- 4 = Muito claro

Quanto à relevância/ pertinência:

- 1 = Não relevante ou não pertinente (deve ser retirado).
- 2 = item necessita de grande revisão para ser relevante.
- 3 = item necessita de pequena revisão para ser relevante.
- 4 = item relevante ou pertinente.

Caso tenha marcado os itens 2 ou 3, responda qual a sua sugestão: eliminar ou modificar a questão? Qual modificação sugere?

---

---

---

11- Possibilidade de reflexões coletivas relativas a formas de cuidados mais humanizadas.

Quanto à clareza:

- 1 = Nada Claro
- 2 = Um pouco claro
- 3 = Claro
- 4 = Muito claro

Quanto à relevância/ pertinência:

- 1 = Não relevante ou não pertinente (deve ser retirado).
- 2 = item necessita de grande revisão para ser relevante.
- 3 = item necessita de pequena revisão para ser relevante.

( ) 4 = item relevante ou pertinente.

Caso tenha marcado os itens 2 ou 3, responda qual a sua sugestão: eliminar ou modificar a questão? Qual modificação sugere?

---

---

---

**Dimensão: Ampliação de conhecimentos**

12-Aumento da compreensão sobre transtorno mental/sofrimento psíquico.

Quanto à clareza:

- ( ) 1 = Nada Claro
- ( ) 2 = Um pouco claro
- ( ) 3 = Claro
- ( ) 4 = Muito claro

Quanto à relevância/ pertinência:

- ( ) 1 = Não relevante ou não pertinente (deve ser retirado).
- ( ) 2 = item necessita de grande revisão para ser relevante.
- ( ) 3 = item necessita de pequena revisão para ser relevante.
- ( ) 4 = item relevante ou pertinente.

Caso tenha marcado os itens 2 ou 3, responda qual a sua sugestão: eliminar ou modificar a questão? Qual modificação sugere?

---

---

---

13-Maior troca de conhecimentos e atendimentos compartilhados.

Quanto à clareza:

- ( ) 1 = Nada Claro
- ( ) 2 = Um pouco claro
- ( ) 3 = Claro
- ( ) 4 = Muito claro

Quanto à relevância/ pertinência:

- ( ) 1 = Não relevante ou não pertinente (deve ser retirado).
- ( ) 2 = item necessita de grande revisão para ser relevante.
- ( ) 3 = item necessita de pequena revisão para ser relevante.
- ( ) 4 = item relevante ou pertinente.

Caso tenha marcado os itens 2 ou 3, responda qual a sua sugestão: eliminar ou modificar a questão? Qual modificação sugere?

---

---

---

14- Os profissionais conseguiram ter uma visão mais integral das pessoas com transtornos mentais.

Quanto à clareza:

- 1 = Nada Claro
- 2 = Um pouco claro
- 3 = Claro
- 4 = Muito claro

Quanto à relevância/ pertinência:

- 1 = Não relevante ou não pertinente (deve ser retirado).
- 2 = item necessita de grande revisão para ser relevante.
- 3 = item necessita de pequena revisão para ser relevante.
- 4 = item relevante ou pertinente.

Caso tenha marcado os itens 2 ou 3, responda qual a sua sugestão: eliminar ou modificar a questão? Qual modificação sugere?

---

---

---

15-Preparo mais qualificado dos profissionais que participaram do Matriciamento com maior acesso de informações.

Quanto à clareza:

- 1 = Nada Claro
- 2 = Um pouco claro
- 3 = Claro
- 4 = Muito claro

Quanto à relevância/ pertinência:

- 1 = Não relevante ou não pertinente (deve ser retirado).
- 2 = item necessita de grande revisão para ser relevante.
- 3 = item necessita de pequena revisão para ser relevante.
- 4 = item relevante ou pertinente.

Caso tenha marcado os itens 2 ou 3, responda qual a sua sugestão: eliminar ou modificar a questão? Qual modificação sugere?

---

---

---

### **Dimensão: Ampliação da resolutividade/vínculos**

16-Aumento da resolutividade dos problemas.

Quanto à clareza:

- 1 = Nada Claro
- 2 = Um pouco claro
- 3 = Claro
- 4 = Muito claro

Quanto à relevância/ pertinência:

- 1 = Não relevante ou não pertinente (deve ser retirado).
- 2 = item necessita de grande revisão para ser relevante.
- 3 = item necessita de pequena revisão para ser relevante.

( ) 4 = item relevante ou pertinente.

Caso tenha marcado os itens 2 ou 3, responda qual a sua sugestão: eliminar ou modificar a questão? Qual modificação sugere?

---

---

---

17-Tomada de decisões coletivas e pactuadas com maior garantia de concretização das ações.

Quanto à clareza:

- ( ) 1 = Nada Claro
- ( ) 2 = Um pouco claro
- ( ) 3 = Claro
- ( ) 4 = Muito claro

Quanto à relevância/ pertinência:

- ( ) 1 = Não relevante ou não pertinente (deve ser retirado).
- ( ) 2 = item necessita de grande revisão para ser relevante.
- ( ) 3 = item necessita de pequena revisão para ser relevante.
- ( ) 4 = item relevante ou pertinente.

Caso tenha marcado os itens 2 ou 3, responda qual a sua sugestão: eliminar ou modificar a questão? Qual modificação sugere?

---

---

---

18-Maior articulação entre os envolvidos e fortalecimento do vínculo entre equipes.

Quanto à clareza:

- ( ) 1 = Nada Claro
- ( ) 2 = Um pouco claro
- ( ) 3 = Claro
- ( ) 4 = Muito claro

Quanto à relevância/ pertinência:

- ( ) 1 = Não relevante ou não pertinente (deve ser retirado).
- ( ) 2 = item necessita de grande revisão para ser relevante.
- ( ) 3 = item necessita de pequena revisão para ser relevante.
- ( ) 4 = item relevante ou pertinente.

Caso tenha marcado os itens 2 ou 3, responda qual a sua sugestão: eliminar ou modificar a questão? Qual modificação sugere?

---

---

---

19- Diminuição do estresse das equipes, na medida em que conseguem compartilhar responsabilidades dos casos.

Quanto à clareza:

- 1 = Nada Claro
- 2 = Um pouco claro
- 3 = Claro
- 4 = Muito claro

Quanto à relevância/ pertinência:

- 1 = Não relevante ou não pertinente (deve ser retirado).
- 2 = item necessita de grande revisão para ser relevante.
- 3 = item necessita de pequena revisão para ser relevante.
- 4 = item relevante ou pertinente.

Caso tenha marcado os itens 2 ou 3, responda qual a sua sugestão: eliminar ou modificar a questão? Qual modificação sugere?

---

---

---

**Dimensão: Dificuldades nas condições de trabalho/recursos materiais/estrutura:**

20-Burocratização do atendimento.

Quanto à clareza:

- 1 = Nada Claro
- 2 = Um pouco claro
- 3 = Claro
- 4 = Muito claro

Quanto à relevância/ pertinência:

- 1 = Não relevante ou não pertinente (deve ser retirado).
- 2 = item necessita de grande revisão para ser relevante.
- 3 = item necessita de pequena revisão para ser relevante.
- 4 = item relevante ou pertinente.

Caso tenha marcado os itens 2 ou 3, responda qual a sua sugestão: eliminar ou modificar a questão? Qual modificação sugere?

---

---

---

21-Uma rede de serviços fragmentada, desconectada.

Quanto à clareza:

- 1 = Nada Claro
- 2 = Um pouco claro
- 3 = Claro
- 4 = Muito claro

Quanto à relevância/ pertinência:

- 1 = Não relevante ou não pertinente (deve ser retirado).
- 2 = item necessita de grande revisão para ser relevante.
- 3 = item necessita de pequena revisão para ser relevante.
- 4 = item relevante ou pertinente.

Caso tenha marcado os itens 2 ou 3, responda qual a sua sugestão: eliminar ou modificar a questão? Qual modificação sugere?

---

---

---

22-Dificuldades nas condições de trabalho, gerando sobrecargas.

Quanto à clareza:

- 1 = Nada Claro
- 2 = Um pouco claro
- 3 = Claro
- 4 = Muito claro

Quanto à relevância/ pertinência:

- 1 = Não relevante ou não pertinente (deve ser retirado).
- 2 = item necessita de grande revisão para ser relevante.
- 3 = item necessita de pequena revisão para ser relevante.
- 4 = item relevante ou pertinente.

Caso tenha marcado os itens 2 ou 3, responda qual a sua sugestão: eliminar ou modificar a questão? Qual modificação sugere?

---

---

---

### **Dimensão: Problemas relativos à gestão**

23- Contratações de profissionais por clientelismo, sem preparo técnico, prejudicando a qualidade dos serviços.

Quanto à clareza:

- 1 = Nada Claro
- 2 = Um pouco claro
- 3 = Claro
- 4 = Muito claro

Quanto à relevância/ pertinência:

- 1 = Não relevante ou não pertinente (deve ser retirado).
- 2 = item necessita de grande revisão para ser relevante.
- 3 = item necessita de pequena revisão para ser relevante.
- 4 = item relevante ou pertinente.

Caso tenha marcado os itens 2 ou 3, responda qual a sua sugestão: eliminar ou modificar a questão? Qual modificação sugere?

---

---

---

24-Quebra dos vínculos entre profissionais e usuários devido ao fato de os profissionais terem

contratações temporárias curtas e mudanças por motivos políticos.

Quanto à clareza:

- 1 = Nada Claro
- 2 = Um pouco claro
- 3 = Claro
- 4 = Muito claro

Quanto à relevância/ pertinência:

- 1 = Não relevante ou não pertinente (deve ser retirado).
- 2 = item necessita de grande revisão para ser relevante.
- 3 = item necessita de pequena revisão para ser relevante.
- 4 = item relevante ou pertinente.

Caso tenha marcado os itens 2 ou 3, responda qual a sua sugestão: eliminar ou modificar a questão? Qual modificação sugere?

---

---

---

25-Dificuldades por parte da gestão ou pouco compromisso para organização dos encontros de Apoio Matricial e com a articulação de ações entre Atenção Básica e Saúde Mental.

Quanto à clareza:

- 1 = Nada Claro
- 2 = Um pouco claro
- 3 = Claro
- 4 = Muito claro

Quanto à relevância/ pertinência:

- 1 = Não relevante ou não pertinente (deve ser retirado).
- 2 = item necessita de grande revisão para ser relevante.
- 3 = item necessita de pequena revisão para ser relevante.
- 4 = item relevante ou pertinente.

Caso tenha marcado os itens 2 ou 3, responda qual a sua sugestão: eliminar ou modificar a questão? Qual modificação sugere?

---

---

---

26-Falta de perfil dos profissionais para realizar Apoio Matricial.

Quanto à clareza:

- 1 = Nada Claro
- 2 = Um pouco claro
- 3 = Claro
- 4 = Muito claro

Quanto à relevância/ pertinência:

- 1 = Não relevante ou não pertinente (deve ser retirado).
- 2 = item necessita de grande revisão para ser relevante.
- 3 = item necessita de pequena revisão para ser relevante.



4 = item relevante ou pertinente.

Caso tenha marcado os itens 2 ou 3, responda qual a sua sugestão: eliminar ou modificar a questão? Qual modificação sugere?

---

---

---

27-Dificuldades para reorganização para atuar no Matriciamento.

Quanto à clareza:

- 1 = Nada Claro
- 2 = Um pouco claro
- 3 = Claro
- 4 = Muito claro

Quanto à relevância/ pertinência:

- 1 = Não relevante ou não pertinente (deve ser retirado).
- 2 = item necessita de grande revisão para ser relevante.
- 3 = item necessita de pequena revisão para ser relevante.
- 4 = item relevante ou pertinente.

Caso tenha marcado os itens 2 ou 3, responda qual a sua sugestão: eliminar ou modificar a questão? Qual modificação sugere?

---

---

---

28-Descontinuidade do acompanhamento, interrupções.

Quanto à clareza:

- 1 = Nada Claro
- 2 = Um pouco claro
- 3 = Claro
- 4 = Muito claro

Quanto à relevância/ pertinência:

- 1 = Não relevante ou não pertinente (deve ser retirado).
- 2 = item necessita de grande revisão para ser relevante.
- 3 = item necessita de pequena revisão para ser relevante.
- 4 = item relevante ou pertinente.

Caso tenha marcado os itens 2 ou 3, responda qual a sua sugestão: eliminar ou modificar a questão? Qual modificação sugere?

---

---

---

29-Falta de avaliações formais que apontem se os objetivos do Apoio Matricial têm sido alcançados.

Quanto à clareza:

- 1 = Nada Claro
- 2 = Um pouco claro
- 3 = Claro
- 4 = Muito claro

Quanto à relevância/ pertinência:

- 1 = Não relevante ou não pertinente (deve ser retirado).
- 2 = item necessita de grande revisão para ser relevante.
- 3 = item necessita de pequena revisão para ser relevante.
- 4 = item relevante ou pertinente.

Caso tenha marcado os itens 2 ou 3, responda qual a sua sugestão: eliminar ou modificar a questão? Qual modificação sugere?

---

---

**Dimensão: Deficiência na formação profissional/ em investimento em educação**

30-Ideia de que o Matriciamento é uma sobrecarga, um repasse de funções e não uma contribuição.

Quanto à clareza:

- 1 = Nada Claro
- 2 = Um pouco claro
- 3 = Claro
- 4 = Muito claro

Quanto à relevância/ pertinência:

- 1 = Não relevante ou não pertinente (deve ser retirado).
- 2 = item necessita de grande revisão para ser relevante.
- 3 = item necessita de pequena revisão para ser relevante.
- 4 = item relevante ou pertinente.

Caso tenha marcado os itens 2 ou 3, responda qual a sua sugestão: eliminar ou modificar a questão? Qual modificação sugere?

---

---

31-Falta de informação/conhecimento das equipes de como implantar o Matriciamento.

Quanto à clareza:

- 1 = Nada Claro
- 2 = Um pouco claro
- 3 = Claro
- 4 = Muito claro

Quanto à relevância/ pertinência:

- 1 = Não relevante ou não pertinente (deve ser retirado).
- 2 = item necessita de grande revisão para ser relevante.
- 3 = item necessita de pequena revisão para ser relevante.
- 4 = item relevante ou pertinente.

Caso tenha marcado os itens 2 ou 3, responda qual a sua sugestão: eliminar ou modificar a questão? Qual modificação sugere?

---

---

---

32-Dificuldades em compreender o papel dos NASF e de como eles funcionam.

Quanto à clareza:

- 1 = Nada Claro
- 2 = Um pouco claro
- 3 = Claro
- 4 = Muito claro

Quanto à relevância/ pertinência:

- 1 = Não relevante ou não pertinente (deve ser retirado).
- 2 = item necessita de grande revisão para ser relevante.
- 3 = item necessita de pequena revisão para ser relevante.
- 4 = item relevante ou pertinente.

Caso tenha marcado os itens 2 ou 3, responda qual a sua sugestão: eliminar ou modificar a questão? Qual modificação sugere?

---

---

---

33-Visão de que o tratamento para pessoas com transtornos mentais é feito pelo médico, com remédios controlados, nos CAPS, setor de Saúde Mental, para onde devem ser encaminhadas.

Quanto à clareza:

- 1 = Nada Claro
- 2 = Um pouco claro
- 3 = Claro
- 4 = Muito claro

Quanto à relevância/ pertinência:

- 1 = Não relevante ou não pertinente (deve ser retirado).
- 2 = item necessita de grande revisão para ser relevante.
- 3 = item necessita de pequena revisão para ser relevante.
- 4 = item relevante ou pertinente.

Caso tenha marcado os itens 2 ou 3, responda qual a sua sugestão: eliminar ou modificar a questão? Qual modificação sugere?

---

---

---

34-Falta de preparo das Equipes de Saúde da Família para acolher e cuidar de pessoas com sofrimento psíquico e com transtornos mentais.

Quanto à clareza:

- 1 = Nada Claro

- 2 = Um pouco claro
- 3 = Claro
- 4 = Muito claro

Quanto à relevância/ pertinência:

- 1 = Não relevante ou não pertinente (deve ser retirado).
- 2 = item necessita de grande revisão para ser relevante.
- 3 = item necessita de pequena revisão para ser relevante.
- 4 = item relevante ou pertinente.

Caso tenha marcado os itens 2 ou 3, responda qual a sua sugestão: eliminar ou modificar a questão? Qual modificação sugere?

---

---

---

35-Desconhecimento da possibilidade de atuação do Apoio Matricial.

Quanto à clareza:

- 1 = Nada Claro
- 2 = Um pouco claro
- 3 = Claro
- 4 = Muito claro

Quanto à relevância/ pertinência:

- 1 = Não relevante ou não pertinente (deve ser retirado).
- 2 = item necessita de grande revisão para ser relevante.
- 3 = item necessita de pequena revisão para ser relevante.
- 4 = item relevante ou pertinente.

Caso tenha marcado os itens 2 ou 3, responda qual a sua sugestão: eliminar ou modificar a questão? Qual modificação sugere?

---

---

---

36-Dificuldade de entendimento na proposta do Apoio Matricial.

Quanto à clareza:

- 1 = Nada Claro
- 2 = Um pouco claro
- 3 = Claro
- 4 = Muito claro

Quanto à relevância/ pertinência:

- 1 = Não relevante ou não pertinente (deve ser retirado).
- 2 = item necessita de grande revisão para ser relevante.
- 3 = item necessita de pequena revisão para ser relevante.
- 4 = item relevante ou pertinente.

Caso tenha marcado os itens 2 ou 3, responda qual a sua sugestão: eliminar ou modificar a questão? Qual modificação sugere?

---

---

---

**Dimensão: Desinformação da população/familiares acerca das ações do Matriciamento**

37-Pouca participação dos familiares por afastamento dos serviços.

Quanto à clareza:

- 1 = Nada Claro
- 2 = Um pouco claro
- 3 = Claro
- 4 = Muito claro

Quanto à relevância/ pertinência:

- 1 = Não relevante ou não pertinente (deve ser retirado).
- 2 = item necessita de grande revisão para ser relevante.
- 3 = item necessita de pequena revisão para ser relevante.
- 4 = item relevante ou pertinente.

Caso tenha marcado os itens 2 ou 3, responda qual a sua sugestão: eliminar ou modificar a questão? Qual modificação sugere?

---

---

---

38- Falta de informação da população sobre a assistência em rede e no território.

Quanto à clareza:

- 1 = Nada Claro
- 2 = Um pouco claro
- 3 = Claro
- 4 = Muito claro

Quanto à relevância/ pertinência:

- 1 = Não relevante ou não pertinente (deve ser retirado).
- 2 = item necessita de grande revisão para ser relevante.
- 3 = item necessita de pequena revisão para ser relevante.
- 4 = item relevante ou pertinente.

Caso tenha marcado os itens 2 ou 3, responda qual a sua sugestão: eliminar ou modificar a questão? Qual modificação sugere?

---

---

---

39- Visão de que o tratamento para pessoas com transtornos mentais é feito pelo médico, com remédios controlados, nos CAPS, setor de Saúde Mental, para onde devem ser encaminhadas.

Quanto à clareza:

- 1 = Nada Claro
- 2 = Um pouco claro
- 3 = Claro
- 4 = Muito claro

Quanto à relevância/ pertinência:

- 1 = Não relevante ou não pertinente (deve ser retirado).
- 2 = item necessita de grande revisão para ser relevante.
- 3 = item necessita de pequena revisão para ser relevante.
- 4 = item relevante ou pertinente.

Caso tenha marcado os itens 2 ou 3, responda qual a sua sugestão: eliminar ou modificar a questão? Qual modificação sugere?

---

---

---

**Dimensão: Atitudes dos profissionais/ Comprometimento**

40- Indisposição/ resistências dos profissionais da Atenção Básica (AB) em trabalhar com SaúdeMental (SM).

Quanto à clareza:

- 1 = Nada Claro
- 2 = Um pouco claro
- 3 = Claro
- 4 = Muito claro

Quanto à relevância/ pertinência:

- 1 = Não relevante ou não pertinente (deve ser retirado).
- 2 = item necessita de grande revisão para ser relevante.
- 3 = item necessita de pequena revisão para ser relevante.
- 4 = item relevante ou pertinente.

Caso tenha marcado os itens 2 ou 3, responda qual a sua sugestão: eliminar ou modificar a questão? Qual modificação sugere?

---

---

---

41- Dificuldades de diálogo entre ambas as áreas (AB E SM).

Quanto à clareza:

- 1 = Nada Claro
- 2 = Um pouco claro
- 3 = Claro
- 4 = Muito claro

Quanto à relevância/ pertinência:

- 1 = Não relevante ou não pertinente (deve ser retirado).
- 2 = item necessita de grande revisão para ser relevante.
- 3 = item necessita de pequena revisão para ser relevante.
- 4 = item relevante ou pertinente.

Caso tenha marcado os itens 2 ou 3, responda qual a sua sugestão: eliminar ou modificar a questão? Qual modificação sugere?

---

---

---

42- Não quererem desenvolver ações coletivas/ compartilhadas.

Quanto à clareza:

- 1 = Nada Claro
- 2 = Um pouco claro
- 3 = Claro
- 4 = Muito claro

Quanto à relevância/ pertinência:

- 1 = Não relevante ou não pertinente (deve ser retirado).
- 2 = item necessita de grande revisão para ser relevante.
- 3 = item necessita de pequena revisão para ser relevante.
- 4 = item relevante ou pertinente.

Caso tenha marcado os itens 2 ou 3, responda qual a sua sugestão: eliminar ou modificar a questão? Qual modificação sugere?

---

---

---

43- Tensões advindas da proposta de corresponsabilização entre as áreas.

Quanto à clareza:

- 1 = Nada Claro
- 2 = Um pouco claro
- 3 = Claro
- 4 = Muito claro

Quanto à relevância/ pertinência:

- 1 = Não relevante ou não pertinente (deve ser retirado).
- 2 = item necessita de grande revisão para ser relevante.
- 3 = item necessita de pequena revisão para ser relevante.
- 4 = item relevante ou pertinente.

Caso tenha marcado os itens 2 ou 3, responda qual a sua sugestão: eliminar ou modificar a questão? Qual modificação sugere?

---

---

---

44- Falta de adesão aos tratamentos por parte dos usuários devido ao descrédito que muitos profissionais têm nas ações de Apoio Matricial.

Quanto à clareza:

- 1 = Nada Claro
- 2 = Um pouco claro
- 3 = Claro
- 4 = Muito claro

Quanto à relevância/ pertinência:

- 1 = Não relevante ou não pertinente (deve ser retirado).
- 2 = item necessita de grande revisão para ser relevante.
- 3 = item necessita de pequena revisão para ser relevante.
- 4 = item relevante ou pertinente.

Caso tenha marcado os itens 2 ou 3, responda qual a sua sugestão: eliminar ou modificar a questão? Qual modificação sugere?

---

---

---

45- Dificuldades de comunicação entre profissionais e usuários.

Quanto à clareza:

- 1 = Nada Claro
- 2 = Um pouco claro
- 3 = Claro
- 4 = Muito claro

Quanto à relevância/ pertinência:

- 1 = Não relevante ou não pertinente (deve ser retirado).
- 2 = item necessita de grande revisão para ser relevante.
- 3 = item necessita de pequena revisão para ser relevante.
- 4 = item relevante ou pertinente.

Caso tenha marcado os itens 2 ou 3, responda qual a sua sugestão: eliminar ou modificar a questão? Qual modificação sugere?

---

---

---

### **Dimensão: Aspectos Culturais**

46- Preconceito/Medo/Discriminação dos profissionais da AB para lidar com as pessoas com transtornos mentais, dificultando a participação dos usuários nas ações.

Quanto à clareza:

- 1 = Nada Claro
- 2 = Um pouco claro
- 3 = Claro
- 4 = Muito claro

Quanto à relevância/ pertinência:

- 1 = Não relevante ou não pertinente (deve ser retirado).
- 2 = item necessita de grande revisão para ser relevante.
- 3 = item necessita de pequena revisão para ser relevante.
- 4 = item relevante ou pertinente.

Caso tenha marcado os itens 2 ou 3, responda qual a sua sugestão: eliminar ou modificar a questão? Qual modificação sugere?

---

---



---

47- Autopreconceito dos usuários em participar das ações devido a rejeição dos mesmos.

Quanto à clareza:

- 1 = Nada Claro
- 2 = Um pouco claro
- 3 = Claro
- 4 = Muito claro

Quanto à relevância/ pertinência:

- 1 = Não relevante ou não pertinente (deve ser retirado).
- 2 = item necessita de grande revisão para ser relevante.
- 3 = item necessita de pequena revisão para ser relevante.
- 4 = item relevante ou pertinente.

Caso tenha marcado os itens 2 ou 3, responda qual a sua sugestão: eliminar ou modificar a questão? Qual modificação sugere?

---

---

---

48- Pressão da população e da AB para atendimentos individuais, não compartilhados.

Quanto à clareza:

- 1 = Nada Claro
- 2 = Um pouco claro
- 3 = Claro
- 4 = Muito claro

Quanto à relevância/ pertinência:

- 1 = Não relevante ou não pertinente (deve ser retirado).
- 2 = item necessita de grande revisão para ser relevante.
- 3 = item necessita de pequena revisão para ser relevante.
- 4 = item relevante ou pertinente.

Caso tenha marcado os itens 2 ou 3, responda qual a sua sugestão: eliminar ou modificar a questão? Qual modificação sugere?

---

---

---

49- Pouco diálogo sobre a formação dos profissionais de Saúde, ainda centrada em cada formação em separado.

Quanto à clareza:

- 1 = Nada Claro
- 2 = Um pouco claro
- 3 = Claro
- 4 = Muito claro

Quanto à relevância/ pertinência:

- 1 = Não relevante ou não pertinente (deve ser retirado).

- ( ) 2 = item necessita de grande revisão para ser relevante.
- ( ) 3 = item necessita de pequena revisão para ser relevante.
- ( ) 4 = item relevante ou pertinente.

Caso tenha marcado os itens 2 ou 3, responda qual a sua sugestão: eliminar ou modificar a questão? Qual modificação sugere?

---

---

---

MUITO OBRIGADA PELA PARTICIPAÇÃO!

## **APÊNDICE I - PROCEDIMENTO DE VALIDAÇÃO DA ESCALA DE PERCEPÇÃO DE AVANÇOS E DESAFIOS NO TRABALHO DE MATRICIAMENTO**

### **PROCEDIMENTO DE VALIDAÇÃO DA ESCALA DE PERCEPÇÃO DE AVANÇOS E DESAFIOS NO TRABALHO DE MATRICIAMENTO**

#### **1. Validade de Conteúdo**

A “Escala de Percepção de Avanços e Desafios no Trabalho de Matriciamento” contou, inicialmente, de 49 itens elaborados pela pesquisadora, a partir de estudos que consideram a definição constitutiva e operacional do fenômeno investigado (Pasquali, 2010), desenvolvidos nas últimas décadas. Os 49 itens foram distribuídos, originalmente, em 11 dimensões (Mudanças de paradigmas culturais, Ampliação do acesso, Ampliação das ações/ formas de cuidado, Ampliação de conhecimentos (profissionais), Ampliação da resolutividade/vínculos, Dificuldades nas condições de trabalho/recursos materiais/estrutura, Problemas relativos à gestão, Deficiência na formação profissional/ em investimento em educação, Desinformação da população/familiares acerca das ações do Matriciamento, Atitudes dos profissionais/ Comprometimento, Aspectos Culturais). Os itens que compõem o instrumento foram elaborados na forma de asserções e, como opção de resposta, eles se estruturam em uma escala do tipo Likert de cinco pontos (1 = discordo totalmente à 5 = Concordo totalmente). Assim, é esperado que menores pontuações indiquem percepções menos favoráveis e que maiores pontuações indiquem percepções mais favoráveis em relação ao objeto investigado.

Os quatro juízes do Comitê participaram de duas rodadas de avaliação: Na primeira os juízes deram seu parecer quanto a Clareza e Pertinência dos itens e sugeriram, individualmente, mudanças nos itens que não estavam totalmente claros. Após essa rodada, a pesquisadora fez a compilação do instrumento, substituindo os itens poucos claros pelos sugeridos pelos Juízes.

A Tabela 22 apresenta a disposição de itens alinhados com a dimensão a que pertencem e o IVC de clareza e de pertinência de cada item, após a primeira rodada.

Tabela 22 - Dimensões, itens, IVC Clareza e IVC Pertinência de todos os itens da escala – Primeira rodada de Avaliação

<b>Dimensão</b>	<b>Itens</b>	<b>IVC Clareza</b>	<b>IVC Pertinência</b>
Mudanças de paradigmas culturais	Aumento da possibilidade de inclusão social das pessoas com transtornos mentais.	1	1
	Maior sensibilização e compromisso das Equipes de Saúde da Família e da Saúde Mental.	1	1
	Melhoria do acolhimento dos usuários na sua comunidade.	1	1
	Promoção da autonomia e liberdade das pessoas com sofrimento psíquico e transtornos mentais.	1	1
	Maior visibilidade das necessidades em Saúde Mental pelas Equipes de Saúde da Família.	1	1
Ampliação do acesso	Reconhecimento do Matriciamento como forma de ampliação o cuidado para com os usuários com sofrimento psíquico e transtornos mentais.	1	1
	Reorganização da entrada do usuário para os serviços de Saúde Mental.	1	1
	Aumento do acesso dos usuários com sofrimento psíquico ou transtornos mentais aos cuidados e tratamentos.	1	1
Ampliação das ações/ formas de cuidado	Descobertas de novas possibilidades de práticas, uso de espaços de apoio e formas de intervenção no trabalho entre Saúde Mental e Atenção Básica.	1	1
	Desenvolvimento de Plano Terapêutico Singular (PTS).	0,50	1
	Possibilidade de reflexões coletivas relativas a formas de cuidados mais humanizadas.	1	1
Ampliação de conhecimentos	Aumento da compreensão sobre transtorno mental/sofrimento psíquico.	1	1
	Maior troca de conhecimentos e atendimentos compartilhados.	0,75	1
	Os profissionais conseguiram ter uma visão mais integral das pessoas com transtornos mentais.	1	1
	Preparo mais qualificado dos profissionais que participaram do Matriciamento com maior acesso de informações.	1	1
	Aumento da resolutividade dos problemas.	1	1

Ampliação da resolutividade/vínculos	Tomada de decisões coletivas e pactuadas com maior garantia de concretização das ações.	0,75	1
	Maior articulação entre os envolvidos e fortalecimento do vínculo entre equipes.	1	1
	Diminuição do estresse das equipes, na medida em que conseguem compartilhar responsabilidades dos casos.	1	1
Dificuldades nas condições de trabalho/recursos materiais/estrutura	Burocratização do atendimento.	1	1
	Uma rede de serviços fragmentada, desconectada.	0,50	1
	Dificuldades nas condições de trabalho, gerando sobrecargas.	1	1
Problemas relativos à gestão	Contratações de profissionais por clientelismo, sem preparo técnico, prejudicando a qualidade dos serviços.	1	1
	Quebra dos vínculos entre profissionais e usuários devido ao fato de os profissionais terem contratações temporárias curtas e mudanças por motivos políticos.	1	1
	Dificuldades por parte da gestão ou pouco compromisso para organização dos encontros de Apoio Matricial e com a articulação de ações entre Atenção Básica e Saúde Mental.	1	1
	Falta de perfil dos profissionais para realizar Apoio Matricial.	1	1
	Dificuldades para reorganização para atuar no Matriciamento.	0,75	1
	Descontinuidade do acompanhamento, interrupções.	1	1
	Falta de avaliações formais que apontem se os objetivos do Apoio Matricial têm sido alcançados.	0,75	1
Deficiência na formação profissional/ em investimento em educação	Ideia de que o Matriciamento é uma sobrecarga, um repasse de funções e não uma contribuição.	0,75	1
	Falta de informação/conhecimento das equipes de como implantar o Matriciamento.	1	1
	Dificuldades em compreender o papel dos NASF e de como eles funcionam.	0,50	1
	Visão de que o tratamento para pessoas com transtornos mentais é feito pelo médico, com remédios controlados, nos CAPS, setor de Saúde Mental, para onde devem ser encaminhadas.	1	1
	Falta de preparo das Equipes de Saúde da Família para acolher e cuidar de	1	1

	<p>peças com sofrimento psíquico e com transtornos mentais.</p> <p>Desconhecimento da possibilidade de atuação do Apoio Matricial.</p>	0,75	1
	Dificuldade de entendimento na proposta do Apoio Matricial.	0,75	1
Desinformação da população/familiares acerca das ações do Matriciamento	Pouca participação dos familiares por afastamento dos serviços.	1	1
	Falta de informação da população sobre a assistência em rede e no território.	1	1
	Visão de que o tratamento para pessoas com transtornos mentais é feito pelo médico, com remédios controlados, nos CAPS, setor de Saúde Mental, para onde devem ser encaminhadas.	1	1
Atitudes dos profissionais/Comprometimento	Indisposição/ resistências dos profissionais da Atenção Básica (AB) em trabalhar com SaúdeMental (SM).	1	1
	Dificuldades de diálogo entre ambas as áreas (AB E SM).	1	1
	Não quererem desenvolver ações coletivas/ compartilhadas.	0,50	1
	Tensões advindas da proposta de corresponsabilização entre as áreas.	1	1
	Falta de adesão aos tratamentos por parte dos usuários devido ao descrédito que muitos profissionais têm nas ações de Apoio Matricial.	1	1
	Dificuldades de comunicação entre profissionais e usuários.	1	1
Aspectos Culturais	Preconceito/Medo/Discriminação dos profissionais da AB para lidar com as pessoas com transtornos mentais, dificultando a participação dos usuários nas ações.	1	1
	Autopreconceito dos usuários em participar das ações devido a rejeição dos mesmos.	0,50	1
	Pressão da população e da AB para atendimentos individuais, não compartilhados.	1	1
	Pouco diálogo sobre a formação dos profissionais de Saúde, ainda centrada em uma formação em separado.	0,50	1

Como é possível observar na Tabela 22, 13, dos 49 itens da Escala não obtiveram IVC adequados quanto à clareza, e todos foram julgados com adequada pertinência. Portanto, nenhum item foi excluído ou sofreu alteração da dimensão a qual pertenciam originalmente. Todos os itens que obtiveram IVC inferior a 1,00 foram substituídos pelas sugestões apresentadas pelos juízes, individualmente, conforme é apresentado na Tabela 23.

Tabela 23 – Itens originais e itens modificados após a primeira rodada da etapa de validação de conteúdo

<b>Item original</b>	<b>Item modificado</b>
Desenvolvimento de Plano Terapêutico Singular (PTS).	Desenvolvimento de Plano Terapêutico Singular (PTS), ou seja, de um conjunto de propostas de condutas terapêuticas realizado pela equipe interdisciplinar de saúde com vistas ao acompanhamento de um caso específico que envolve um sujeito ou uma comunidade.
Maior troca de conhecimentos e atendimentos compartilhados.	Maior troca entre os profissionais da AB e da SM acerca dos conhecimentos e/ou atendimentos compartilhados.
Tomada de decisões coletivas e pactuadas com maior garantia de concretização das ações.	Tomada de decisões coletivas e pactuadas entre os profissionais da AB e da SM com maior garantia de concretização das ações para resolver os casos.
Uma rede de serviços fragmentada, desconectada.	A rede de serviços na prática é fragmentada ou desconectada.
Dificuldades para reorganização para atuar no Matriciamento.	Dificuldades por parte da gestão para organizar/reorganizar o serviço para atuar no Matriciamento.
Falta de avaliações formais que apontem se os objetivos do Apoio Matricial têm sido alcançados.	Inexistência de avaliações formais por parte da gestão que indiquem se os objetivos do Apoio Matricial têm sido alcançados.
Ideia de que o Matriciamento é uma sobrecarga, um repasse de funções e não uma contribuição.	Ideia de que o Matriciamento é uma sobrecarga, um repasse de funções e não um dispositivo eficiente de cuidado ou um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica.
Dificuldades em compreender o papel dos NASF e de como eles funcionam.	Dificuldades em compreender o papel dos NASF e seu funcionamento.
Desconhecimento da possibilidade de atuação do Apoio Matricial.	Desconhecimento, ao longo da formação ou mesmo depois de formado, acerca do papel do apoio matricial e/ou da possibilidade de atuar por meio desse dispositivo
Dificuldade de entendimento na proposta do Apoio Matricial.	Dificuldade de entendimento acerca da proposta do Apoio Matricial.
Não quererem desenvolver ações coletivas/compartilhadas.	Os profissionais da AB e SM têm resistências para desenvolver ações coletivas/compartilhadas.
Autopreconceito dos usuários em participar das ações devido a rejeição dos mesmos.	Temor, por parte do usuário, de ser discriminado ou julgado, por participar de ações de saúde mental no território.
Pouco diálogo sobre a formação dos	Pouco diálogo interprofissional entre os

profissionais de Saúde, ainda centrada em cada formação em separado.

profissionais de Saúde, pois suas formações normalmente são bastante tradicionais e disciplinarizadas.

---

Na segunda rodada de avaliação pelos juízes, o instrumento modificado, de acordo com a Tabela 23, foi reapresentado ao Comitê, que fez nova avaliação quanto à clareza, de forma individual novamente, quando se obteve concordância entre todos os membros. Vale lembrar, como já foi dito antes, que se cinco ou menos sujeitos participarem do Comitê, deve haver a concordância de todos para que o item seja considerado representativo (Polit; Beck, 2004; Lynn, 1986). Isso significa que no caso do presente estudo, o IVC foi considerado aceitável somente quando ele atingiu o valor 1,00.

Após a validação do conteúdo, o instrumento foi aplicado a 10 sujeitos, em estudo piloto, com vistas a identificar problemas de compreensão, de ordenamento dos itens, dentre outros, para que fossem realizados os procedimentos de ajustes. Mais nenhuma modificação foi realizada no instrumento após o teste piloto.

Na sequência, o instrumento foi aplicado na amostra do estudo ( $n = 354$ ) e foi dado seguimento ao processo de validação preliminar de constructo, conforme está descrito na sequência.

## **2. Validade de Constructo**

Para se proceder com a validação de constructo foi realizada a Análise Fatorial do instrumento que media a percepção dos avanços e desafios. Esse procedimento permite encontrar os distintos fatores que compõem cada uma dessas dimensões, agrupando todos os itens do instrumento em torno desses distintos fatores. No entanto, antes de proceder com a Análise Fatorial, propriamente dita, foi realizada a análise de dados faltantes (*missing cases*). A presença deste tipo de dados pode diferir de modo significativo dos casos remanescentes no banco de dados (Rubin, 1996). Neste caso, os dados remanescentes (aqueles que foram devidamente preenchidos pelos participantes) podem estar enviesados, o que torna os resultados provenientes desses dados poucos confiáveis. Assim, é importante analisar o padrão de ocorrência dos dados faltantes e decidir sobre como manuseá-los porque o manuseio feito de forma incorreta pode distorcer os resultados no processo de análise dos dados. Os dados faltantes podem ser classificados em 3 tipos: Missing Completely At Random (MCAR), Missing At Random (MAR) e Missing Not At Random (MNAR) (Rubin, 1987). Os dados são ditos do tipo MCAR quando a probabilidade de estarem ausentes é independente de qualquer observação



no conjunto de dados. Ou seja, não conseguimos encontrar uma correlação entre as classes que possuem dados ausentes e as classes que não possuem dados ausentes. Por outro lado, nos dados faltantes do tipo MAR assume-se que há uma relação sistemática entre os dados ausentes e alguma informação coletada sobre os dados. Por fim, no modelo MNAR, a probabilidade é que os valores faltantes dependam não só dos dados observados, mas também dos dados não observados.

Para a análise dos casos faltantes, o seguinte procedimento, sugerido por Rubin (1996), foi adotado: Primeiramente, verificar se o número de dados faltantes é superior a 5% da amostra. Se a percentagem de dados faltantes for superior a 5%, o autor orienta que se proceda com a análise do tipo de casos faltantes que está presente da amostra. Little (1998) desenvolveu uma técnica para testar se os dados de um banco de dados são do tipo MCAR. O Statistical Package for Social Sciences (SPSS) dispõe do teste Little's MCAR test que permite a verificação de MCAR. Basicamente, consiste em um teste de qui-quadrado que compara os grupos de sujeitos que apresentam dados faltantes com os que não apresentam esse tipo de dado. Se o valor de p do Little's MCAR test der não-significante, assume-se que os dados são completamente aleatórios na amostra (MCAR). Essa é a melhor situação possível, no caso da presença de dados faltantes. Na sequência, a depender do tipo de casos faltantes observados, opta-se por deletá-los pairwise ou listwise<sup>29</sup> ou, então, por alguma técnica de imputação de dados, para minimizar o efeito da perda amostral.

## 2.1. Análise dos Dados Faltantes

No presente estudo, observou-se um total de 107 dados faltantes no banco de dados, ou seja, 30% da amostra, bem superior à 5%. Além disso, ao se proceder com a testagem dos dados faltantes, encontrou-se que eles são do tipo MCAR (Little MCAR teste: Qui-quadrado = 3155,178; DF = 3121; p = 0,33).

Para minimizar os efeitos da perda do tamanho amostral, decidiu-se usar um método de imputação de dados. Todos os métodos de substituição de casos faltantes só podem ser usados se eles forem do tipo MCAR. Dentre os métodos mais recomendados na atualidade está o da **Expected Maximization** (Rubin, 1987; 1996; Austin *et al.*, 2021)<sup>30</sup>. Dessa forma, usando esse

---

<sup>29</sup> Em pares ou em lista.

<sup>30</sup> De fato, este método supera algumas das limitações de outras técnicas, como a substituição de média ou substituição de regressão. Essas técnicas alternativas geram estimativas viesadas e, especificamente, subestimam os erros padrão. A maximização da expectativa supera esse problema. Por meio do método da **Expected Maximization** geram-se as médias dos itens com o padrão de covariância das variáveis. Na sequência,

método de imputação, foi possível manter o banco de dados com 354 respostas.

## **2.2. Análise Fatorial por meio da Análise de Componentes Principais (ACP)**

Para proceder com a redução dos dados aos seus componentes principais foi empregada a Análise de Componentes Principais (ACP). Esse método de extração deve ser usado quando se cria um instrumento novo, como é o caso deste estudo, e quando não existem modelos previamente testados que oriente o pesquisador (Gorsuch, 1983). Assim, opta-se por usar a Análise de Componentes Principais quando se está interessado apenas no resumo empírico do conjunto de dados (Tabachnick; Fidell, 2007). Em outras palavras, o objetivo desta técnica é encontrar um meio de condensar as informações contidas em vários itens originais de um instrumento em um conjunto menor de componentes, não relacionados, com uma perda mínima de informação (Varella, 2008). Além disso, escolheu-se o método de rotação oblíqua OBLIMIN, por se partir do pressuposto de que os fatores manteriam correlações entre si (Damásio, 2012).

Antes de proceder com a ACP propriamente dita, foram verificados os critérios de adequação da base de dados. Foram levadas em consideração as seguintes etapas de análise (Matos; Rodrigues, 2019): a) Tamanho da amostra, b) Nível de mensuração das variáveis), c) O Teste de Esfericidade de Bartlett, d) o Teste de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e) Matriz de correlação anti-imagem.

Com relação à primeira etapa, o tamanho da amostra foi de 354 sujeitos, portanto superior à 250, conforme recomendado por Cattell (1966) e, além disso, seguiu-se as recomendações feitas por Hair *et al.* (2009), que considera que para um nível de 5% de significância, e um poder de 80%, há necessidade de incluir de 5 a 10 sujeitos por item do instrumento. Por tanto, o critério de tamanho da amostra foi atendido. Ademais, as variáveis foram medidas de forma quantitativa e foram contínuas, conforme recomendado por Matos e Rodrigues (2019). Portanto, esse critério também foi atendido.

O Teste de Esfericidade de Bartlett testa se a análise fatorial é adequada ao problema. Portanto, permite verificar se existe correlação suficientemente forte para que a análise fatorial possa ser aplicada. Para que a matriz seja considerada fatorável, o teste de Bartlett deve apresentar um nível de significância menor que 0,05. Como o p-valor (sig) do teste de

---

é criado um banco de dados sem os dados ausentes. A partir desse “novo banco de dados”, o processo é refeito, substituindo novamente os valores que apresentaram dados faltantes. Esse processo é realizado N vezes, até que não se encontre mais diferenças estatisticamente significativas entre os resultados das interações.

esfericidade de Bartlett neste estudo foi de 0,000, portanto, menor que o ponto de corte do nível de significância ( $p \geq 5$ ), pode-se admitir que a análise é adequada, isto é, que a matriz é fatorável.

Com relação ao teste Teste de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), trata-se de uma medida que representa a proporção da variância das variáveis que pode ser explicada pelos fatores latentes. Ela pode variar entre 0 e 1; quanto mais próximo esse valor estiver de 1, mais adequados os dados estão para se ajustar uma Análise Fatorial. Field, Miles e Field (2012) recomendam utilizar os critérios: Acima de 0,5 = aceitáveis; acima de 0,70 = bom e acima de 0,8 = ótimo. Com relação ao teste de Kaiser-Meyer-Olkin, no caso do presente estudo, o valor foi de 0,93, o que indica também que a matriz seja fatorável.

Finalmente, a Matriz de correlação anti-imagem mede a adequação dos itens à amostra. Ela permite descobrir se há algum item que pode estar atrapalhando a análise. Na matriz anti-imagem nenhum item que é sobrescrito com a letra “a” pode possuir correlação inferior à 0,5. Na matriz anti-imagem obtida neste estudo, nenhum item possui correlação anti-imagem inferior à 0,50. De fato, o menor valor anti-imagem foi de 0,81, portanto, todos os itens foram mantidos para essa etapa de análise. Assim, todas os critérios foram atendidos, o que permite admitir a adequabilidade dos dados para se realizar Análise Fatorial.

No planejamento da ACP, foi empregado o critério de Kaiser, que é a regra bastante utilizada, que sugere que devem ser extraídos somente os componentes com autovalor maior do que 1. Esse critério parte da premissa de que autovalores representam a quantidade de variação explicada por um componente e que um autovalor de 1 representa uma quantidade substancial de variação (Field, 2009).

Outro conceito importante para a Análise Fatorial é o de Comunalidade. A comunalidade é definida como a “quantia total de variância que uma variável original compartilha com todas as outras variáveis incluídas na análise” (Hair *et al.*, 2005, p. 90). Em outras palavras, é a proporção de variância comum que está presente em um determinado item do instrumento (Matos; Rodrigues, 2019). Assim, a comunalidade também indica se um item funciona bem em uma Análise Fatorial Exploratória (AFE). Pesquisadores da área da Psicometria sugerem que o valor da Comunalidade de cada item deve ser superior a 0,50 para a ser considerada satisfatória (Figueiredo Filho; Silva Júnior, 2010; Matos; Rodrigues, 2019). No presente estudo não foi encontrada nenhuma comunalidade inferior a 0,50. Assim, nesta etapa inicial todos os itens foram mantidos para as análises subsequentes.

Foram testados dois modelos de ACP, o primeiro sem pré-definição de números de

fatores, que resultou em oito componentes principais e o segundo, com a pré-definição de sete fatores. Para definição de cada componente extraído, foram selecionados os fatores que continham mais de três itens e com carga fatorial igual ou superior à 0,30 (Laros, 2004). Além disso, os itens não deveriam apresentar cargas fatoriais secundárias superiores à carga fatorial inicial.

Após análise cuidadosa do modelo testado, observou-se que a solução de sete componentes foi aquela que apresentou melhor homogeneidade na distribuição dos itens, como uma variância explicada de 63,60%. Soluções que explicam pelo menos 60% da variância são consideradas satisfatórias (Damásio, 2012). Vale lembrar ainda, que os primeiros componentes são os mais importantes pois são eles são responsáveis pela maior proporção de variância explicada. Para Matos e Rodrigues (2019), a fase final da análise fatorial envolve examinar como os itens se agrupam e proceder com a nomeação dos fatores, que deve ser justificada à luz da teoria.

A Tabela 24 apresenta a ordem dos fatores extraídos, os itens que carregaram em cada fator e sua nomeação, a variância explicada e a variância explicada acumulada de cada fator e total.

Tabela 24 – Fatores extraídos e seus respectivos itens, Variância Explicada e Variância Explicada Acumulada (n = 354)

<b>Ordem dos Fatores</b>	<b>Fatores e Itens</b>	<b>Variância Explicada (%)</b>	<b>Variância Explicada Acumulada (%)</b>
1º	Problemas relativo à gestão (25, 24, 23, 28, 29, 26, 27)	25,55	28,60
2º	Aumento da resolutividade/Ampliação do acesso, das ações/formas de cuidado e de conhecimentos (16, 17, 18, 15, 19, 14, 13, 12, 11, 10, 9, 7, 8, 6)	21,86	47,42
3º	Problemas com as atitudes dos profissionais/Comprometimento (42, 44, 43, 49, 45, 40, 48, 46, 41, 47)	4,85	52,26
4º	Visão negativa do matriciamento e limitada sobre como deve ser feito o tratamento das pessoas com transtorno mental (33, 39 e 30)	3,57	55,83
5º	Mudanças positivas de paradigmas culturais (4, 2, 1, 5, 3)	2,91	58,75

6º	Deficiências na formação profissional/ em investimento em educação (31, 36, 35, 32, 34)	2,50	61,25
7º	Dificuldades impostas pelas condições de trabalho/pela desinformação da população/familiares acerca das ações do Matriciamento (22, 21, 20, 37, 38)	2,36	63,60

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados da Escala de Percepção de Avanços e Desafios no Trabalho de Matriciamento.

Como é possível observar na Tabela 24, nenhum item apresentou carregamento inferior à 0,30 e por isso todos os 49 itens foram mantidos. Eles se distribuíram em sete dimensões, de forma muito semelhante à estrutura inicial proposta na escala. De fato, a única diferença em relação à escala originalmente proposta foi que os itens da dimensão “Deficiência na formação profissional/em investimento em educação” se subdividiram em duas subdimensões (Fator 4 e Fator 6). No fator 4, os itens 33 e 39 estavam semanticamente semelhantes, mas originalmente eles haviam sido propostos para pertencer em duas dimensões distintas (uma relativa à “Deficiência na formação profissional/ em investimento em educação” e a outra relativa à “Desinformação da população/familiares acerca das ações do Matriciamento”).

Além disso, os itens 30, 33 e 39 dizem mais respeito à uma “visão negativa do Matriciamento e errônea sobre como deve ser feito o tratamento das pessoas com transtorno mental” do que a uma deficiência da formação profissional, tal como os itens do Fator 6 denotam mais diretamente. Por essa razão, optou-se por manter apenas os itens do Fator 6 para medir “Deficiência na formação profissional/ em investimento em educação”. Os dois primeiros fatores explicaram aproximadamente 48% da variância, e o primeiro reuniu itens que dizem respeito a desafios, já que denotam problemas observados relativos à gestão. Já o segundo fator, reuniu itens concernentes a avanços do Matriciamento, observados no aumento ou na ampliação do acesso, das ações ou das formas de cuidado e de conhecimentos.

A Tabela 11 (pág. 160) apresenta as correlações item-total, as cargas fatoriais e os escores médios de cada item que compõem às dimensões da “Escala de percepção de avanços e desafios no trabalho de Matriciamento”, de acordo com a análise de validação de constructo. Ou seja, essa é a estrutura fatorial final validada no presente estudo, e que servirá de base para as análises posteriores (de confiabilidade e de percepção de avanços e desafios no trabalho de Matriciamento).

Como é possível observar na Tabela 11, a versão aqui preliminarmente validada da “Escala de percepção de avanços e desafios no trabalho de Matriciamento” ficou composta de

49 itens, distribuídos em sete dimensões, de acordo com a Análise de Componentes Principais. É importante notar que os itens contribuem de maneira desigual para cada Fator, assim quanto maior a carga fatorial, maior a contribuição do item para o Fator em que ele carrega (Matos; Rodrigues, 2019).

A média para cada item, apresentada na Tabela 11, variou entre 2,53 e 4,41, mas com muitos poucos itens (apenas 7) abaixo de 3,0 (que é o ponto médio da escala, já que ela tem cinco pontos) e eles se concentraram apenas na dimensão “Problema com as atitudes /Comprometimento dos profissionais”. Este parece ser um indicativo de que os/as participantes tenderam discordar de que os desafios advindos de sua atuação no Matriciamento tenham a ver com a postura dos profissionais de saúde.

Ainda na Tabela 11 é apresentada a correlação item-total corrigido para cada item. O valor desta correlação deveria ser moderadamente alta, e qualquer item cuja correlação item-total corrigido fosse menor que 0,20 deveria ser eliminado da contagem combinada. Nesta etapa da análise, nenhum item foi eliminado, pois todas as correlações estiveram acima deste ponto de corte.

No que diz respeito à confiabilidade do instrumento, todas as escalas que o compõem obtiveram alfas de Cronbach ( $\alpha$ ) iguais ou superiores a 0,70. Dentre as dimensões, aquele com menor  $\alpha$  foi o “Visão negativa do Matriciamento e limitada sobre como deve ser feito o tratamento das pessoas com transtorno mental” ( $\alpha = 0,72$ ), mas ainda assim, considerado satisfatório (Streiner, 2003). As demais dimensões tiveram Alfas de *Cronbach* que variaram entre 0,76 à 0,90, o que indica que todas as subescalas são confiáveis, de acordo com esse estudo (Streiner, 2003).

## APÊNDICE J – VIVÊNCIA PESSOAL PARTILHADA SOBRE ABSORÇÃO DE PRECONCEITOS COM O LOUCO – OFICINA - FASE 3

Havia um homem, de cabelos grisalhos, irmão de uma vizinha muito próxima de sua família, o qual visitava de tempos em tempos a irmã mais velha, e quando o fazia, por vezes chamava a então, menina, para conversar sempre que se assentavam na porta do prédio em que residiam sua irmã e a criança. Os diálogos eram sempre saudáveis, recheados de vivências e aventuras divertidas da infância daquele homem - pardo, com barba por fazer, de mais de 40 anos - cercado de muitos risos e falas da tagarela criança, que se sentia valorizada, contemplada pela atenção de um adulto. Após muitos diálogos permeados pela pureza de ambas as partes, certa feita, uma vizinha adulta, residente do mesmo prédio, chamou a criança em particular, após vê-la conversando com o homem. Ralhou duramente com a menina, argumentando: “Você não tem juízo, menina? Conversando com aquele doido? Ele é “maluco”, perigoso e pode te matar, maltratar você, sabia disso?! Eu vou contar pra sua mãe, viu? Não fale mais nada com ele e quando ele falar com você, saia correndo, passe bem longe!”. A menina já havia visto um “maluco” em outros momentos, pois sua escola ficava muito próxima do antigo *Manicômio Juliano Moreira*, que funcionava no bairro Boa Vista de Brotas, na antiga casa do poeta baiano Castro Alves, o *Solar Boa Vista*, em Salvador, Bahia. De vez em quando, alguns deles “escapavam”, pulavam os muros e saiam andando sem destino pelas ruas, às vezes gritando, falando sozinhos, sujos, sem roupas, ou vestidos em trapos. O pipoqueiro da porta da escola já havia alertado que eram loucos, socializando o seu sentimento de medo, com olhar e expressão assustada, quando passava algum por perto, mesmo que nenhum deles houvesse se aproximado. E assim, convergindo as duas referências vindas de pessoas adultas, de ambientes diferentes de sua vida cotidiana, a menina ficou receosa. A partir daquele confronto com a vizinha, ela foi tomada de um pavor tão grande, que passou a olhar pela janela sempre que pensava em sentar-se na porta do prédio, por garantia de não cruzar mais o caminho com aquele homem dito “perigoso”, mesmo que na sua vivência, ele sempre fora doce, gentil, divertido e atencioso. Como era de se esperar, o homem não compreendeu as repetidas evitações da menina. A tristeza estampada no seu rosto, quando ela passava por ele à distância, ficou na memória daquela criança até os dias de hoje. A menina cresceu, cheia de preconceitos e temores, mas quando foi estudar Psicologia, recém-saída da adolescência, ele teve oportunidade de trabalhar com crianças em uma instituição para transtornos mentais na infância. Na convivência com aquelas crianças, iniciou sua quebra de preconceitos. Anos depois, já profissional da psicologia, ela se engajou em movimentos sociais da Luta antimanicomial, e luta todos os dias contra os preconceitos que estão na cultura e na sua formação.