

**Universidade Federal de Minas Gerais**  
**Faculdade de Medicina**  
**Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção**  
**da Violência**

Paula Januzzi Serra

**MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL: a concepção dos profissionais das**  
**Unidades Básicas de Saúde de Belo Horizonte sobre o processo de integração**  
**entre saúde mental e atenção primária**

Belo Horizonte  
2018

Paula Januzzi Serra

**MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL: a concepção dos profissionais das Unidades Básicas de Saúde de Belo Horizonte sobre o processo de integração entre saúde mental e atenção primária**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência.

Linha de pesquisa: as múltiplas faces da violência e seu impacto para a saúde das pessoas e populações.

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Grossi Araújo  
Coorientadora: Profa. Dra. Elza Machado de Melo

Belo Horizonte

2018

Serra, Paula Januzzi.  
SE487m Matriciamento em Saúde Mental [manuscrito]: a concepção dos profissionais das Unidades Básicas de Saúde de Belo Horizonte sobre o processo de integração entre saúde mental e atenção primária. / Paula Januzzi Serra. - - Belo Horizonte: 2018.  
102f.: il.  
Orientador (a): Marcelo Grossi Araújo.  
Coorientador (a): Elza Machado de Melo.  
Área de concentração: Medicina Preventiva e Social.  
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Saúde Mental. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Centros de Saúde. 4. Dissertações Acadêmicas. I. Araújo, Marcelo Grossi. II. Melo, Elza Machado de. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. IV. Título.

NLM: WT 145

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**FACULDADE DE MEDICINA**  
**Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência**

**Reitora:**

Profa. Sandra Goulart Almeida

**Vice- Reitora:**

Prof. Alessandro Moreira

**Pró-Reitor de Pós-Graduação:**

Prof. Fábio Alves

**Pró-Reitor de pesquisa:**

Prof. Mário Campos

**Diretor da Faculdade de Medicina:**

Prof. Humberto José Alves

**Vice-Diretora da Faculdade de Medicina:**

Profa. Alamanda Kfoury Pereira

**Coordenador do Centro de Pós-Graduação:**

Prof. Tarcizo Afonso Nunes

**Subcoordenador do Centro de Pós-Graduação:**

Profa. Eli Iola Gurgel Andrade

**Chefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social:**

Prof. Antonio Thomáz Gonzaga da Matta Machado

**Subchefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social:**

Profa. Palmira de Fátima Bonolo

**Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência:**

Profa. Elza Machado de Melo

**Subcoordenadora do Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência:**

Profa. Cristiane de Freitas Cunha Grillo

**Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência:**

Profa. Andréa Maria Silveira  
Profa. Cristiane de Freitas Cunha Grillo  
Profa. Efigênia Ferreira e Ferreira  
Profa. Eliane Dias Gontijo  
Profa. Elza Machado de Melo  
Profa. Eugênia Ribeiro Valadares  
Profa. Izabel Christina Friche Passos  
Prof. Marcelo Grossi Araújo.  
Profa. Soraya Almeida Belisário  
Profa. Stela Maria Aguiar Lemos  
Prof. Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho ao professor Renato Diniz, que desde cedo identificou o meu desejo pela Psiquiatria afetiva e inclusiva, e que me abriu as portas para que isso se tornasse possível.

## **AGRADECIMENTOS**

Aos meus pais, que me ajudaram a buscar todos os instrumentos para lutar por um mundo melhor e mais justo, e ao meu irmão, pelo apoio em todo o nosso percurso de vida.

À Eliane de Andrade, psicanalista, que através do afeto me ajuda a descobrir quem sou e a me transformar no melhor que há em mim.

À professora Elza Melo, por me inculir a esperança de que superar a violência é possível. O seu brilho de vida é gerador de mudança.

Ao professor Marcelo Grossi, dedicado orientador, que esteve presente de forma cuidadosa em todo o percurso de construção deste trabalho.

Ao professor Ricardo Tavares, pela brilhante tarefa de transformar ideias em números. Este trabalho não seria possível sem o seu auxílio.

Às companheiras do Núcleo de Saúde e Paz, Amanda e Lauriza, pelas orientações precisas e as generosas trocas de conhecimento.

Ao Túlio Eugênio, colega de mestrado, que tornou o projeto de Atenção Primária factível. Obrigada pela gentil presença nos longos dias de Carnaval.

Aos profissionais dos Centros de Saúde de Belo Horizonte, que destinaram um tempo precioso a nos auxiliar nesta pesquisa.

Aos colegas de mestrado, aos pesquisadores de campo e digitadores, por toda a contribuição valiosa na construção deste projeto.

À Faculdade de Medicina da UFMG, instituição em que me graduei, e ao Departamento de Medicina Preventiva e Social, pela oportunidade de voltar e construir mais um degrau em direção à equidade e justiça social.

## RESUMO

**Introdução:** A compreensão de que o cuidado em saúde mental deve estar incorporado às estratégias de promoção e proteção da saúde na atenção primária ainda é um processo em construção. O matriciamento surge como uma nova lógica de atenção em saúde que busca aproximar as equipes de saúde da família e as equipes de saúde mental com o intuito de oferecer cuidado integral ao usuário.

**Objetivo:** Avaliar a percepção dos profissionais de saúde da atenção primária do município de Belo Horizonte sobre o apoio matricial em saúde mental, em três níveis: compreensão do conceito, mudanças na prática clínica e principais entraves à sua efetivação. **Metodologia:** Estudo transversal quantitativo realizado através de entrevistas semiestruturadas com profissionais da atenção primária em 45 Centros de Saúde dos nove distritos sanitários do município. Foi obtida amostra probabilística por conglomerado em único estágio, totalizando 1.042 profissionais.

As entrevistas foram realizadas através de questionário autoaplicável, dividido em dezesseis eixos temáticos, incluindo matriciamento em saúde mental. Foram obtidas variáveis demográficas, variáveis relacionadas ao trabalho e ao matriciamento em saúde mental, e submetidas a análises univariada, bivariada, regressão logística e análise de correspondência. Os dados obtidos foram armazenados e analisados utilizando o programa *Statistical Package for Social Sciences* - SPSS, versão 17.0.

**Resultados:** Entre os profissionais que participaram da pesquisa, 649 responderam à questão “Descreva o que você entende por Matriciamento em Saúde Mental”, o que corresponde a 62,3% da amostra. Destes, 25,9% das respostas foram consideradas satisfatórias, 44,4% foram consideradas respostas parciais e 29,7%, foram avaliadas como respostas ruins, totalizando 74,1% de respostas que não contemplam a compreensão adequada do conceito. Apesar disso, 78,9% dos profissionais afirmaram que as reuniões de matriciamento contribuíram para mudanças em sua prática. O modelo de regressão logística mostrou que, quando o profissional não compreende o conceito de matriciamento em saúde mental, tem 45% menos chances de mudar a prática e que, quando está insatisfeito em seu trabalho, as chances de mudança na prática diminuem em 69,2%. Por meio da análise de correspondência, os profissionais que apresentaram uma compreensão satisfatória do conceito relacionaram as dificuldades de efetivação do matriciamento

às limitações dos profissionais da ESF. Já aqueles que possuem compreensão parcial/ruim do conceito atribuíram as dificuldades às limitações dos profissionais da saúde mental, à estrutura do serviço, ao método utilizado nas reuniões de apoio matricial e ao usuário. **Considerações finais:** A organização matricial em saúde mental ainda não está incorporada de maneira efetiva ao funcionamento das UBS de Belo Horizonte, e ainda persiste entre os profissionais a lógica de transferência do cuidado ao especialista. A lógica matricial tem potencial para produzir a inclusão social e atenção integral ao paciente em sofrimento mental, mas depende da compreensão do conceito de matriciamento e da satisfação do profissional, o que será possível por meio da educação permanente e da valorização dos trabalhadores.

**Palavras-chave:** Saúde mental. Apoio matricial. Matriciamento. Atenção primária.



## ABSTRACT

**Introduction:** The understanding that Mental Health care should be embedded in health promotion and protection strategies in Primary Care is still a process under construction. Matrix support emerges as a new health care logic that seeks to bring together family health teams and mental health teams with the aim of providing comprehensive care to the user. **Objective:** To evaluate the perception of the health professionals of the basic attention of the city of Belo Horizonte on the matrix support in mental health, in three levels: understanding of the concept, changes in clinical practice and main obstacles to its effectiveness. **Methodology:** A quantitative cross-sectional study carried out through semi-structured interviews with health care professionals from 45 health centers in the nine health districts of the city. A probabilistic sample was obtained per cluster in a single stage, totaling 1042 professionals. The interviews were conducted through a self-administered questionnaire, divided into sixteen thematic axes, including Matrix Support in Mental Health. Demographic variables, variables related to work and matrix support in mental health were obtained, and subjected to univariate, bivariate analysis, logistic regression and correspondence analysis. The data were stored and analyzed using the Statistical Package for Social Sciences - SPSS, version 17.0. **Results:** Among the professionals who participated in the survey, 649 answered the question "Describe what you understand by Matrix Support in Mental Health", which corresponds to 62.3% of the sample. Of these, 25.9% of the answers were considered satisfactory, 44.4% were considered partial answers and 29.7% were evaluated as bad answers, totaling 74.1% of answers that do not contemplate the adequate understanding of the concept. Despite this, 78.9% of professionals stated that matrix support meetings contributed to changes in their practice. The logistic regression model showed that when the professional does not understand the concept of matrix support in mental health, he is 45% less likely to change the practice and that, when he is dissatisfied with his work, the chances of change in practice decrease by 69.2%. Through the correspondence analysis, the professionals who presented a satisfactory understanding of the concept related the difficulties of effectiveness of the matrix support to the limitations of the professionals of the family health strategy. Those with partial/poor understanding of the concept attributed the difficulties to the limitations of mental health professionals, the structure of the

service, the method used in the matrix support meetings and the user. **Final considerations:** : Matrix mental health organization is not yet effectively incorporated into the functioning of basic health units of Belo Horizonte, and the logic of transferring care to the specialist persists among professionals. The matrix logic has the potential to produce social inclusion and integral attention to the patient in mental suffering, but it depends on the understanding of the concept of matrix support and the professional's satisfaction, which can be achieved through permanent education and the valorization of workers.

**Key words:** Mental health. Matrix support. Primary care.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASME	Associação Brasileira de Saúde Mental
AC .....	Análise de correspondência
ACE.....	Agente de Combate de Endemias
ACS.....	Agente Comunitário de Saúde
AM.....	Apoio Matricial
AP .....	Atenção Primária
APS .....	Atenção Primária em Saúde
ASB .....	Auxiliar de Saúde Bucal
CAPS .....	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSi.....	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CERSAM.....	Centro de Referência em Saúde Mental
CERSAM-AD	Centro de Referência em Saúde Mental - Álcool e outras drogas
CERSAMI.....	Centro de Referência em Saúde Mental Infantil
CIT .....	Comissão de Intergestores Tripartite
CNSM.....	Conferência Nacional de Saúde Mental
CNSM-I .....	Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial
CS .....	Centro de Saúde
ESF .....	Estratégia Saúde da Família
MTSM.....	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NAPS .....	Núcleo de Atenção Psicossocial
NASF.....	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OAPS .....	Observatório de Análise Política em Saúde
OR.....	Razão de chance
PACS .....	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAI-PJ .....	Projeto de Atenção Interdisciplinar ao Paciente Judiciário
PBH.....	Prefeitura de Belo Horizonte
PISAM .....	Programa Integrado de Saúde Mental
PSF .....	Programa Saúde da Família
PTS .....	Projeto Terapêutico Singular
RT .....	Residência Terapêutica
SF.....	Saúde da Família

SM.....	Saúde Mental
SMSA.....	Secretaria Municipal de Saúde
SRT.....	Serviços Residenciais Terapêuticos
SUP.....	Serviço de Urgência Psiquiátrica
SUS.....	Sistema Único de Saúde
TCLE.....	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TSB.....	Técnico em Saúde Bucal
UBS.....	Unidade Básica de Saúde

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Critérios de inclusão e exclusão de trabalhos na revisão da literatura .....	22
Quadro 2	Variáveis demográficas dicotômicas.....	50
Quadro 3	Variáveis dicotômicas relacionadas ao trabalho.....	51
Quadro 4	Definição dos termos - classificação das respostas sobre compreensão do conceito de matriciamento em saúde mental .....	52
Quadro 5	Categorização da variável compreensão do conceito de matriciamento em saúde mental em variáveis dicotômicas ..	52
Quadro 6	Categorização da variável "Dificuldades para efetivar o matriciamento no Centro de Saúde.....	53

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição da amostra - variáveis demográficas .....	56
Tabela 2	Funções ocupadas pelos profissionais nas UBS de Belo Horizonte .....	57
Tabela 3	Percepção de mudanças na prática consequentes às reuniões de matriciamento, segundo variáveis demográficas .....	58
Tabela 4	Percepção de mudanças na prática consequentes às reuniões de matriciamento, segundo variáveis relacionadas ao trabalho ...	59
Tabela 5	Modelo final de análise de regressão logística: mudanças na prática segundo variáveis explicativas.....	62
Tabela 6	Contribuições relativas das dimensões 1 e 2 sobre os perfis de linha (compreensão do conceito de matriciamento) .....	63
Tabela 7	Contribuições relativas das dimensões 1 e 2 sobre os perfis de coluna (dificuldades para a efetivação do matriciamento).....	63

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Metodologia de revisão .....	23
Gráfico 1	Análise de correspondência entre Compreensão do conceito de Matriciamento e dificuldades para efetivar o Matriciamento no Centro de Saúde.....	63

## SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO E JUSTIFICATIVA .....	17
1	INTRODUÇÃO .....	19
2	OBJETIVOS .....	21
2.1	Objetivo geral .....	21
2.2	Objetivos específicos .....	21
3	REVISÃO DA LITERATURA .....	22
3.1	O processo de reforma psiquiátrica brasileira: uma retrospectiva histórica.....	24
3.2	A rede de atenção à saúde mental no Brasil e sua relação com a atenção primária .....	32
3.3	A prática do matriciamento em saúde mental e as percepções dos profissionais de saúde da atenção primária .....	37
3.4	A rede de cuidados em belo horizonte .....	43
3.4.1	A atenção primária .....	43
3.4.2	A rede de atenção psicossocial.....	46
4	METODOLOGIA .....	48
4.1	População do estudo .....	48
4.2	Instrumento .....	48
4.3	Variáveis .....	49
4.4	Coleta de dados .....	53
4.5	Análise de dados.....	54
4.6	Aspectos éticos .....	55
5	RESULTADOS .....	56
6	DISCUSSÃO .....	65
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	71



REFERÊNCIAS .....	73
ANEXO A - Aprovação COEP .....	81
ANEXO B - Aprovação SMSA-BH.....	82
ANEXO C – Folha de Aprovação da Defesa .....	87
APÊNDICE A Distribuição das funções ocupadas em cada UBS selecionada no Distrito Sanitário correspondente .....	88
APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	90
APÊNDICE C - Questionário Aplicado .....	91

## APRESENTAÇÃO E JUSTIFICATIVA

O interesse por este tema surgiu em 2016 quando iniciei minha atuação como médica psiquiatra em três Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Belo Horizonte. O meu trabalho consistia em reuniões de apoio matricial com as equipes de saúde da família, as quais me foram apresentadas como “reuniões de supervisão em saúde mental”, além de prestar atendimentos eletivos aos usuários em situação de sofrimento mental.

A proposta do matriciamento encantou-me: um projeto terapêutico desenhado para proporcionar ao usuário o cuidado compartilhado por profissionais de diferentes campos do saber. Teoricamente, o apoio matricial é uma possibilidade de assistência singular, pensada para cada indivíduo em seu contexto sócio-familiar, seguindo uma concordância trilateral: equipe de referência, usuário e profissional que oferece o apoio matricial, sendo que as possibilidades de combinação da matriz são inúmeras e permitem que a equipe explore ao máximo as possibilidades dos campos e núcleos de competência de todos (CAMPOS, 1999; 2000; CAMPOS; DOMITTI, 2007).

No meu caso, a minha atribuição era apoiadora matricial em saúde mental, com a função de oferecer o conhecimento em psiquiatria para a construção de planos terapêuticos para os usuários que apresentassem sofrimento psíquico. Logo, a proposta consistia em reuniões periódicas entre a equipe de apoio matricial em saúde mental (eu, as assistentes sociais e as psicólogas de cada UBS) e a equipe de saúde da família de referência do usuário, além da possível presença de outros profissionais que também poderiam compor outras matrizes de assistência: farmacêutico, odontólogo, etc.

Porém, ao longo do trabalho, muitas dificuldades se impuseram. Em primeiro lugar, a minha nítida impressão de que a maior parte dos profissionais da atenção primária não sabia em que consistia a lógica de apoio matricial. A ideia que parecia prevalecer era de que *se tratava de uma reunião para encaminhamento de pacientes ao psiquiatra/psicólogo e marcação de consultas*. Não havia o

conhecimento do cuidado compartilhado visando à inclusão do paciente “psiquiátrico”, mas havia uma prática de transferência de cuidado para o profissional da saúde mental. Outros obstáculos percebidos por mim foram o tempo escasso e as incompatibilidades de agendas dos profissionais. Dificilmente uma reunião contava com todos os profissionais necessários à construção do plano terapêutico, e havia tantos casos e tantas angústias das equipes que dificilmente conseguíamos elaborar uma estratégia de tratamento que atendesse às particularidades de cada usuário e de sua família. Diante de tantos desafios, o suporte técnico-pedagógico preconizado pela estratégia do matriciamento (CAMPOS; DOMITTI, 2007), tornou-se bastante dificultado e, em muitos casos, eu me tornei a principal e, por vezes, a única referência do paciente.

Curioso observar que a maior parte do meu tempo de trabalho era destinada aos atendimentos individuais e não às discussões compartilhadas de casos. Considerando que nas práticas de saúde coletiva a proposta é de um olhar que inclui todo o contexto social do indivíduo (CARVALHO; CUNHA, 2006 apud CHIAVERINI, 2011), o que pressupõe o compartilhamento de saberes e práticas (BRASIL, 2013), pude inferir que o meu trabalho estava inserido em uma lógica que parecia seguir a direção contrária: as agendas eram constituídas de atendimentos individuais em sequência e o paciente portador de sofrimento mental permanecia direcionado e, por vezes, restrito, aos cuidados do(a) psiquiatra e/ou do(a) psicólogo(a).

Portanto, a partir da minha inquietação com as dificuldades observadas na execução do apoio matricial e do meu desejo em lutar pela verdadeira inclusão de um paciente que ainda encontra-se à margem, elaborei este projeto com o intuito de avaliar, a partir de diversos aspectos, a ferramenta “matriciamento” nas UBS dos nove distritos sanitários de Belo Horizonte e discutir possíveis formas de intervenção e melhoria da execução deste dispositivo.

## 1 INTRODUÇÃO

A compreensão de que o cuidado em saúde mental é fundamentalmente parte das estratégias de promoção e prevenção de saúde da atenção primária (AP) ainda é um processo em construção. A organização da atenção à saúde mental centrada na ótica biomédica, e congelada pela perspectiva hospitalar constitui-se em violência ao paciente em sofrimento mental. Ao retirarmos de um paciente a possibilidade de ser tratado em seu território, na esfera do cuidado familiar/comunitário, contemplando os mais diversos aspectos e dimensões que compõem a saúde psíquica de um sujeito, incorremos em sua anulação como pessoa, e contribuímos para a plena efetivação de sua alienação social (AMARANTE, 2007; FONSECA; CORBO, 2007; JORGE et al., 2012).

Lutando contra esse engendramento excludente e ineficiente, o movimento da reforma psiquiátrica brasileira, de ampla base social, vem promovendo a transição para um novo modelo de atenção à saúde mental, por meio da implantação dos Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) ou Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAM), das Residências Terapêuticas (RT), dos Centros de Convivência e Cultura, e das equipes matriciais de referência na atenção básica (BRASIL, 2004a; 2004b; 2007a) Porém, apesar dos avanços identificados na construção de um novo modelo, ainda não foi superada a lógica do cuidado centrada na figura do especialista, com pouca integração entre os diversos núcleos do saber e pautada pelo reducionismo terapêutico e produção massificada de saúde (COSTA et al., 2015; HIRDES; SCARPARO, 2015).

Diante do desafio em oferecer cuidado integral ao paciente em sofrimento mental, o apoio matricial surge como uma metodologia de gestão do cuidado com potencial de propiciar a construção compartilhada de diretrizes clínicas entre a equipe de referência do usuário na Unidade Básica de Saúde (UBS) e a equipe de apoio especializado em saúde mental (CAMPOS; DOMITTI, 2007; CUNHA; CAMPOS, 2011; BONFIM et al., 2013; HIRDES; SILVA, 2014). O intuito é ampliar os horizontes da assistência, acessando os mais variados aspectos subjetivos do paciente e compreendendo as rupturas sociais, culturais, econômicas e políticas nas quais ele está inserido.

Esta pesquisa tem por objetivo avaliar a percepção dos profissionais de saúde das UBS de Belo Horizonte sobre o apoio matricial como dispositivo capaz de mudar a prática clínica, e os desafios concernentes a esse processo. Seu propósito é contribuir com a expansão e consolidação de uma lógica organizacional que prima pelo cuidado integral e compartilhado. Trata-se de um esforço para minimizar a dívida histórica com os pacientes em sofrimento mental, profundamente marcados pelo estigma da loucura e exclusão social.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Avaliar a percepção dos profissionais da atenção básica do município de Belo Horizonte sobre a estratégia de apoio matricial.

### **2.2 Objetivos específicos**

- a. Verificar o conhecimento do conceito de apoio matricial pelos profissionais da atenção básica em saúde
- b. Avaliar a percepção dos profissionais da atenção primária sobre a influência do apoio matricial em sua prática clínica
- c. Avaliar os principais entraves percebidos pelos profissionais de saúde para a efetivação do apoio matricial nas UBS

### 3 REVISÃO DA LITERATURA

Foram utilizadas as bases de dados indexadas na Biblioteca Virtual em Saúde - Lilacs, Index Psicologia – Periódicos Técnico-científicos, BDEFN, Medline, CidSaúde; HiSa – História da Saúde; Coleção SUS, Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, Index Psicologia – Teses, acessadas *on-line* no período de 3 a 5 de julho de 2017. A busca foi realizada utilizando-se os descritores “matriciamento”, “apoio matricial” e “saúde mental”, combinados e aplicados aos campos título, resumo e assunto, e submetidos aos filtros de data (2008 a 2017) e idioma (inglês, português e espanhol). Foram encontrados 172 trabalhos e, após exclusão de duplicidade, permaneceram 106 trabalhos, incluindo artigos, teses, monografias, dissertações, todos em língua portuguesa. Após leitura de resumos, foram excluídos 49 trabalhos que não preencheram os critérios de inclusão e preencheram os critérios de exclusão, conforme demonstrado no Quadro 1.

**Quadro 1 - Critérios de inclusão e exclusão de trabalhos na revisão da literatura**

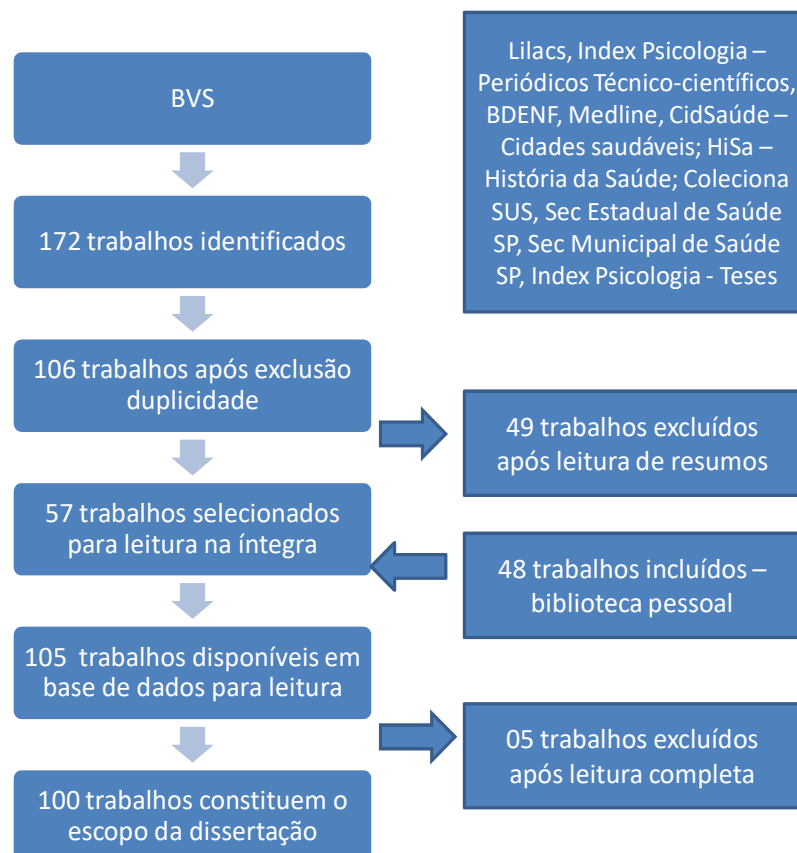
<b>Critérios de inclusão</b>	<b>Critérios de exclusão</b>
População de estudo $\geq$ 18 anos	População do estudo $<$ 18 anos (4)
Disponibilidade de texto completo na base de dados	Indisponibilidade de textos completos na base de dados (14)
Estudos que avaliam a percepção dos profissionais de saúde da Atenção Primária sobre o matriciamento em saúde mental	Avaliação de programas educacionais (1)
	Trabalhos restritos à avaliação de situações de crise e serviços de urgência (3)
	Experiências de matriciamento e outros trabalhos que não enfatizam a saúde mental (1)
	Agendas de pesquisa (1)
	Trabalhos sobre capacitação de categorias profissionais específicas (1)
	Matriciamento ainda não implantado (4)
	Trabalhos que não avaliam o matriciamento em saúde mental (8)
	Teses, dissertações, monografias (12)
	Total: 49 trabalhos excluídos

Fonte: Dados da pesquisa

Dos 57 trabalhos selecionados para leitura na íntegra, foram excluídos cinco artigos após leitura completa, por preencherem os seguintes critérios de exclusão: um artigo que aborda o processo de implantação do matriciamento, dois artigos que se referem à capacitação de categorias profissionais específicas, um artigo que consiste em estudo de caso clínico e um artigo que aborda o apoio matricial restrito às situações clínicas de crise. Foram incluídos 48 trabalhos da biblioteca pessoal da pesquisadora, incluindo artigos, diretrizes, cartilhas, livros-texto, publicações em sites governamentais, dissertações de mestrado e teses sobre o tema, relatórios de gestão, documentos finais de conferências e legislação brasileira, relacionados a três eixos temáticos principais: Sistema Único de Saúde e Atenção Primária em Saúde, Matriciamento em Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica.

Um resumo dos passos seguidos na revisão da literatura encontra-se na Figura 1.

**Figura 1 – Metodologia de revisão**



Fonte: Elaborado pela autora



### **3.1 O processo de reforma psiquiátrica brasileira: uma retrospectiva histórica**

A construção de uma rede de atenção à saúde mental no Sistema Único de Saúde (SUS) é parte de uma longa história de luta popular por participação social e representatividade na elaboração, gestão e fiscalização de políticas públicas de saúde (BRASIL, 2006)

Os primórdios do SUS coincidem com o início dos movimentos sociais em prol dos direitos dos pacientes psiquiátricos, e que têm como ponto de partida a busca por cidadania. Todo o processo teve início ainda durante o regime autoritário-militarista no Brasil, instaurado em 1964, e que se constituía em um protótipo das relações assimétricas de poder entre Estado e sociedade, silenciando as reivindicações e atuando através de mecanismos repressivos. O contexto era de aprofundamento de desigualdades sociais e manutenção de privilégios ao empresariado, o que aumentava a insatisfação popular em todos os âmbitos, incluindo as políticas públicas de saúde. Segundo Faleiros (1995, p.16 apud BRASIL, 2006), “a desigualdade era consolidada pelos serviços médicos em três níveis: o setor privado para os ricos, os planos de saúde para um grupo seletivo de assalariados e classes médias, os serviços públicos para pagantes da previdência”. O modelo da assistência médica previdenciária não atendia às necessidades de universalização do acesso à saúde e cresciam movimentos que reivindicavam a participação social e pactos de interesses junto ao Estado. Nos fins da década de 1970, a crise democrática aliada à crise do sistema de saúde abriu espaço para a apresentação de uma nova política: durante o I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, na Câmara dos Deputados, em 1979, foi apresentada publicamente a proposta do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2006).

Neste contexto, emergiu o movimento sanitário, cujos agentes propunham a inclusão da participação popular na construção e gestão das políticas de saúde. Rejeitava-se a segregação entre instituição governamental e sociedade, e se estimulou um modelo de gestão participativa em saúde. Tal proposta abria portas de diálogo entre o Estado e os atores sociais diretamente afetados pelas políticas públicas, legitimando os interesses da população (BRASIL, 2006).

Coincidente com o período de luta por universalização dos direitos surge, em 1978, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), “formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas” (BRASIL, 2005, p.6). Funda-se então o movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira, cujo desafio era a construção de uma política pública e coletiva para a saúde mental, além da superação da violência asilar praticada em amplo espectro nos manicômios do país (BRASIL, 2005).

Observamos então que, em meio a um contexto nacional de abertura democrática e luta por cidadania, os movimentos de proteção aos direitos sociais se expandiram. A Reforma Psiquiátrica se associava também a uma conjuntura internacional de combate aos diversos tipos de violência sofridos pelo paciente psiquiátrico e superação do modelo hospitalocêntrico (BRASIL, 2005).

O modelo hospitalar de assistência psiquiátrica dominante até então teve origem no século XVII, época em que os hospitais, antes vinculados ao exercício da caridade e abrigo de pobres e doentes, tornaram-se locais destinados à manutenção da ordem social e política. Chamados de Hospitais Gerais, tais instituições “passaram a exercer a prática sistemática e generalizada de isolamento e segregação de significativos segmentos sociais”, incluindo os loucos (AMARANTE, 2007, p.23). Ainda sem uma presença médica, os Hospitais Gerais eram “estruturas semi jurídicas” nas palavras de Michel Foucault: “o Hospital Geral é um estranho poder que o rei estabelece entre a polícia e a justiça, nos limites da lei: é a ordem terceira da repressão”(AMARANTE, 2007, p.24).

Somente após a Revolução Francesa, os Hospitais Gerais tornaram-se instituições médicas. Os lemas da revolução preconizavam espaços sociais democráticos e humanizados e, então, o médico passa a ocupar o hospital, assumindo a função de tratar os doentes (AMARANTE, 2007).

Em uma conjuntura filosófica positivista, em busca do saber científico e da verdade, o modelo biomédico predominantemente hospitalar vai se estabelecendo. O hospital é um local onde se aglomeram enfermos que podem ser observados, examinados,

tratados, permitindo a composição e reprodução do saber médico. Porém, o olhar pragmático em busca do diagnóstico também fragmenta os doentes, fazendo muitas vezes com que a relação se dê entre médico e doença, e não entre médico e paciente. Logo, não é somente a psiquiatria que foi constituída neste modelo, mas todas as demais especialidades médicas (AMARANTE, 2007).

Quando falamos em manicômios (do grego, *mania* (loucura) + *komein* (lugar)), uma das grandes críticas refere-se à prática do isolamento (asilo). Tal ideia se apoiou nas ações do médico Phillipe Phinel, em fins do século XVIII, que propôs o isolamento e disciplina como princípios básicos do tratamento moral aos pacientes psiquiátricos. Consistia em um afastamento completo do mundo exterior como meio de recuperação psíquica, considerando que as causas da alienação mental se encontravam no meio social. Além disso, por meio da disciplina, a mente poderia recuperar a sua organização e o domínio das paixões. Nesse momento se consolidam o conceito de alienação mental e a profissão do alienista. O alienado mental era alguém que, estando fora de si, desprovido de razão, representava um perigo social e não mais poderia exercer o seu livre-arbítrio, o que justificava mantê-lo asilado (AMARANTE, 2007).

No Brasil, o primeiro hospital psiquiátrico surgiu por decreto de Dom Pedro II em julho de 1841 (Hospício de Pedro II, em Botafogo, Rio de Janeiro), e passou a funcionar em 1852, com capacidade para 350 pacientes, e orientação baseada no modelo francês pineliano. A construção estava atrelada à vinda da família real portuguesa em 1808, que exigiu o aparelhamento e adequação da colônia às suas novas atribuições e ao enorme contingente de pessoas transferidas de Portugal. Até aquele momento, os alienados mentais perambulavam pelas ruas, mantinham-se encarcerados em domicílio e em cadeias, ou eram acolhidos nas Santas Casas de Misericórdia em condições bastante precárias (FIOCRUZ, 2018).

Além dos hospitais, havia também as colônias de alienados, fundadas com o objetivo de aliviar a superlotação dos hospitais e de permitir o trabalho agrícola e fabril como meio de recuperação clínica dos doentes, porém mantendo o mesmo modelo asilar de tratamento (AMARANTE, 2007; FIOCRUZ, 2018). Algumas colônias, como a de Juquery, em São Paulo, chegaram a acumular milhares de

internos (AMARANTE, 2007). E foi assim a articulação da assistência psiquiátrica até a metade do século XX, quando, no pós-II guerra mundial, passou-se a questionar as condições oferecidas aos pacientes psiquiátricos, comparadas às aquelas dos campos de concentração nazistas (AMARANTE, 2007). Assim, surgem os movimentos de reforma psiquiátrica em várias partes do mundo, com propostas diversas sobre a atenção à saúde mental. As experiências provenientes das reformas investiam em relações horizontais e democráticas, na participação dos pacientes em seus projetos terapêuticos, nos trabalhos terapêuticos como incentivo à autonomia, medidas de continuidade terapêutica após a alta hospitalar, propostas de saúde mental preventiva e comunitária e ‘desospitalização’ (AMARANTE, 2007).

Uma das experiências mais inspiradoras ao movimento de reforma psiquiátrica brasileira ocorreu na Itália, na década de 1960, idealizada por Franco Basaglia. Como discorre Amarante (2007, p.56):

[...] Basaglia passou a formular um pensamento e uma prática institucional absolutamente originais, voltadas para a idéia (SIC) de superação do aparato manicomial, entendido não apenas como a estrutura física do hospício, mas como o conjunto de saberes e práticas, científicas, sociais, legislativas e jurídicas, que fundamentam a existência de um lugar de isolamento, segregação e patologização da experiência humana.

Aqui passa a ser adotada a expressão “serviços substitutivos”, designada àqueles serviços que assumiram a assistência psiquiátrica no lugar dos manicômios. Estes locais incorporaram o conceito de territorialidade, responsabilizando-se pelo cuidado ao paciente psiquiátrico em sua comunidade, e mantendo-o em seu lugar social (AMARANTE, 2007).

Motivado pela experiência italiana de desinstitucionalização, o movimento brasileiro ganhou força nos fins da década de 1970, contando, inclusive, com a presença de Franco Basaglia no Congresso Brasileiro de Psicanálise no Rio de Janeiro (1978) e no Congresso Mineiro de Psiquiatria (1979), em Belo Horizonte (AMARANTE, 2007; BRASIL, 2005). Definida pelo Ministério da Saúde como “um processo político e social complexo, que incide em territórios diversos, e que compreende um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais”, a reforma psiquiátrica avança a partir da I Conferência Nacional de Saúde Mental (Rio de Janeiro/RJ), e do II Congresso Nacional do Movimento dos Trabalhadores em Saúde

Mental (MSTM) (Bauru/SP) com o lema “Por uma sociedade sem manicômios”, ambos no ano de 1987 (BORGES; BAPTISTA, 2008; BRASIL, 2005). Neste Congresso, o MSTM sofre uma transformação, incorporando a participação efetiva de pacientes e familiares. Pode-se afirmar que a participação popular teve um papel fundamental na construção das políticas públicas de saúde a partir de 1988, especialmente após a regulamentação do dispositivo de controle social através da instituição do SUS em 1990 (AMARANTE, 2007).

Em 1987, surge o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Brasil, em São Paulo, como parte da estratégia de serviços substitutivos aos manicômios e, em 1989, ocorre a intervenção na Casa de Saúde Anchieta, hospital psiquiátrico em Santos denunciado por mortes e maus-tratos de pacientes. O município de Santos, a partir da implementação de Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), residência para egressos de hospitais, cooperativas, associações, torna-se então um exemplo de viabilidade da reforma psiquiátrica (BRASIL, 2005). Em Belo Horizonte, já em 1984, se dá a implantação do Programa de Saúde Mental de Minas Gerais, cujas diretrizes oriundas do Programa Integrado de Saúde Mental (PISAM) envolviam a “prevenção primária, integração com as atividades básicas de saúde, utilização de leitos em hospitais gerais e integração de profissionais não-médicos (SIC) na assistência psiquiátrica” (DANTAS, 2014). E nos anos 90, a Coordenação Estadual de Saúde Mental em Minas Gerais conduz uma auditoria técnica nos hospitais mineiros, que totalizavam 36 instituições com 8.087 leitos, e encontra a precariedade das condições de funcionamento e de assistência prestada, ato que fortaleceu o núcleo mineiro do movimento antimanicomial (MINAS GERAIS, 2006).

Em 1989 dá entrada no Congresso Nacional o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado, sancionado somente 12 anos depois, com modificações, (Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001), e que redireciona a assistência psiquiátrica no Brasil, dispendo sobre os direitos do paciente que apresenta sofrimento mental, a proibição da internação em instituições asilares, os critérios e modalidades de internação, a presença do Ministério Público nas internações involuntárias, dentre outros (BRASIL, 2004a; BRASIL, 2005).

Porém, antes mesmo da sanção, o Projeto de Lei inspirou a aprovação de várias leis estaduais e normas federais consonantes com a expansão dos serviços substitutivos no país. A década de 90 contou com a II Conferência Nacional de Saúde Mental e o compromisso firmado pelo Brasil na assinatura da Declaração de Caracas, documento este que apoiava a reestruturação da assistência psiquiátrica a fim de alcançar objetivos compatíveis com um atendimento comunitário, descentralizado, participativo, integral, contínuo e preventivo (BRASIL, 2004a; 2005). Juntamente à sanção da lei Paulo Delgado (Lei nº 10.216), em 2001, ocorre também a III Conferência Nacional de Saúde Mental, o que favorece enormemente a consolidação de uma política de saúde mental alinhada às diretrizes da reforma psiquiátrica (BRASIL, 2005). Essa Conferência propõe a discussão de questões fundamentais referentes à

[...] reorientação do modelo assistencial: como deve se constituir a rede de atenção, que exigências são postas pelo processo de substituição do modelo hospitalocêntrico, qual o papel e a relação recíproca entre os diversos dispositivos de atenção comunitária, como se devem organizar os serviços residenciais, de que forma se garantir o acesso ao cuidado, levando-se em conta a enorme demanda, que tipo de cuidado é capaz de garantir e construir direitos e autonomia dos usuários, dentre outros (BRASIL, 2001a).

A partir de 2001 são criadas linhas de financiamento para a implementação da rede de atenção à saúde mental, e as políticas de fiscalização e incentivo à redução de leitos em hospitais psiquiátricos ganham força (BRASIL, 2001a; 2005). Criam-se também os Programas de Volta pra Casa e se definem as estratégias de redução de danos para os usuários de álcool e outras drogas, além do apoio ao PAI-PJ (Projeto de Atenção Interdisciplinar ao Paciente Judiciário) (BRASIL, 2001a; 2005).

A IV Conferência de Saúde Mental Intersetorial (IV CNSM-I) foi realizada em 2010, na cidade de Brasília. Pela primeira vez foi um encontro intersetorial, contando com a participação de trabalhadores, gestores e usuários do campo da saúde e de outras áreas. Nessa Conferência, reconheceram-se os avanços na expansão e diversificação na rede de serviços substitutivos e de base comunitária, bem como ficaram evidentes os desafios e lacunas ainda presentes (BRASIL, 2010). Algumas questões surgem com grande impacto, dentre elas: a formação psiquiátrica com ênfase no modelo biomédico e contrária ao modelo antimanicomial; o incremento do número de trabalhadores na rede de saúde mental em contexto de precarização do

emprego e desconhecimento do ativismo político no campo; a escassez de médicos psiquiatras capacitados para atendimento em saúde pública; a “epidemia do *crack*”, inflamada pela mídia e com forte pressão de diversos setores pela internação hospitalar como única alternativa. Ou seja, havia um cenário de menor coesão política no campo da saúde mental e, como resultado, maiores tensões e conflitos (BRASIL, 2010; FORTES et al., 2014).

Em meio a um contexto desafiante, a IV CNSM-I reafirmou o alinhamento com a política de progressiva substituição de leitos psiquiátricos,

[...] construção de uma rede substitutiva diversificada (incluindo ações intersetoriais nas áreas de educação, assistência-social e justiça), e garantia dos direitos das pessoas com transtorno mental e seus familiares. A Conferência se manifestou contrária a todas as propostas de privatização e terceirização de serviços, na direção de um sistema estritamente público e estatal de serviços de saúde mental. Finalmente, reafirmou a necessidade da presença e participação ativa dos usuários na rede de serviços, na produção do próprio cuidado em saúde mental, e no ativismo junto aos serviços e aos dispositivos de controle social (BRASIL, 2010, p.10).

Como é possível observar, a reforma psiquiátrica é um processo contínuo, em evolução, que se depara com novas questões e enfrentamentos cada vez que a conjuntura política, sócio-educacional, econômica e cultural se modifica. Desde os primeiros olhares direcionados à violência sofrida pelo portador de sofrimento mental, até então distante do reconhecimento como sujeito, aos dias de hoje, muitas e grandes mudanças ocorreram. Uma rede de atenção de base comunitária se constituiu, verdadeiramente, acolhendo os usuários que não possuíam perspectivas de tratamento há 40 anos. Em pouco tempo, e com muita luta popular, a assistência em saúde mental se transformou no Brasil. E vem avançando, consolidando-se pelos municípios e, sobretudo, pela atenção primária, porta de entrada do Sistema Único de Saúde, e foco deste projeto de pesquisa.

Em 2015, houve conclames por parte dos trabalhadores, gestores, usuários da área da saúde e outros setores pela realização da V Conferência Nacional de Saúde Mental Intersectorial. Provavelmente, o contexto político conturbado e violento que conduziu ao *impeachment* da presidente Dilma Rousseff, e todos os desdobramentos subsequentes, tornou o momento bastante árido para discussões sobre direitos humanos. Assim, na data em que este trabalho está sendo escrito, a V CNSM-I ainda não ocorreu.

Em 14 de dezembro de 2017, a Comissão de Intergestores Tripartite (CIT) aprovou propostas de alteração da Política Nacional de Saúde Mental em vários aspectos e foi alvo de grande rejeição pelas entidades que atuam no movimento antimanicomial. A Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME) repudiou a aprovação de propostas sem a participação social e a Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão afirmou que “as modificações sugeridas para as atuais diretrizes que orientam a política de saúde mental no País constituem grave violação aos direitos das pessoas com transtornos mentais” (BRASIL, 2017a, p.2; OAPS, 2018).

As pautas mais polêmicas referem-se à manutenção de vagas e ao reajuste do valor das diárias em hospitais psiquiátricos; à expansão de leitos psiquiátricos em hospitais gerais; à ampliação do credenciamento e capacitações de comunidades terapêuticas; e à criação de serviços ambulatoriais para atendimentos de média complexidade (nível intermediário entre Atenção Básica e o CAPS) (BRASIL, 2017b). As propostas apontam para um investimento financeiro direcionado à manutenção de estruturas de cerceamento de autonomia e distanciadas da comunidade a qual pertence o paciente: hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas (ABRASME, 2018; BRASIL, 2017a; OAPS, 2018). E embora sejam necessários leitos psiquiátricos em hospitais gerais para cuidados clínicos e emergenciais ao paciente em sofrimento mental (PAES et al., 2013), há também um temor de que esse incentivo contribua para a formação de alas psiquiátricas desintegradas do cuidado interdisciplinar e da proposta de re-habilitação psicossocial (OAPS, 2018). Além disso, ao investir na criação de ambulatórios de média complexidade, dificulta-se a inserção do indivíduo na rede de cuidado formada pelas equipes de apoio matricial, equipes de referência da Atenção Básica e CAPS do território de domicílio. Questiona-se a limitação do investimento no próprio serviço substitutivo já instalado, de base comunitária, e o fortalecimento de estruturas asilares (ABRASME, 2018; OAPS, 2018).

Paulo Amarante, em boletim do Observatório de Análise Política em Saúde (2018) reitera o caráter impositivo das propostas, realizadas a partir de resoluções a portas fechadas e distantes da participação e controle social. O pesquisador alerta para um retrocesso em direção à valorização do modelo manicomial que privilegia os interesses da “indústria da doença e da loucura” (OAPS, 2018).



### **3.2 A rede de atenção à saúde mental no Brasil e sua relação com a atenção primária**

O Sistema Único de Saúde, implementado a partir da Constituição de 1988, e das Leis Federais 8.080 e 8.142, caracteriza-se como modelo de organização do sistema de saúde brasileiro vigente, e preconiza a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde (BRASIL, 2011), o que torna a atenção básica um de seus principais instrumentos de atuação.

A atenção básica – que expressa a organização da atenção primária, no Brasil - se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver a atenção integral ao usuário (BRASIL, 2012). De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, a proposta é considerar o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral. A atenção básica deve ser a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde (BRASIL, 2012).

A política de atenção básica preconiza o trabalho multiprofissional, interdisciplinar e em equipe, que se dá por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF). A presença de diferentes formações profissionais, assim como um alto grau de articulação entre os profissionais é essencial, de forma que não só as ações sejam compartilhadas, mas também tenha lugar um processo interdisciplinar no qual progressivamente os núcleos de competência profissionais específicos vão enriquecendo o campo comum de competências, ampliando, assim, a capacidade de cuidado de toda a equipe. Essa organização pressupõe o deslocamento do processo de trabalho centrado em procedimentos profissionais para um processo centrado no usuário, onde o cuidado do usuário é o imperativo ético-político que organiza a intervenção técnico-científica (BRASIL, 2001b; 2012).

O estabelecimento da Atenção Primária como porta de acesso da rede de saúde mental foi definido somente em 2001, na III Conferência Nacional de Saúde Mental

(III- CNSM). Foram aprovadas propostas com o objetivo de incorporar as ações de saúde mental no Programa de Saúde da Família, capacitando os profissionais das equipes para o atendimento ao portador de sofrimento mental em articulação com os profissionais da saúde mental (BRASIL, 2002).

A IV CNSM (2010) também reafirma o papel estratégico da atenção básica na rede de saúde mental e amplia:

A rede de serviços de saúde mental deve trabalhar com a lógica do território, de forma integrada aos demais serviços de saúde, fortalecendo e ampliando as ações da Estratégia Saúde da Família, Equipes de Saúde Mental na Atenção Básica e Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Para garantir o atendimento e acompanhamento das pessoas com transtorno mental, em seu próprio território, **propõe-se a obrigatoriedade de equipes de Saúde Mental na Atenção Primária. Ao mesmo tempo, afirma-se a estratégia do matriciamento e a articulação dos serviços em rede como garantia para a inserção do usuário nos serviços, na perspectiva da integralidade e conforme sua necessidade. Além disso, propõe-se implementar o matriciamento em saúde mental, com equipes intersetoriais na atenção em saúde**, como diretriz da Política de Saúde e com financiamento das diferentes Políticas Públicas (Educação, Saúde, Assistência Social e outras) (BRASIL, 2010, p.22, grifo nosso).

Não há como pensar em atenção básica em saúde sem considerar a abordagem do sofrimento psíquico do paciente. O processo de adoecimento está intrinsecamente relacionado à maneira como o sujeito percebe a si e ao mundo, e que reflete em seu *modus operandi*. Quando há um desajuste ou ruptura nessa articulação, podemos nos deparar com o sofrimento e com o desenvolvimento de doenças. Seja uma situação clínica persistente e grave, como uma esquizofrenia, seja em quadros mais brandos e transitórios, é fundamental a capacitação de qualquer profissional da saúde para a compreensão empática e a percepção sobre a vivência íntima dolorosa do paciente, e sobre o entorno territorial que desencadeia ou mantém essa vivência (BRASIL, 2009; 2013). Para isso, o apoio e a experiência da equipe de saúde mental são valiosos.

O conceito de organização matricial do trabalho como conhecemos hoje foi descrito e justificado teoricamente por Gastão Wagner Campos, em 1999, com a contribuição das experiências de implantação desse novo método nos estados de Minas Gerais (Betim) e São Paulo (Campinas, Paulínia). O autor discute a criação de uma nova lógica organizacional que estimula o processo de trabalho centrado na produção em

saúde, e não no procedimento, o que favorece o envolvimento da equipe com o usuário (CAMPOS, 1999). O trabalho em saúde, como todo trabalho, é “*fermento vivo*”, criativo, e não deveria ser mortificado em produto (MARX, 1897). Na medida em que o trabalhador se apropria do valor e do resultado do seu trabalho, sentindo-se realizado pessoal e profissionalmente, isso modifica a relação entre equipes e usuário (CAMPOS, 1999).

O autor sugere um “novo arranjo para os serviços de saúde com base nos conceitos de equipe de referência e de apoio especializado matricial”, pautados pela “transdisciplinaridade das práticas e dos saberes” (CAMPOS, 1999, p.395). Inicia o seu trabalho fazendo a distinção entre equipes de referência e equipes de apoio matricial. As primeiras são definidas como equipes multiprofissionais, responsáveis pela atenção aos pacientes de um determinado território: são, por exemplo, na unidade básica, as equipes de saúde da família, as equipes de saúde da criança. Já as equipes de apoio matricial são constituídas por profissionais especializados que prestam assistência às equipes de referência. Importante ressaltar que essa lógica

“[...] altera a tradicional noção de referência e contrarreferência, pois quando um paciente utiliza o apoio matricial, ele nunca deixa de ser paciente da equipe de referência.” Nesse sentido, continua o autor, “não há encaminhamentos, mas o desenho de projetos terapêuticos [...] executados por um conjunto amplo de trabalhadores, [...] embora a responsabilidade principal da condução do caso continua sendo da equipe de referência” (CAMPOS, 1999, p.396).

Interessante notar que esse modelo não está restrito à Atenção Primária em saúde. Os conceitos de equipes de referência e equipes de apoio matricial também se aplicam às unidades hospitalares, centros de reabilitação, ou qualquer outra unidade de saúde. Trata-se da possibilidade de oferecer as mais diversas composições de saber profissional para atender as necessidades do usuário, “sem diluir a responsabilidade sobre os casos e sem criar percursos intermináveis de encaminhamento” (CAMPOS, 1999, p.397).

As reuniões de apoio matricial são encontros de distintas subjetividades. Cada profissional traz uma perspectiva pautada pelo seu saber técnico e por toda a lógica política, social, econômica, cultural na qual está inserido. E todos são apresentados a uma nova lógica: o mundo do paciente, que necessita ser cuidadosamente

desbravado. Trata-se de um convite ao desconhecido, que se revela à medida que cada profissional apresenta um olhar sobre o caso, e, assim, constrói-se uma atenção integral.

Campos (1999) sintetiza a matriz organizacional da seguinte forma: no sentido vertical, como esqueleto de sustentação das unidades de saúde, estão as equipes de referência (trabalho polivalente); e no horizontal as linhas de apoio matricial (trabalho específico/especializado), constituindo, junto ao usuário, um molde trilateral de atuação. O autor enfatiza bastante a importância do vínculo entre os diferentes profissionais que compõem as equipes, de modo a transformar o modelo vigente de isolamento profissional e fragmentação do processo de trabalho. Em um estudo posterior, Campos e Domitti (2007, p.402) esclarecem que:

"[...] o emprego desse nome – matricial – indica a possibilidade de sugerir que profissionais de referência e especialistas mantenham uma relação horizontal," de modo a "atenuar a rigidez dos sistemas de saúde quando planejados de maneira muito estrita segundo as diretrizes clássicas de hierarquização e regionalização. O primeiro termo – apoio – sugere uma maneira para operar-se essa relação horizontal mediante a construção de várias linhas de transversalidade, ou seja, sugere uma metodologia para ordenar essa relação entre referência e especialista não mais com base na autoridade, mas com base em procedimentos dialógicos".

Percebe-se que a proposta de mudança do paradigma de organização dos serviços de saúde vem a partir de uma inquietação do autor sobre a qualidade das relações e padrões de vínculos entre os profissionais e entre profissionais e usuários. Campos (1999) argumenta sobre como a perspectiva da doença-objeto destacada da pessoa enferma, distancia-se do social, do subjetivo e, portanto, impede a possibilidade de um vínculo restaurador. Além disso, mantém o profissional refém de uma prática massificada, engendrado em um funcionamento aprisionador e alienado.

Toda essa construção teórica é base para a implementação das equipes de apoio matricial em todo o país e, no caso da Saúde Mental, parte determinante do processo de integração com a Atenção Primária (BRASIL, 2007a; 2007b; 2009; CHIAVERINI, 2011).

Profissionais matriciadores em saúde mental na Atenção Primária são psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos e

enfermeiros de saúde mental, sendo que a composição da equipe é variável de acordo com o local e as necessidades dos usuários (CHIAVERINI, 2011).

A partir da avaliação da equipe de apoio matricial e do diálogo com a equipe de referência, busca-se a construção de um Projeto Terapêutico Singular (PTS), que pode ser familiar ou referente a toda uma área de abrangência. Dificilmente um projeto será exclusivamente individual, já que o sujeito está inserido em contexto coletivo e territorial. Nas discussões, busca-se uma formulação e compreensão diagnóstica ampla, não restrita aos componentes biológicos/nosológicos, e há o estímulo para que toda a equipe participe da construção do projeto terapêutico. Este projeto pode ser desenvolvido a partir de cinco grandes linhas: abordagens biológica e farmacológica, abordagens psicossocial e familiar, apoio do sistema de saúde, apoio da rede comunitária e definição do trabalho em equipe – quem faz o quê. E, periodicamente, é necessário retomar esses pontos para avaliar a evolução dos casos, o que foi realizado e o que não foi, e repactuar/reformular os projetos (CHIAVERINI, 2011).

“A interconsulta é o principal instrumento do apoio matricial na Atenção Primária” (CHIAVERINI, 2011, p.25). Trata-se de um encontro de profissionais de áreas diferentes do saber, em uma ação colaborativa que vai desde a discussão de casos até o atendimento e/ou visita domiciliar conjuntos. É uma estratégia de abordagem integral do paciente e uma prática pedagógica de troca de conhecimentos (CHIAVERINI, 2011). Além disso, o apoio matricial pode atuar das mais diversas formas na Unidade Básica de Saúde, como, por exemplo, intervenções por meio de grupos educativos e operativos com os pacientes; trabalho em grupo com as equipes e acolhimento das dificuldades apresentadas; facilitação do contato com a rede de apoio psicossocial do município; educação permanente em saúde mental, como ferramenta de redução do estigma e capacitação profissional; realização de psicoterapias breves; trabalhos artísticos/culturais; abordagens familiares, dentre outros (CHIAVERINI, 2011).

O matriciamento é uma lógica organizacional que tem potencial para permitir a inclusão social do paciente portador de sofrimento mental (ONOCKO CAMPOS et al., 2012). Historicamente, este é um paciente que esteve sujeito à violação de sua

liberdade e dignidade, e foi, por muitos anos, mantido em ambientes de isolamento, como asilos psiquiátricos e manicômios judiciários. Mas, com o processo da Reforma Psiquiátrica, vem reconquistando o direito de existir em sua comunidade. A Atenção Primária, como porta de entrada do SUS e em estreita relação com o contexto familiar e territorial do sujeito, é a instância capaz de acolher e aprofundar o vínculo e acompanhar horizontalmente o paciente. Para tanto, o apoio matricial é fundamental, à medida que oferece ao profissional da UBS a capacitação e suporte necessários; e ao usuário, uma avaliação e discussão especializada de sua condição de saúde.

### **3.3 O matriciamento em saúde mental e a percepção dos profissionais de saúde da atenção primária**

A revisão da literatura científica mostra que a compreensão do conceito de matriciamento ainda não é clara para os profissionais da atenção primária em saúde (AZEVEDO et al., 2013; AZEVEDO; SANTOS, 2012; BALLARIN et al., 2012; BASTOS; SOARES, 2008; BELLOTI; LAVRADOR, 2012; FIGUEIREDO; ONOCKO-CAMPOS, 2009; GAZIGNATO; SILVA, 2014; GRYSCHKEK; PINTO, 2015; IGLESIAS; AVELAR, 2014; 2016; JORGE et al., 2013; JORGE et al., 2014a; KLEIN; D'OLIVEIRA, 2017; ONOCKO-CAMPOS et al., 2011; PEGORARO et al., 2014; QUINDERÉ et al., 2013; RODRIGUES; MOREIRA, 2012 ; SOUSA et al., 2011).

Azevedo et al. (2013) e Azevedo e Santos (2012), a partir de dados empíricos de unidades básicas de saúde do Rio Grande do Norte e Iglesias e Avelar (2014), por meio de estudo de revisão da literatura, mostram que os profissionais da ESF reduzem a estratégia de matriciamento à transferência de cuidado ao especialista, vinculando a isso as sensações de despreparo, medo e impotência da equipe de atenção básica frente ao usuário que apresenta sofrimento psíquico. Um interessante estudo realizado por Belloti e Lavrador (2012) em uma UBS de Cariacica/ES, mostrou que os profissionais da ESF, de um modo geral, percebem o processo de construção compartilhada de casos como algo lento, em que há “demora para ver os resultados”. Os profissionais sugerem que “seria mais proveitoso” se o especialista atendesse todos os casos, evidenciando a

descaracterização da proposta de corresponsabilização e cuidado integral à saúde mental sugerida pelo apoio matricial. Os autores discutem que a redução do trabalho ao cumprimento burocrático de metas e a massificação da produção em saúde associadas à sensação de angústia da equipe frente ao desconhecido, contribuem para essas percepções. Pegoraro et al. (2014), em pesquisa realizada com equipes de saúde da família de Goiânia, evidenciaram que a compreensão do apoio matricial dos profissionais é reduzida à finalidade de avaliação psiquiátrica e prescrição medicamentosa, reforçando a lógica biomédica em detrimento do conceito de clínica ampliada em saúde mental. Ballarin et al. (2012) que realizaram pesquisas em Campinas/SP, município referência na organização da rede substitutiva de saúde mental brasileira, também apontam a ausência de clareza na compreensão dos profissionais das equipes de saúde mental da atenção primária e do CAPS sobre o que é o apoio matricial e como deve ser realizado na prática:

Acho que até hoje cada um construiu um conceito de matriciamento na cabeça. Ninguém, nunca chegou e falou assim: “Olha, matriciamento é isso” [...] para quem está chegando na rede é difícil saber o que fazer, ou para quem já está na rede saber o que mudou ou poder se organizar para a mudança. Então, assim... para mim nunca ficou claro exatamente o que é o matriciamento (BALLARIN et al., 2012, p.770).

As autoras discutem que a compreensão da metodologia do matriciamento necessita de tempo para ser efetivada, por exigir não só conhecimento teórico, mas toda uma mudança na maneira de pensar e produzir saúde. Além disso, argumentam que, permitir a cada local que organize a melhor forma de apoio matricial, sem rigidez de funcionamento, está de acordo com a construção singular que a estratégia propõe.

Em relação ao potencial do matriciamento em gerar mudanças na prática clínica, Gazignato e Silva (2014) conduziram um estudo qualitativo no município de Guarujá/SP com profissionais de UBS respaldadas pelo apoio matricial, e observaram que compreender a função de corresponsabilização e educação permanente do apoio matricial relaciona-se à mudança de olhar da equipe em relação aos pacientes em sofrimento mental, incitando novas práticas de assistência. Iglesias e Avelar (2016), em um estudo realizado com psicólogos que atuam em seis UBS de um município do Sudeste do Brasil, mostraram que os profissionais que compreendem o matriciamento como um espaço de

compartilhamento de saberes conseguem construir um cuidado integral ao usuário; enquanto aqueles, cuja concepção relaciona-se a uma prática baseada em relações de cobranças e hierarquias, mantém o cuidado à saúde mental restrito ao especialista. Jorge et al. (2014a), a partir de estudo conduzido com profissionais da atenção primária e do CAPS em Fortaleza/CE, mostram que a percepção do profissional da UBS, modificada a partir do matriciamento, de que a saúde mental é um campo de saber que perpassa vários núcleos e, dessa forma, o cuidado pode ser implementado por todos os componentes da equipe, reflete em diminuição de encaminhamentos ao CAPS. Ou seja, a compreensão satisfatória da lógica matricial promove autonomia do trabalhador da atenção básica, tornando-o protagonista dos projetos de cuidado e, assim, favorecendo a atenção integral e de qualidade em saúde (COSTA et al., 2015). Já o profissional que compreende o apoio matricial como um atendimento especializado que funciona sob a lógica dos encaminhamentos, apresenta uma ação fragmentada, em que as intervenções individuais se sobrepõem ao diálogo entre vários saberes (JORGE et al., 2014b).

Também são objetos de investigação desta dissertação os principais entraves percebidos pelos trabalhadores da UBS para a plena efetivação do apoio matricial e como essa percepção é afetada pela compreensão do conceito. Belotti e Lavrador (2012), em estudo empírico, mostram que os profissionais da UBS que entendem o matriciamento sob a ótica equivocada do encaminhamento ao especialista e resolução “mágica” dos “*problemas de saúde mental do território*”, atribuem às dificuldades de se efetivar o apoio matricial ao método empregado nas reuniões. Algumas Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) pertencentes à amostra da pesquisa questionaram a efetividade do matriciamento, pois desejavam que os encontros se pautassem pela urgência de resolutividade, o que contraria a construção compartilhada de um projeto terapêutico singular em parceria com o próprio usuário e sua família. Iglesias e Avelar (2014) também evidenciam em revisão de literatura que os profissionais que creditam o bom apoio matricial à absorção do caso pelo especialista, atribuem as dificuldades de efetivação do matriciamento à “ineficiência” da equipe de saúde mental que não assume os casos de forma exclusiva, e ao excesso de demanda de pacientes que sobrecarrega a atenção básica. As mesmas autoras, em pesquisa realizada com psicólogos de seis Unidades Básicas de Saúde, corroboram os estudos anteriores ao mostrar que, sob a ótica do(a) psicólogo(a), os



profissionais da ESF esperam que o matriciamento proporcione a resolução rápida dos “problemas”. Ao não compreenderem a lógica do cuidado integral construído a partir de múltiplos saberes, questionam o método, exigindo o cumprimento de metas de tratamento. Alguns discursos são marcados pela descrença na recuperação das pessoas em sofrimento mental, o que contribui para a manutenção do contexto de exclusão social e ao não reconhecimento desses sujeitos como indivíduos com inúmeras possibilidades de existência (IGLESIAS; AVELAR, 2016).

Jorge et al. (2012), em um estudo com profissionais atuantes em CAPS, NASF e UBS de dois municípios do Ceará, mostram que os profissionais da ESF cujo entendimento do apoio matricial é de um espaço de integração de saberes em benefício do usuário, apontam que as dificuldades para efetivação da estratégia também estão na própria equipe de saúde da família, como a resistência do médico generalista em participar das reuniões.

[...] realmente no matriciamento a gente consegue ver um pouco o que é um trabalho multidisciplinar onde cada um com seus diversos saberes, com seus pontos de vista, com um núcleo de ação no seu contexto profissional está ali para partilhar saberes [...] (Grupo II – profissionais da ESF) (JORGE et al., 2012, p.28).

[...] o que precisa é essa sensibilização dos outros profissionais, muitas vezes o médico daqui não participa, na verdade ele não participa, uma sensibilização das outras equipes e que o matriciamento possa acontecer mais sistematicamente [...] (Grupo II - profissionais da ESF) (JORGE et al., 2012, p.29).

A pesquisa de Figueiredo e Onocko-Campos (2009, p.133), realizada a partir de grupos focais com profissionais da saúde mental (CAPS e UBS), gestores e profissionais das ESF de Campinas/SP mostraram que, quando o profissional da UBS define o matriciamento de acordo com a perspectiva ampla da educação permanente, capacitação e construção conjunta de cuidado, ele também aponta o despreparo de sua equipe como entrave ao pleno funcionamento: "Não vou conseguir dizer se ela tem saúde mental ou não e se é um transtorno permanente. Naquele momento ela tá bem, e depois faz uma besteira na casa dela".

Segundo as autoras, os profissionais da ESF narraram com angústia a experiência de estar em contato com o sofrimento mental, além das preocupações em relação à

formação acadêmica deficiente e à eficácia de suas intervenções. A falta de qualificação técnica é um entrave mencionado na maior parte dos artigos que compõem esta dissertação (AZEVEDO et al., 2013; AZEVEDO et al., 2014; AZEVEDO; SANTOS, 2012; BELLOTI; LAVRADOR, 2012; CAVALCANTE et al., 2011; GAZIGNATO; SILVA, 2014; HIRDES; SCARPARO, 2015; IGLESIAS; AVELAR, 2014; JORGE et al., 2014b; 2013; MOURA; SILVA, 2015; ONOCKO CAMPOS et al., 2012; QUINDERÉ et al., 2013; dentre outros). Ampliando a reflexão, talvez a resistência dos profissionais da ESF em assistir os pacientes em sofrimento psíquico, como demonstram alguns estudos esteja relacionada à percepção do conhecimento frágil sobre a saúde mental (GRYSCHER; PINTO, 2015; PINTO et al., 2012; QUINDERÉ et al., 2013).

Azevedo e Santos (2012); Belloti e Lavrador (2012); Jorge et al. (2014a; 2013) e outros destacam que a necessidade de cumprir metas e alcançar produtividade também representa um grande entrave à realização do matriciamento. Oferecer assistência integral, realizar consultas conjuntas, projetar um plano terapêutico e privilegiar a escuta são ações que estão na contramão da lógica capitalista de produção em saúde. Outros importantes entraves mencionados são a desarticulação com a rede de atenção psicossocial no território (LEAL; ANTONI, 2013; LIMA; DIMENSTEIN, 2016; MORAIS et al., 2014), que dificulta o pleno estabelecimento de um cuidado multidisciplinar, além da estrutura precária, escassez de recursos financeiros e recursos humanos no Centro de Saúde (CS) (GERHARDT NETO et al., 2014; JORGE et al., 2013).

Onoko Campos et al., em estudo publicado em 2011, mostram que as equipes de saúde da família assistidas por um matriciamento de qualidade, que repercute em práticas integradoras, percebem melhor a importância da equipe de referência na composição da rede de atenção psicossocial. Os profissionais da ESF que reconhecem o papel central da atenção primária na assistência ao paciente em sofrimento mental, e responsabilizam-se por este paciente, estão mais atentos às limitações e necessidades da equipe, evitando a eterna culpabilização de terceiros por um cuidado que pode e deve ser exercido por qualquer profissional de saúde. (ONOCKO CAMPOS et al., 2011; DIMENSTEIN et al., 2009)

Essa estratégia (o apoio matricial) seria importante principalmente por partir de um atendimento mais contextualizado à vida dos usuários, na perspectiva da integralidade e da territorialidade, desconstruindo a noção de que as estratégias terapêuticas fundamentais para o atendimento da demanda em saúde mental são o saber especificamente psiquiátrico, os psicotrópicos e a escuta psicológica (DIMENSTEIN et al., 2009, p.42).

O matriciamento relaciona-se à produção do cuidado através das chamadas tecnologias leves (acolhimento, vínculo, corresponsabilização e autonomia), que não estão restritas a um núcleo específico de saber, mas que pertencem ao vasto campo em que diversos saberes de entrelaçam (JORGE et al., 2015). Essa compreensão favorece que o profissional de saúde aproprie-se do valor de seu trabalho, sentindo-se valorizado e satisfeito, ainda que não esteja ligado à formação acadêmica psicológica/psiquiátrica (DIMENSTEIN et al., 2009).

Rosenstock et al. (2011, p.594) afirmam:

Os serviços oferecidos pelos profissionais de saúde fundem-se numa inter-relação pessoal muito intensa, de modo que comprometer-se com os objetivos da ESF significa o interesse em prosseguir com as atividades desenvolvidas na comunidade. As principais razões para esse envolvimento e comprometimento incluem a satisfação com o trabalho desenvolvido, o vínculo com a população, a crença na ESF como uma estratégia de mudança do setor saúde e a possibilidade de garantir melhor qualidade de vida à população atendida.

Os autores realizaram um estudo com 164 profissionais da Atenção Primária em Saúde e verificaram que a satisfação com o processo de trabalho e seus resultados impacta fortemente a melhoria dos serviços de saúde prestados à população. Gil (2006, p.135) argumenta que,

[...] desde a criação do SUS, pouca atenção tem sido dada à organização dos espaços locais e coletivos do trabalho em saúde, em particular, à **gestão de pessoas** [...]. Não existem mudanças no interior de uma instituição ou organização se não houver envolvimento e mobilização dos profissionais em torno de **um projeto que seja dotado de significado para os profissionais da saúde**, ou seja, mudanças na prática só ocorrem a partir e com as pessoas que estão atuando para e com a população usuária do SUS (grifo nosso).

A autora também argumenta que a não incorporação da lógica da integralidade e da clínica ampliada, e o excesso de burocratização da gestão contribuem para a insatisfação crônica com o trabalho, que se transforma em profundo desinteresse e descompromisso com as práticas de saúde. Martinez e Paraguay (2003, p.68)

citando Locke (1976); Pérez-Ramos (1980); Zalewska, (1999) afirmam que “o nível de satisfação no trabalho afeta o comportamento, sob a forma de ausentismo, rotatividade, queda da produtividade, greves, acidentes de trabalho, dependência de álcool ou drogas.” Para Locke (1969, 1976 apud MARTINEZ; PARAGUAY, 2003), a insatisfação no trabalho seria um estado emocional não prazeroso, resultante da avaliação do trabalho como algo que ignora, frustra ou nega o que o indivíduo deseja obter como resultado de sua prática.

Logo, parece claro que um dos aspectos que favorecerá a mudança de prática profissional a partir das reuniões de matriciamento é a percepção de que a nova lógica organizacional pode trazer maior satisfação ao trabalhador. A proposta de apoio matricial, por envolver a valorização dos aspectos subjetivos do cuidado e a construção conjunta de estratégias terapêuticas, tem o potencial de ampliar o bem-estar do trabalhador, já que os profissionais apontam como motivos de satisfação no trabalho a integração com a equipe, a sensação de colaboração e o vínculo com o paciente (LIMA et al., 2014; HIRDES, 2015).

### **3.4 A rede de cuidados em Belo Horizonte**

#### **3.4.1 A atenção primária**

A atenção primária em saúde em Belo Horizonte começou a se constituir no início dos anos 90. Antes disso, não havia uma organização da atenção que possibilitasse o acesso universal da população ao sistema de saúde (SILVA, 2010). O modelo dominante na década de 50 era liberal-privatista, e a população era assistida por uma rede privada lucrativa e privada filantrópica, além do sistema municipal que tinha a função complementar de fornecer cuidados médico-hospitalares e odontológicos a grupos limitados, incluindo a população de baixa renda através do hospital municipal existente. O cenário de ausência de recursos em saúde culminou com uma profunda desassistência nos anos 60 e 70 (AGUIAR, 2007), época em que começaram a surgir os movimentos em prol da saúde pública de amplo acesso e aberta à participação popular, como o movimento sanitaria (BRASIL, 2006).

A partir da criação da Secretaria Municipal de Saúde (SMSA) em 1983 houve a ampliação de recursos e serviços, inclusive para as Unidades Básicas de Saúde, mas ainda mantinha-se uma lógica centrada no modelo biomédico e curativista, direcionada aos interesses do complexo médico-hospitalar (AGUIAR, 2007).

A instituição do modelo de assistência que conhecemos hoje se iniciou através do processo de municipalização, que transferiu a responsabilidade de gestão dos serviços de saúde da União e dos Estados para o município. Essa medida considera que o gestor local tem mais condições de identificar as necessidades de seu território (SILVA, 2010) e, portanto, implementar ações mais resolutivas. Com essa transição, consolidaram-se algumas iniciativas, como a criação do Conselho Municipal de Saúde (1991), o Fundo Municipal de Saúde (1992), favorecendo a descentralização dos serviços em consonância com os princípios do SUS (AGUIAR, 2007).

A partir daí, seguiu-se a divisão do município em Distritos Sanitários, o que aproximou os profissionais de saúde da realidade da população e da identificação dos fatores de risco existentes no território (AGUIAR, 2007). Simultaneamente, a participação popular era crescente, e buscava, através de conselhos locais e orçamento participativo, a melhoria da assistência e a alocação prioritária de recursos. Em direção à valorização da atenção básica, em 1990 foi criado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), com o objetivo de estimular a integração das ações entre a comunidade e a unidade de saúde. Em 2002, foram implantadas as primeiras ESF, em Centros de Saúde localizados em áreas de risco da cidade e, então, as mudanças no processo de trabalho e na rede de serviços seguiram adiante.

Hoje, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) é o modelo assistencial da atenção primária em saúde em Belo Horizonte, e o Centro de Saúde é o coordenador do cuidado no território, sendo a principal porta de entrada do usuário (PBH, 2010). O município está delimitado em nove Distritos Sanitários, que correspondem às áreas de Administração Regionais, são eles: Barreiro, Centro-Sul, Leste, Nordeste, Noroeste, Norte, Oeste, Pampulha e Venda Nova (PBH, 2010; AGUIAR, 2007). Cada distrito “é responsável pela operacionalização da rede própria, além de ações

de vigilância e assistência em saúde (vigilância sanitária, epidemiológica, atendimentos de urgência, consultas especializadas, apoio diagnóstico, farmácia, dentre outros)” (AGUIAR, 2007, p.103). Os Centros de Saúde estão distribuídos no distrito e inseridos em uma determinada área de abrangência, cujo território foi delimitado a partir de características como o perfil epidemiológico da região, o acesso à unidade de saúde, a existência de barreiras geográficas, o tamanho populacional, o fluxo de transporte, entre outros (AGUIAR, 2007). E em cada Centro de Saúde atuam as Equipes de Saúde da Família, responsáveis pelas ações de promoção e proteção da saúde da população da área de abrangência.

O espaço territorial das áreas das equipes de Saúde da Família é o locus operacional de ações, com objetivo de promover e conservar a saúde da população. A implantação do PSF no município, a composição das áreas de equipes considerou o tamanho da população e o índice de vulnerabilidade à saúde na área, o que orientou uma organização diferenciada dos recursos assistenciais (BELO HORIZONTE, 2005, p.48 apud AGUIAR, 2007).

O município de Belo Horizonte conta atualmente com 152 Centros de Saúde e 588 equipes de saúde da família, além do Hospital Metropolitano Odilon Behrens e o Hospital Metropolitano Dr. Célio de Castro (PBH, 2018).

A população de risco muito elevado, risco elevado e risco médio têm 100% de cobertura, já a de baixo risco, somente aqueles que estão nas áreas de abrangência das unidades onde mais de 80% da população está sob risco muito elevado, elevado ou médio são cobertos pela Saúde da Família. Os demais não estão cobertos (AGUIAR, 2007, p.105, 106).

Cada equipe de SF é composta por um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem, de quatro a seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS), um Dentista, um Cirurgião Dentista, um Técnico de Saúde Bucal (TSB) e um Auxiliar de Saúde Bucal (ASB), além de outros profissionais que atuam via apoio matricial (PBH, 2010). Os Centros de Saúde são estruturas complexas que oferecem imunização, dispensação e administração de medicamentos, coleta de exames laboratoriais, assistência farmacêutica, atendimento médico e de enfermagem aos casos agudos e demanda programada, consultas ambulatoriais da equipe de saúde mental, consultas e tratamentos de saúde bucal, práticas integrativas, oficinas, visitas domiciliares, controle de vetores, dentre outros (PBH, 2010).

### 3.4.2 A rede de atenção psicossocial

Belo Horizonte está envolvida na luta por um novo modelo de saúde mental desde o final da década de 70. Ferreira-Neto (2011 citado por DANTAS, 2014) mostra que a implantação do apoio matricial na cidade se dá no início dos anos 2000, junto com a transformação da rede assistencial a partir da Estratégia de Saúde da Família. Yasui e Costa-Rosa (2008) mostram que a ESF é norteadada pelos mesmos princípios da Estratégia de Atenção Psicossocial, pois ambas preconizam a corresponsabilização do cuidado entre profissionais, usuários e familiares; o desenvolvimento de projetos terapêuticos multidisciplinares; a proposta de ações intersetoriais no território e o modo de trabalho ancorado em tecnologias leves de cuidado (acolhimento e vínculo).

Também fazem parte do campo do apoio matricial em Belo Horizonte as reuniões distritais, que envolvem as equipes de saúde mental e de saúde da família em encontros que possibilitam a reflexão sobre o trabalho integrado no distrito de saúde (ABOU-YO, 2008 citado por DANTAS, 2014). São momentos em que ocorrem supervisões de casos clínicos e reuniões de microáreas, e que representam a tentativa máxima de ampliar o acesso do paciente aos recursos oferecidos em seu território.

Uma peculiaridade interessante do serviço de saúde mental em Belo Horizonte, é que as equipes de saúde mental responsáveis pelo apoio matricial estão lotadas nas UBS, dividindo o cotidiano com as ESF (DANTAS, 2014). Há, geralmente, um psicólogo fixo em cada Centro de Saúde e um psiquiatra que atende a demanda de vários CS. O assistente social também não é exclusivo da Equipe de Saúde Mental, responsabilizando-se por outras demandas da Unidade. Há também as equipes do NASF, que são compostas por psicólogos, e que têm o intuito de oferecer apoio matricial às ESF. Porém, ainda falta uma delimitação clara do tipo de trabalho oferecido em saúde mental pelo NASF e pelas equipes especializadas lotadas na UBS (DANTAS, 2014).

Delineando o mapa de assistência à saúde mental em Belo Horizonte, hoje os usuários contam com a existência de oito Centros de Referência em Saúde Mental

(CERSAM) e dois Centros de Referência em Saúde Mental Infantil (CERSAMI), com atendimento de 07 às 19h, todos os dias da semana, abertos à demanda espontânea; três Centros de Referência aos usuários de álcool e outras drogas (CERSAM-AD), com atendimento 24h e também abertos à demanda espontânea; um Serviço de Urgência Psiquiátrica (SUP), com funcionamento exclusivamente noturno, oferecendo retaguarda aos pacientes em hospitalidade noturna nos Centros de Referência e às urgências psiquiátricas em geral; duas Unidades de Acolhimento (adulto e infantil), e quatro Consultórios de Rua destinados aos cuidados das pessoas em situações de abandono social, ameaça e risco à vida; nove Centros de Convivência que oferecem espaços de convívio, oficinas e atividades de lazer aos usuários; as equipes complementares de saúde, localizadas em um Centro de Saúde por distrito, que oferecem suporte às crianças e adolescentes em sofrimento mental grave; as Equipes de Saúde Mental lotadas nas UBS e o Projeto Arte da Saúde, que consiste em uma prática de promoção à saúde voltada à população infanto-juvenil em situação de vulnerabilidade e risco social, e que utiliza a arte e suas expressões como ferramentas de “produção de cidadania” (PBH, 2018). Não podemos deixar de mencionar o belíssimo Suricato, incubadora de empreendimentos econômicos e solidários, que promove trabalho e geração de renda para os usuários da rede de atenção psicossocial e, por fim, os trinta e três Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), destinados a cuidar de pacientes egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, e que não possuem suporte social que viabilize sua reinserção na comunidade (PBH, 2018).

Considerando todos os aspectos estudados e visando conhecer o que pensam os profissionais da APS de Belo Horizonte sobre o matriciamento em saúde mental é que foi proposto o presente trabalho.



## **4 METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo transversal cuja metodologia consistiu em entrevistas semiestruturadas com profissionais de saúde das Unidades Básicas de Saúde (UBS) dos nove distritos sanitários de Belo Horizonte, utilizando-se questionários autoaplicáveis e posterior análise quantitativa dos dados (GERHARDT; SILVEIRA, 2009).

### **4.1 População do estudo**

Foi obtida amostra probabilística por conglomerado em único estágio, através do sorteio de cinco UBS em cada distrito sanitário, totalizando quarenta e cinco unidades de saúde. Cada unidade foi visitada pela equipe de pesquisadores, pelo menos uma vez, no período entre março e dezembro de 2017 e foram recrutados para participação todos os profissionais, de todos os setores das UBS, presentes no momento de realização da pesquisa e que possuíam vínculo de trabalho com a UBS igual ou superior a um ano. Foram distribuídos 1276 questionários, sendo que 1042 foram respondidos e 234 não respondidos (profissional que não preencheu critério de inclusão e/ou perdeu o questionário). Para a obtenção de uma amostra que representasse os profissionais da ESF foi necessária a participação de pelo menos um profissional das seguintes categorias de cada UBS – médico (médico generalista ou médico de apoio), enfermeiro, auxiliar ou técnico em enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS) (APÊNDICE A). Foram incluídos no estudo os profissionais que aceitaram participar da pesquisa e que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B).

### **4.2 Instrumento**

Foi utilizado um questionário autoaplicável (APÊNDICE C) como instrumento de pesquisa. Este questionário foi produzido em oficinas de trabalho compostas por especialistas das áreas de assistência social, enfermagem, psicologia e medicina, e testado posteriormente em um projeto piloto no município de Ribeirão das Neves, com publicação da experiência em formato de artigo científico. Após as correções

necessárias realizadas pela equipe da pesquisa, o instrumento foi submetido à nova testagem na UBS Capitão Eduardo - Belo Horizonte, em formato autoaplicável e anônimo, em todos os profissionais da saúde presentes no dia do teste.

O questionário é dividido em dezesseis blocos temáticos: Características Pessoais, Trabalho, Trabalho na sua unidade, Matriciamento em Saúde Mental, Atividades físicas, Relação com a Secretaria Municipal de Saúde, Relações interpessoais na unidade de trabalho, Relacionamento com o usuário, Relação entre colegas e os usuários, Atendimento de situações de violência na unidade, Situações de violência na área de abrangência da unidade, Vivência de situações de violência, enfrentamento da violência, Doenças estigmatizantes, Papéis de gênero, Assistência Farmacêutica. O presente estudo pretendeu avaliar apenas o bloco matriciamento em saúde mental (compreensão sobre o conceito de matriciamento, percepção de mudança na prática clínica a partir das reuniões de matriciamento e dificuldades de efetivar o matriciamento na UBS). Neste bloco, há uma pergunta norteadora - "Você costuma cuidar de pacientes com problemas de saúde mental?" - cuja resposta positiva implica em continuidade da entrevista e a resposta negativa orienta o profissional a ignorar as demais questões sobre matriciamento em saúde mental. Para atingir os objetivos do estudo foram considerados os dados sócio-demográficos (sexo, idade, estado civil, cor, grau de instrução) e a avaliação do trabalho na unidade básica de saúde (tempo de trabalho na unidade, função ocupada, contribuição no planejamento de ações na unidade, satisfação no trabalho, escala de caracterização de *burn-out*).

Os dados obtidos foram armazenados e analisados utilizando o programa *Statistical Package for Social Sciences* - SPSS, versão 17.0.

### **4.3 Variáveis**

Foram obtidas variáveis demográficas, variáveis relacionadas ao trabalho e ao matriciamento em saúde mental e algumas foram dicotomizadas para testagem em modelo de regressão logística.

A variável resposta foi obtida a partir da questão “As reuniões de matriciamento contribuíram para mudanças na sua prática?” e, por ser uma variável dicotômica por excelência, foi atribuído à resposta “Sim” o valor 1 e à resposta “Não” o valor 0.

As variáveis explicativas referentes aos blocos Características Pessoais, Trabalho e Trabalho em sua Unidade, todas de múltipla escolha, exceto idade e tempo de trabalho na Unidade, e permitindo somente uma resposta, foram dicotomizadas segundo os Quadros 2 e 3. A escolha dos parâmetros de reclassificação foi estabelecida a partir das análises de frequência das respostas, do embasamento científico fornecido por literatura especializada e da experiência de trabalho dos pesquisadores com o tema.

**Quadro 2 - Variáveis demográficas dicotômicas**

<b>Variáveis demográficas</b>		
	<b>Respostas</b>	<b>Variável dicotômica</b>
Sexo	Masculino	Não (0)
	Feminino	Sim (1)
	Não informado	N/I (99)
Idade	(Até 29 anos) ou (50 e mais anos)	Não (0)
	De 30 a 49 anos	Sim (1)
	Não informado	N/I (99)
Estado Civil	Sem parceiro (Viúvo, solteiro, divorciado)	Não (0)
	Com parceiro (Casado, União estável/"amasiado")	Sim (1)
	Não informado	N/I (99)
Cor	Não afro (branca, amarela, indígena)	Não (0)
	Afro	Sim (1)
	Não informado	N/I (99)
Grau Instrução	Sem superior	Não (0)
	Com superior / Pós-graduação	Sim (1)
	Não informado	N/I (99)

Fonte: Dados da pesquisa

**Quadro 3 - Variáveis dicotômicas relacionadas ao trabalho**

Variáveis trabalho		
Perguntas	Respostas	Variável dicotômica
Função ocupada	Não ACS	Não (0)
	ACS	Sim (1)
Tempo de trabalho	Maior que 10 anos	Não (0)
	Até 10 anos	Sim (1)
Oportunidade de contribuir com planejamento de ações na UBS	Não	Não (0)
	Sim	Sim (1)
	Não informado	N/I (99)
Satisfação com o trabalho	Nunca / raramente	Não (0)
	Quase sempre / Sempre	Sim (1)
	Não informado	N/I (99)
Sinto-me esgotado ao final do dia de trabalho	Nunca Algumas vezes ao ano ou menos	Não (0)
Sinto-me como se estivesse no limite		
Sinto-me emocionalmente exausto		
Sinto-me frustrado com meu trabalho	Uma vez ao mês ou menos Algumas vezes durante o mês Uma vez por semana Algumas vezes durante a semana Todos os dias	Sim (1)
Trabalhar com pessoas me deixa muito estressado		
Eu sinto que estou trabalhando demais		
Sinto-me cansado ao levantar pela manhã		
Trabalhar com pessoas é um grande esforço		
	Não informado	N/I (99)

Fonte: Dados da pesquisa

A variável explicativa “compreensão do conceito de Matriciamento em Saúde Mental” foi categorizada a partir de pergunta aberta realizada aos profissionais da ESF. O conteúdo de cada resposta foi examinado e classificado de acordo com a presença de palavras consideradas “essenciais”, “auxiliares” e “inadequadas” para a compreensão do conceito a partir de subsídio fornecido pela literatura científica (Quadro 4). De acordo com o número e a qualidade das palavras presentes em cada resposta, esta foi classificada como “Muito boa”, “Boa”, “Parcial” e “Ruim”. Finalmente, estas quatro categorias foram transformadas em variáveis dicotômicas, “Sim” e “Não”, como explicitado na Quadro 5.

**Quadro 4 - Definição dos termos - classificação das respostas sobre compreensão do conceito de matriciamento em saúde mental**

<b>Termos essenciais</b>	<b>Termos auxiliares</b>	<b>Termos inadequados</b>
Projeto terapêutico	Acompanhamento	Agendamento
Construção compartilhada	Identificação de casos	Encaminhamento
Equipe multidisciplinar		
Educação permanente		
Produção de saúde		
Discussão de casos		

Fonte: Dados da pesquisa

**Quadro 5 - Categorização da variável compreensão do conceito de matriciamento em saúde mental em variáveis dicotômicas**

<b>Critérios</b>	<b>Tipo de resposta</b>	<b>Variável dicotômica</b>
Presença de 03 ou mais termos essenciais na resposta e ausência de termos inadequados	Muito boa	Sim (1)
Presença de 02 termos essenciais na resposta e ausência de termos inadequados	Boa	Sim (1)
Presença de 01 termo essencial e ausência de termos inadequados	Parcial	Não (0)
Presença de 01 ou mais termos auxiliares e ausência de termos essenciais e inadequados	Parcial	Não (0)
Presença de mais de um termo essencial e presença de 01 termo inadequado	Parcial	Não (0)
Demais combinações possíveis de termos	Ruim	Não (0)
Não informado	Não informado	N/I (99)

Fonte: Dados da pesquisa

As variáveis obtidas a partir da pergunta “Quais são as dificuldades para efetivar o matriciamento em saúde mental no seu Centro de Saúde?” foram categorizadas em quatro tipos, de acordo com o Quadro 6. A dicotomização não foi necessária visto que essas variáveis foram submetidas à análise de correspondência.

**Quadro 6 - Categorização da variável "Dificuldades para efetivar o Matriciamento no Centro de Saúde"**

<b>Categorização - tipos de dificuldades</b>	
Os profissionais não comparecem à reunião	Dificuldades referentes aos profissionais da ESF
Resistência dos profissionais da equipe de PSF	
Despreparo dos profissionais da equipe de PSF	
Equipe do PSF achar que o tratamento deveria ser restrito ao especialista	
Equipe do PSF achar que o tratamento do especialista é de melhor qualidade	
Os profissionais não comparecem à reunião	Dificuldades referentes aos profissionais da equipe de saúde mental
O psiquiatra não está disponível no horário da reunião	
O psicólogo não está disponível no horário da reunião	
Resistência dos profissionais da equipe de Saúde Mental	
Despreparo dos profissionais da equipe de Saúde Mental	
O tempo é insuficiente para as discussões	Dificuldades referentes à estrutura do serviço/método
A grande demanda de casos de Saúde Mental	
Metodologia inadequada	
O usuário prefere o especialista	Dificuldades referentes ao usuário

Fonte: Dados da pesquisa

#### 4.4 Coleta de dados

Os dados foram coletados nas quarenta e cinco UBS selecionadas em dois momentos distintos: entre março e maio de 2017 e em dezembro de 2017, quando foi realizada a revisitação em algumas unidades para complementação dos dados. A equipe que desempenhou a coleta de dados foi composta por 23 pesquisadores, sob orientação e treinamento realizado pelos coordenadores do projeto, e que se responsabilizou por distribuir, orientar, sanar dúvidas sobre o preenchimento, e recolher os questionários ao fim do dia. Todos os questionários foram numerados, identificados por UBS e regional correspondente, e substituídos quando necessário (em caso de extravio/dano).

A aplicação dos questionários foi precedida do contato prévio com as Gerências das Unidades de Saúde, as Gerências dos Distritos Sanitários e com a Secretaria

Municipal de Saúde e cada profissional foi esclarecido do caráter anônimo da pesquisa.

#### **4.5 Análise dos dados**

Os dados obtidos foram submetidos a análises univariada, bivariada, regressão logística e análise de correspondência.

Foi utilizada a análise univariada para a distribuição de frequências de todas as variáveis estudadas. Utilizou-se a análise bivariada para a distribuição das variáveis explicativas conforme a mudança ou não da prática clínica a partir das reuniões de apoio matricial, utilizando o teste qui-quadrado de homogeneidade. Esta ferramenta permitiu testar a afirmação de que diferentes populações têm a mesma proporção de profissionais que responderam positivamente à pergunta se as reuniões de matriciamento contribuem para mudanças na prática clínica.

Foi também utilizada a regressão logística para analisar a relação entre as mudanças na prática clínica em saúde mental do profissional da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e os fatores demográficos, de trabalho e a compreensão sobre o conceito de matriciamento. A regressão logística é um modelo linear generalizado que estima probabilidades para as categorias de uma variável qualitativa (LINDSEY, 1997). Para aumentarmos o tamanho da amostra em cada nível e facilitar a interpretação das razões de chances, as variáveis resposta e explicativas foram dicotomizadas em formato “Sim” e Não”. O ajuste do modelo de regressão logística foi avaliado por meio do teste de Hosmer e Lemeshow que examina se a proporção observada de eventos (mudanças na prática) é similar às probabilidades previstas de ocorrências desses eventos em subgrupos. Neste teste  $H_0$  significa que o modelo se ajusta bem aos dados, conforme Hosmer e Lemeshow (1980) e Lemeshow e Hosmer (1982). Toda variável com um valor  $p \leq 0,25$  foi candidata ao modelo logístico, devendo obter nesta última análise um valor  $p \leq 0,05$  para permanecer no modelo final. Foram obtidas as razões de chances (OR) para cada variável incluída no modelo final, utilizando um intervalo de confiança de 95% (R FOUNDATION..., 2012).

Foi também realizada uma análise de correspondência entre as variáveis “Compreensão do conceito de Matriciamento” e “Dificuldades para efetivar o Matriciamento no Centro de Saúde”. A Análise de correspondência (AC) é uma técnica multivariada de análise exploratória de dados que visa representar as associações entre os níveis das linhas e das colunas de uma tabela de contingência com duas ou mais entradas como pontos em um espaço de dimensão reduzida. As posições dos pontos da linha e da coluna são consistentes com as frequências da tabela. Com a análise de correspondência tem-se uma visão global dos dados e das associações que mais se destacam (GREENACRE, 1984; 2007; MINGOTI, 2005; R FOUNDATION..., 2012). Logo, a análise permite compreender o mapa de correspondência entre a compreensão do conceito de matriciamento e as dificuldades apontadas pelos profissionais para a efetivação do apoio matricial, incluindo a força de associação entre as variáveis.

#### **4.6 Aspectos éticos**

O projeto foi aprovado pelo COEP/UFMG (ANEXO A) e todos os participantes assinaram termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE A). O projeto foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Secretaria Municipal de Belo Horizonte (CEP-SMSA/PBH) (projeto CAAE – 01140812.1.0000.5149; número do parecer: 1499847) (ANEXO B).



## 5 RESULTADOS

Foram avaliadas as respostas de 1.042 profissionais atuantes em 45 Unidades Básicas de Saúde de Belo Horizonte, contemplando os nove Distritos Sanitários da cidade. As características demográficas da amostra estão agrupadas na Tabela 1.

**Tabela 1 - Distribuição da amostra - variáveis demográficas**

Variáveis demográficas		Frequência	Percentual
<b>Sexo</b>	Masculino	193	18,5
	Feminino	848	81,4
	Não informado	1	0,1
	Total	1.042	100
<b>Estado Civil</b>	Com parceiro (Casado, União estável/"amasiado")	624	59,9
	Sem parceiro (Viúvo, solteiro, divorciado)	407	39,1
	Não informado	11	1,1
	Total	1.042	100
<b>Cor</b>	Afro (pretos / pardos)	634	60,7
	Branços	382	36,7
	Amarelos	20	1,9
	Não informado	6	0,7
	Total	1.042	100
<b>Faixa etária</b>	De 18 a 29 anos	52	5,0
	De 30 a 49 anos	581	55,8
	De 50 a 59 anos	326	31,3
	60 ou mais anos	70	6,7
	Não informado	13	1,2
	Total	1.042	100
<b>Grau de Instrução</b>	Fundamental incompleto	12	1,2
	Fundamental completo	22	2,1
	Ensino médio incompleto	50	4,8
	Ensino médio completo	328	31,5
	Curso técnico	161	15,5
	Superior incompleto	70	6,7
	Superior completo	186	17,9
	Pós-graduação	207	19,9
	Não informado	6	0,6
Total	1.042	100	

Fonte: Dados da pesquisa

Sobre o eixo temático Trabalho, a maior parte dos profissionais (64,2%) possui tempo de trabalho igual ou inferior a 10 anos na Unidade em que estão vinculados, enquanto 35,8% trabalham há mais de 10 anos na Unidade, ocupando as funções discriminadas na Tabela 2.

**Tabela 2 - Funções ocupadas pelos profissionais nas UBS de Belo Horizonte**

	Frequência	Percentual (%)
Enfermeiro	95	9,1
Médico	56	5,4
Médico de apoio	13	1,2
Assistente social	14	1,3
Dentista	40	3,8
Técnico de saúde bucal	11	1,1
Auxiliar de saúde bucal	38	3,6
Profissional NASF	29	2,8
Profissional saúde mental	8	0,8
Outro nível superior	8	0,8
Auxiliar ou técnico de enfermagem	170	16,3
Agente comunitário saúde	326	31,3
Auxiliar de serviços gerais	42	4,0
Gerente da UBS	22	2,1
Agente de Combate a Endemias (ACE)	141	13,5
Auxiliar de Serviços Gerais	12	1,2
Guarda municipal	3	0,3
Outra	14	1,3
<b>Total</b>	<b>1042</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Dados da pesquisa

É possível visualizar que a maior parte dos trabalhadores da Atenção Primária em Saúde são os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), totalizando 31,3% da amostra. Sobre a caracterização do trabalho, 75% dos trabalhadores disseram que têm oportunidade de contribuir com o planejamento das ações em saúde em sua Unidade, contra 20% de respostas negativas e 5% não informadas. A grande maioria dos trabalhadores afirmou que está satisfeita com o seu trabalho (Sempre satisfeitos – 35,1% e Quase sempre satisfeitos – 54,5%), totalizando 89,6%. Porém, quase a metade dos trabalhadores (42,9%) afirma sentir-se esgotada ao final de um dia de trabalho, por algumas vezes durante a semana ou até todos os dias, e 25% consideram sentir-se “no limite”, com a mesma frequência.

Avançando agora sobre o eixo temático, matriciamento em saúde mental, objetivo principal deste trabalho, foi observado que 649 profissionais responderam à questão “Descreva o que você entende por matriciamento em saúde mental”, o que corresponde a 62,3% da amostra (n=1.042). Dentre os profissionais que não responderam, estão os que afirmaram (14,7%) que não costumam cuidar de pacientes com problemas de saúde mental (pergunta norteadora), e aqueles que, apesar de cuidar, optaram por não contribuir com a resposta (23%). Sobre as questões respondidas, 25,9% foram consideradas satisfatórias (Muito boa resposta – 3,4% e Boa resposta – 22,5%), 44,4% foram consideradas respostas parciais e 29,7%, foram avaliadas como respostas ruins, totalizando 74,1% de respostas que não contemplam a compreensão adequada do conceito. Apesar disso, interessante notar que 78,9% dos profissionais afirmaram que as reuniões de matriciamento contribuíram para mudanças em sua prática, enquanto 21,1% dos que responderam a questão afirmaram que as reuniões não agregaram mudanças.

As tabelas 3 e 4 mostram a análise bivariada da variável “As reuniões de matriciamento contribuíram para mudanças na sua prática?”, segundo as variáveis estudadas (demográficas, trabalho e compreensão do conceito).

**Tabela 3 – Percepção de mudanças na prática consequentes às reuniões de matriciamento, segundo variáveis demográficas**

Variáveis demográficas	As reuniões de matriciamento em saúde mental contribuíram para mudanças na sua prática?						Total		Valor p
	Não		Sim		Não informado				
	n	%	n	%	n	%	n	%	
<b>Sexo</b>									0.000058
Masculino	14	7,3	53	27,5	126	65,3	193	18,5	
Feminino	99	11,7	369	43,5	380	44,8	848	81,4	
Não informado	0	0,0	1	100,0	0	0,0	1	0,1	
<b>Idade</b>									0.936105
(Até 29 anos) ou (50 e mais anos)	46	10,2	182	40,2	225	49,7	453	43,5	
De 30 a 49 anos	66	11,4	236	40,6	279	48,0	581	55,8	
Não informado	1	12,5	5	62,5	2	25,0	8	0,8	
<b>Estado Civil</b>									0.329722
Sem parceiro	46	11,3	157	38,6	204	50,1	407	39,1	
Com parceiro (Casado, União estável/"amasiado")	65	10,4	261	41,8	298	47,8	624	59,9	
Não informado	2	18,2	5	45,5	4	36,4	11	1,1	

Continua

Tabela 3 - conclusão

Variáveis demográficas	As reuniões de matriciamento em saúde mental contribuíram para mudanças na sua prática?						Total		Valor p
	Não		Sim		Não informado				
	n	%	n	%	n	%	n	%	
<b>Raça</b>									0.153964
Não afro	37	9,2	175	43,5	190	47,3	402	38,6	
Afro (pretos e pardos)	74	11,7	246	38,9	313	49,4	633	60,7	
Não informado	2	28,6	2	28,6	3	42,9	7	0,7	
<b>Grau Instrução</b>									0.000029
Sem superior	75	11,7	230	35,8	338	52,6	643	61,7	
Com superior / Pós-graduação	36	9,2	193	49,1	164	41,7	393	37,7	
Não informado	2	33,3	0	0,0	4	66,7	6	0,6	
<b>Total</b>	<b>113</b>	<b>10,8</b>	<b>423</b>	<b>40,6</b>	<b>506</b>	<b>48,6</b>	<b>1.042</b>	<b>100,0</b>	

Fonte: Dados da pesquisa

Tabela 4 - Percepção de mudanças na prática consequentes às reuniões de matriciamento, segundo variáveis relacionadas ao trabalho

Variáveis Trabalho	As reuniões de matriciamento em saúde mental contribuíram para mudanças na sua prática?						Total		Valor p	
	Não		Sim		Não informado					
	n	%	n	%	n	%	n	%		
<b>Função Ocupada</b>	Não ACS	49	6,8	224	31,3	443	61,9	716	68,7	0.000000
	ACS	64	19,6	199	61,0	63	19,3	326	31,3	
<b>Tempo de trabalho</b>	Maior que 10 anos	49	13,1	170	45,6	154	41,3	373	35,8	0.017350
	Até 10 anos	64	9,6	253	37,8	352	52,6	669	64,2	
<b>Oportunidade de contribuir com planejamento de ações na UBS</b>	Não	22	10,4	49	23,2	140	66,4	211	20,2	0.000000
	Sim	85	10,9	364	46,5	333	42,6	782	75,0	
	Não informado	6	12,2	10	20,4	33	67,3	49	4,7	
<b>Satisfação com o Trabalho</b>	Nunca / raramente	18	19,8	23	25,3	50	54,9	91	8,7	0.002505
	Quase sempre / Sempre	94	10,1	394	42,2	446	47,8	934	89,6	
	Não informado	1	5,9	6	35,3	10	58,8	17	1,6	

Continua

Tabela 4 - continuação

Variáveis Trabalho	As reuniões de matriciamento em saúde mental contribuíram para mudanças na sua prática?						Total		Valor p	
	Não		Sim		Não informado		n	%		
	n	%	n	%	n	%				
<b>Sinto-me esgotado ao final do dia de trabalho</b>	Nunca	17	8,4	87	43,1	98	48,5	202	19,4	0.522790
	Algumas vezes ao ano ou menos									
	Uma vez ao mês ou menos	93	11,4	330	40,3	396	48,4	819	78,6	
	Algumas vezes ao mês Uma vez por semana Algumas vezes na semana Todos os dias									
Não informado	3	14,3	6	28,6	12	57,1	21	2,0		
<b>Sinto-me como se estivesse no limite</b>	Nunca	44	9,4	183	39,1	241	51,5	468	44,9	0.267989
	Algumas vezes ao ano ou menos									
	Uma vez ao mês ou menos	65	11,8	235	42,7	250	45,5	550	52,8	
	Algumas vezes ao mês Uma vez por semana Algumas vezes na semana Todos os dias									
Não informado	4	16,7	5	20,8	15	62,5	24	2,3		
<b>Sinto-me exausto</b>	Nunca	55	11,1	193	39,0	247	49,9	495	47,5	0.307370
	Algumas vezes ao ano ou menos									
	Uma vez ao mês ou menos	55	10,8	216	42,4	239	46,9	510	48,9	
	Algumas vezes ao mês Uma vez por semana Algumas vezes na semana Todos os dias									
Não informado	3	8,1	14	37,8	20	54,1	37	3,6		
<b>Sinto-me frustrado</b>	Nunca	57	9,8	246	42,3	279	47,9	582	55,9	0.377809
	Algumas vezes ao ano ou menos									
	Uma vez ao mês ou menos	49	11,7	165	39,3	206	49,0	420	40,3	
	Algumas vezes ao mês Uma vez por semana Algumas vezes na semana Todos os dias									
Não informado	7	17,5	12	30,0	21	52,5	40	3,8		
<b>Trabalhar diretamente com pessoas me deixa estressado</b>	Nunca	72	10,7	278	41,1	326	48,2	676	64,9	1
	Algumas vezes ao ano ou menos									
	Uma vez ao mês ou menos	33	10,1	134	41,1	159	48,8	326	31,3	
	Algumas vezes ao mês Uma vez por semana Algumas vezes na semana Todos os dias									
Não informado	8	20,0	11	27,5	21	52,5	40	3,8		

Continua

Tabela 4 - conclusão

Variáveis Trabalho	As reuniões de matriciamento em saúde mental contribuíram para mudanças na sua prática?						Total		Valor p	
	Não		Sim		Não informado		n	%		
	n	%	n	%	n	%				
<b>Sinto-me esgotado</b>	Nunca	55	9,5	231	39,8	295	50,8	581	55,8	0.464900
	Algumas vezes ao ano ou menos									
	Uma vez ao mês ou menos	56	13,1	180	42,3	190	44,6	426	40,9	
	Algumas vezes ao mês Uma vez por semana Algumas vezes na semana Todos os dias									
Não informado	2	5,7	12	34,3	21	60,0	35	3,4		
<b>Trabalho demais</b>	Nunca	49	9,9	196	39,4	252	50,7	497	47,7	0.320951
	Algumas vezes ao ano ou menos									
	Uma vez ao mês ou menos	60	11,8	217	42,7	231	45,5	508	48,8	
	Algumas vezes ao mês Uma vez por semana Algumas vezes na semana Todos os dias									
Não informado	4	10,8	10	27,0	23	62,2	37	3,6		
<b>Cansado pela manhã</b>	Nunca	54	9,8	221	40,0	278	50,3	553	53,1	0.476470
	Algumas vezes ao ano ou menos									
	Uma vez ao mês ou menos	58	12,5	197	42,4	210	45,2	465	44,6	
	Algumas vezes ao mês Uma vez por semana Algumas vezes na semana Todos os dias									
Não informado	1	4,2	5	20,8	18	75,0	24	2,3		
<b>Trabalhar com pessoas é um grande esforço</b>	Nunca	78	9,8	335	42,2	380	47,9	793	76,1	0.220078
	Algumas vezes ao ano ou menos									
	Uma vez ao mês ou menos	32	14,7	81	37,3	104	47,9	217	20,8	
	Algumas vezes ao mês Uma vez por semana Algumas vezes na semana Todos os dias									
Não informado	3	9,4	7	21,9	22	68,8	32	3,1		
<b>Compreensão sobre o conceito de matriciamento em saúde mental</b>									0.007265	
	Ruim / Parcial	84	17,5	271	56,5	125	26,0	480	46,1	
	Boa / Muito boa	19	11,2	116	68,6	34	20,1	169	16,2	
	Não informado	10	2,5	36	9,2	347	88,3	393	37,7	
	<b>Total</b>	<b>113</b>	<b>10,8</b>	<b>423</b>	<b>40,6</b>	<b>506</b>	<b>48,6</b>	<b>1042</b>	<b>100,0</b>	

Fonte: Dados da pesquisa

A Tabela 5 apresenta os resultados do modelo ajustado pela técnica de regressão logística. Verificou-se que a variável resposta "As reuniões de matriciamento contribuíram para mudanças na sua prática?" é explicada pelas variáveis independentes: "Compreensão do conceito de matriciamento", e "Satisfação com o trabalho".

Este modelo nos diz que, quando o profissional não compreende o conceito de matriciamento em saúde mental, tem 45% menos chances de mudar a prática e que, quanto está insatisfeito em seu trabalho, as chances de mudança na prática diminuem em 69,2%.

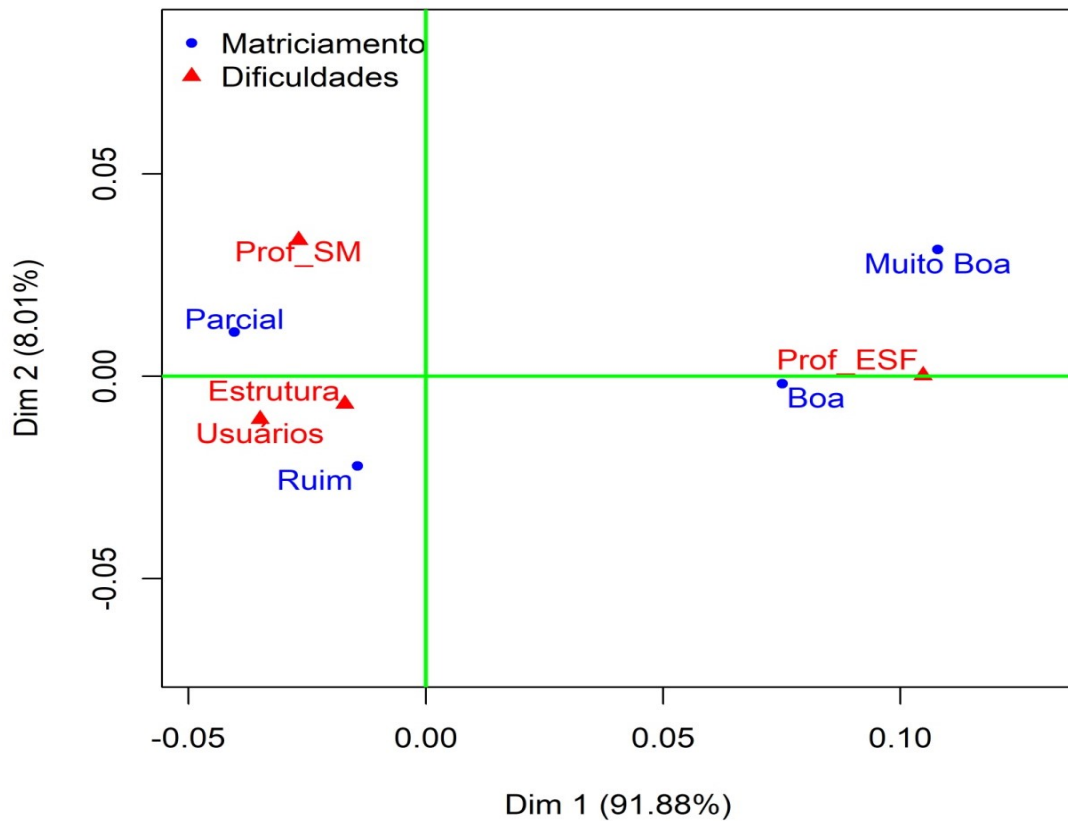
**Tabela 5 - Modelo final de análise de regressão logística: mudanças na prática segundo variáveis explicativas**

Variáveis explicativas	Coefficientes (Valor p)	OR (IC 95%)
<b>Modelo: Mudanças na prática</b> (Hosmer Lemeshow, p = 0,9280)		
Intercepto	1,888 (< 0,0001)	6,608
Compreensão do conceito de matriciamento	-0,599 (0,0330)	0,550 (0,317; 0,952)
Satisfação com o trabalho	-1,178 (0,0010)	0,308 (0,152 ; 0,622)

Fonte: Dados da pesquisa

O Gráfico 1, abaixo, apresenta o mapa de correspondência entre a compreensão do conceito de matriciamento e as dificuldades apontadas pelos profissionais para sua efetivação. Para a interpretação da associação entre os níveis dos perfis linha (Compreensão do conceito: Muito boa, Boa, Parcial e Ruim) e dos perfis coluna (Dificuldades: Prof\_ESF, Prof\_SM, Estrutura, Usuários) devem ser analisadas as Tabelas 13 e 14. A Tabela 6, referente ao matriciamento, revela uma melhor representação de todos os seus níveis na dimensão 1 (em negrito), exceto o nível 'Ruim' que deve ser interpretado na dimensão 2 (em negrito). A Tabela 7, referente às dificuldades, revela uma melhor representação de todos os seus níveis na dimensão 1 (em negrito), exceto o nível 'Prof\_SM' que contribui mais para a associação entre compreensão do conceito e dificuldades de efetivação quando interpretado na dimensão 2 (em negrito).

**Gráfico 1 - Análise de correspondência entre Compreensão do conceito de Matriciamento e dificuldades para efetivar o Matriciamento no Centro de Saúde**



Fonte: Dados da pesquisa.

**Tabela 6 - Contribuições relativas das dimensões 1 e 2 sobre os perfis de linha (compreensão do conceito de matriciamento)**

Matriciamento	Dim 1	Dim 2
Muito boa	<b>0,9194</b>	0,0773
Boa	<b>0,9987</b>	0,0006
Parcial	<b>0,9323</b>	0,0676
Ruim	0,2946	<b>0,7031</b>

Fonte: Dados da pesquisa.

**Tabela 7 - Contribuições relativas das dimensões 1 e 2 sobre os perfis de coluna (dificuldades para a efetivação do matriciamento)**

Dificuldades	Dim 1	Dim 2
Prof_SM	0,3885	<b>0,6115</b>
Prof_ESF	<b>1,0000</b>	0,0000
Estrutura	<b>0,8503</b>	0,1385
Usuários	<b>0,9106</b>	0,0848

Fonte: Dados da pesquisa.



Com base no Gráfico 1, verifica-se que os profissionais que apresentaram uma compreensão satisfatória do conceito de apoio matricial (respostas “Muito Boa” e “Boa”) relacionaram as dificuldades de efetivação do matriciamento às limitações dos profissionais da ESF (maior força de associação). Por outro lado, os profissionais que possuem conhecimento parcial do conceito atribuíram as dificuldades às limitações dos profissionais da saúde mental e aqueles que compreendem o conceito de forma ruim responsabilizaram a estrutura do serviço e o usuário.

## 6 DISCUSSÃO

O presente trabalho consiste em uma análise quantitativa de dados coletados a partir das respostas de 1.042 profissionais da atenção básica de Belo Horizonte sobre o matriciamento em saúde mental, em diversos aspectos. Apesar da literatura sobre o tema utilizar majoritariamente a análise qualitativa para investigar a compreensão da lógica matricial, a obtenção de dados estatísticos a partir de uma amostra substancial é capaz de nos fornecer um panorama sobre como o apoio matricial está sendo compreendido e avaliado nos diferentes distritos sanitários do município. A pesquisa quantitativa, neste caso, é útil para a avaliação de conceitos já bem delimitados na literatura, além de prover a análise objetiva dos dados e menor contaminação por aspectos subjetivos do pesquisador (GERHARDT; SILVEIRA, 2009). Porém, o aprofundamento da compreensão dos significados, crenças e atitudes que permeiam o apoio matricial é de grande importância, e poderá ser alcançado em um estudo qualitativo futuro.

O apoio matricial existe como diretriz do Ministério da Saúde desde 2003 (BONFIM, 2013; HIRDES; SILVA, 2014), e implantado em Belo Horizonte no início dos anos 2000 (DANTAS, 2014), mas, apesar disso, 74,1% dos profissionais recrutados para este estudo e que responderam a pergunta “Descreva o que você entende por matriciamento em saúde mental” o fizeram de forma insatisfatória. Os trabalhadores enfatizaram que a lógica matricial está mais próxima a uma proposta de identificação de usuários em sofrimento mental e encaminhamento à atenção especializada do que a construção compartilhada de projetos terapêuticos em equipes multidisciplinares. Este resultado é corroborado por ampla literatura científica que evidencia a compreensão equivocada dos profissionais sobre o conceito, em variados aspectos: transferência de cuidado ao especialista ao invés de corresponsabilização (AZEVEDO et al., 2013; AZEVEDO; SANTOS, 2012; BELLOTI; LAVRADOR, 2012; IGLESIAS; AVELAR, 2014; 2016; JORGE et al., 2014a; KLEIN; D’OLIVEIRA, 2017); supervisão de casos (IGLESIAS; AVELAR, 2016) e “*proposta apenas pedagógica*” (JORGE et al., 2013), ao invés da construção conjunta de projetos terapêuticos, o que remete à manutenção de uma estrutura hierárquica de saber; avaliação psiquiátrica, prescrição medicamentosa e “*expectativa pelo diagnóstico*” (PEGORARO et al., 2014), corroborando a lógica biomédica em

detrimento do modelo biopsicossocial. Somente 25,9% das respostas obtidas nesta questão mencionaram dois ou mais conceitos fundamentais envolvidos na compreensão da lógica do matriciamento, entre os quais: projeto terapêutico, construção compartilhada, equipe multidisciplinar, educação permanente, produção de saúde, discussão de casos. Entretanto, a grande maioria dos trabalhadores afirmou que o apoio matricial contribui para mudar a sua prática profissional.

Interessante notar que 37,7% dos profissionais avaliados não responderam à pergunta sobre a compreensão do conceito. Dentre eles, incluem-se os profissionais que disseram não ter o costume de cuidar de pacientes em sofrimento mental (14,7%). Isso nos permite pensar que uma parte dos profissionais da atenção básica não reconhece que oferecer cuidados em saúde mental é algo muito além do tratamento especializado e que o sofrimento psíquico é algo inerente a qualquer pessoa, e está presente em todos os tipos de enfermidade.

De acordo com os resultados, os profissionais que compreendem mal o conceito têm menos chances de mudarem a sua prática, o que é respaldado pela literatura científica (IGLESIAS; AVELAR, 2016; JORGE et al., 2014a; ONOCKO-CAMPOS et al., 2011). De fato, é compreensível que o profissional que desconhece a proposta do arranjo matricial tenha dificuldades em participar de uma construção terapêutica compartilhada, pois a lógica de saúde dominante ainda é profundamente hierarquizada e fragmentada em especialidades. Podemos pensar também que é difícil para um profissional da atenção básica vivenciar com proximidade a dor do paciente em sofrimento mental e não ansiar por urgência na resolução do problema (BELOTTI; LAVRADOR, 2012), o que contrapõem ao tempo necessário para a elaboração de um projeto terapêutico interdisciplinar. Estabelecer uma organização matricial efetiva implica em investir na educação do trabalhador da ESF, de modo que ele compreenda a função de retaguarda do especialista, e que possa perceber a impotência de qualquer profissional isolado para garantir o acesso integral à saúde (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Talvez uma maneira de amenizar essa transição organizacional e colaborar com a constituição de uma sólida assistência em saúde mental seja a contínua valorização do saber de cada trabalhador, independente da sua formação acadêmica. Quando o

profissional percebe que é capaz de oferecer suporte através de acolhimento, escuta, vínculo e que essas tecnologias são recursos terapêuticos fundamentais, (JORGE et al., 2012), é possível que a angústia referente ao despreparo técnico seja atenuada, contribuindo para a redução dos encaminhamentos excessivos e da transferência de responsabilidades. Os ACS, por exemplo, profissionais em maior número neste estudo, são responsáveis pelo acompanhamento dos pacientes em sua área de atuação e pelo estabelecimento da ponte entre os usuários e o serviço de saúde (BRASIL, 2001b; MOURA; SILVA, 2015). São atores-chave no mapeamento e inclusão do paciente em sofrimento mental na Atenção Básica, e potencialmente capazes de estabelecer laços e perceber situações de sofrimento (LACERDA, 2010 apud MOURA; SILVA, 2015), embora não possuam formação específica em saúde mental.

Alguns artigos mostram que, quando os profissionais da UBS se envolvem na experiência do apoio matricial, o aprendizado de um novo manejo clínico acontece paulatinamente. Hirdes (2015) averigua que o apoio matricial refina a sensibilidade para identificar o sofrimento através da escuta e apresenta ao profissional um olhar que integra saúde física e saúde mental. Ou seja, parece que a compreensão do conceito vai ocorrendo à medida que a prática se realiza; é inerente e amplia a prática. A própria concepção do apoio matricial menciona o caráter de educação permanente, que significa a contínua aprendizagem em uma relação de comunicação entre variados núcleos de saber (CHIAVERINI, 2011). Sobre as ferramentas de intervenção utilizadas pela lógica matricial, Hirdes (2015) e Figueiredo e Onocko-Campos (2009) mostram que a prática de atendimento conjunto (equipe de SF e equipe de SM) é citada pelos profissionais como enriquecedora, e até preferível às discussões de caso.

A mudança na prática clínica obtida a partir das reuniões de matriciamento também é afetada pelo nível de satisfação no trabalho. Os resultados deste estudo mostram que os trabalhadores se consideram, em sua maioria, satisfeitos com o seu trabalho na APS (Sempre – 35,1% e Quase sempre – 54,5%), apesar das sensações de esgotamento ao fim do dia referidas por quase a metade (42,9%). O modelo logístico também mostrou que quanto mais insatisfeito está o trabalhador, menos chances ele tem de mudar a sua prática em saúde mental. Considerando que a satisfação no

trabalho em saúde está relacionada ao estabelecimento de bons vínculos com o paciente e entre equipes, às sensações de autonomia e percepção de boa prática assistencial (LIMA et al., 2014; HIRDES, 2015), podemos dizer que a atenção primária em saúde e o apoio matricial têm potencial de gerar satisfação, já que preconizam o uso de tecnologias de acolhimento, abordagem multidisciplinar e integral do sujeito. Porém, também é compreensível o esgotamento simultâneo, já que o profissional de saúde está exposto à intensidade das relações interpessoais (ROSENSTOCK et al., 2011), que fazem parte do seu modo de produzir saúde, além da precariedade das estruturas das UBS, carga horária excessiva, baixos salários, excesso de demanda (LIMA et al., 2014).

Um trabalhador satisfeito sente-se motivado e aberto a novas práticas clínicas. Citando Karl Marx (1897), Lima et al. (2014) afirmam que o trabalho que satisfaz gera transformações no indivíduo e amplia sua capacidade criativa. Identificar-se e satisfazer-se com um trabalho mobiliza não só a cognição, mas também os afetos, gerando transformações no profissional e, conseqüentemente, em sua forma de prestar assistência.

Outro resultado interessante obtido neste trabalho é que, de acordo com a análise de correspondência, os profissionais da UBS que compreendem melhor o conceito de matriciamento atribuem os entraves da efetivação do apoio matricial principalmente às dificuldades apresentadas pelos profissionais da ESF (resistência, despreparo, crença de que o tratamento deveria ser restrito ao especialista e de que o tratamento do especialista é de melhor qualidade, ausência nas reuniões). A literatura estudada revela que a falta de preparação teórico-técnica da equipe de SF para a assistência ao paciente em sofrimento mental é um dos entraves mais citados pelos profissionais, independente da compreensão adequada do que seja o matriciamento (BALLARIN et al., 2012; CAVALCANTE et al., 2011; COSTA et al., 2015; JORGE et al., 2013; 2014b; ONOCKO CAMPOS et al., 2011; PINTO et al., 2012; QUINDERÉ et al., 2013; SOUSA et al., 2011). É também compreensível que haja resistência da equipe de SF em acolher e assistir o paciente em sofrimento mental, pois além do despreparo já citado, os profissionais interpretam que haverá um acréscimo de demanda a uma estrutura com escassez de recursos humanos e sob exigências de produtividade e cumprimento de metas (AZEVEDO et al., 2014;

BELLOTI; LAVRADOR, 2012). Porém, como há “um componente de sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer doença, às vezes atuando como entrave à adesão a práticas de promoção da saúde” (BRASIL, 2009), o aprimoramento das práticas em saúde mental favorece a resolubilidade da assistência. Parece que ainda não está claro para o profissional da UBS que cada projeto terapêutico construído e cada consulta conjunta realizada contribuem para a aquisição de um aprendizado duradouro, que será utilizado em outros atendimentos.

Ainda sobre a ausência de clareza em relação à lógica matricial, este estudo também mostrou que os profissionais que possuem uma compreensão parcial do conceito, atribuem os entraves principalmente às limitações dos profissionais da saúde mental. É possível pensar que, enquanto a organização de saúde estiver centrada na metodologia de referência e contrarreferência, protocolos e centros de regulação (CAMPOS; DOMITTI, 2007), mantêm-se a ideia de que o paciente em sofrimento mental deve ser referenciado ao especialista, e que não há lugar na estrutura da ESF para acolhê-lo. Nesta lógica, a recusa da equipe de SM em responsabilizar-se isoladamente pelo paciente torna-se um entrave (IGLESIAS; AVELAR, 2014; 2016). Em contrapartida, é necessário que os profissionais da atenção especializada estejam disponíveis para “*descentralizar o cuidado em saúde mental*” (GERHARDT NETO et al., 2014), partilhando o conhecimento de forma flexível e generosa (HIRDES; SILVA, 2014). É necessário ao apoiador matricial “o desejo de trabalhar com profissionais generalistas; o conhecimento da rede; a habilidade de construir consensos; a escuta de colegas e usuários” (HIRDES; SILVA, 2014, p.587).

Já os profissionais que não sabem o que é o matriciamento em saúde mental (compreensão ruim), apontaram neste estudo que os principais entraves à efetivação do apoio matricial são a estrutura do serviço (tempo insuficiente para as discussões clínicas e a grande demanda de casos de saúde mental), o método utilizado nas reuniões e a preferência do usuário pelo especialista. Alguns artigos da revisão de literatura também evidenciam as limitações da estrutura da atenção básica - falta de recursos financeiros e humanos, excesso de demandas de saúde, falta de apoio da gestão - como fatores complicadores para o desenvolvimento do arranjo matricial (AZEVEDO et al., 2013; DIMENSTEIN et al., 2009; GERHARDT

NETO et al., 2014; JORGE et al., 2014b; ONOCKO CAMPOS et al., 2011; PINTO et al., 2012). Bastos e Soares (2008) observaram em três UBS de São Paulo/SP que, quando a compreensão da lógica matricial é equivocada e centrada nas determinações do médico psiquiatra, ao invés de explorar “*a potência de meios de escuta e intervenção prática*” da unidade básica, torna-se insubstituível o único recurso humano “capaz” de orientar sobre práticas de saúde mental. Assim, enquanto a assistência não for interdisciplinar, podemos pensar que o tempo para discussões de casos será sempre insuficiente e a demanda sempre excessiva. Em um contexto de volume insuficiente de serviços ofertados pelo SUS, Campos e Domitti (2007, p.404) afirmam que o apoio matricial pode ser “relevante para racionalizar o acesso e o uso de recursos especializados”, já que um único especialista oferece apoio a várias equipes de SF. E, na medida em que cada profissional incorpora o aprendizado de outro núcleo do saber, maior se torna a sua capacidade resolutiva, diminuindo a sobrecarga dos serviços.

Pinto et al. (2012) mostram, em um estudo realizado com profissionais da APS e do CAPS em dois municípios do Ceará, que a preferência do usuário pelo especialista também se constitui em entrave à abordagem integral preconizada pela lógica matricial, em consonância com os achados deste estudo. Os autores evidenciam que o profissional sente-se desgastado e desmotivado diante da exigência do usuário pelo atendimento especializado, o que prejudica o vínculo. Logo, percebe-se que a fragmentação da assistência faz parte da cultura do usuário, em cujo imaginário é provável que somente o especialista seja capaz de solucionar suas questões, e faz parte da cultura do profissional, que não reconhece ser capaz de oferecer cuidado em saúde mental a partir de seu núcleo de saber. Assim, faz-se urgente a implementação de uma boa infraestrutura matricial em cada Centro de Saúde, de modo a ensinar o percurso interdisciplinar como único meio possível de atenção integral a saúde.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou avaliar a percepção dos profissionais de saúde da atenção básica de Belo Horizonte sobre o apoio matricial em saúde mental. Por se constituir em pesquisa realizada em todos os distritos sanitários do município, foi possível traçar um mapeamento da compreensão do matriciamento em três níveis: entendimento do conceito, promoção de mudanças na prática e dificuldades para efetivar a lógica matricial nos centros de saúde.

É possível concluir, a partir dos dados obtidos, que a compreensão do conceito de matriciamento é insatisfatória entre os profissionais da atenção primária, e que a organização matricial ainda é um processo em construção nas unidades básicas do município. Apesar de existirem equipes de saúde mental instaladas nos CS, responsáveis pela implantação do matriciamento, e respaldadas pelas reuniões distritais e de microáreas, a lógica da transferência de responsabilidades ao especialista ainda impera, e isso diminui as chances de se alcançar uma prática em saúde mental mais inclusiva, integral e de base territorial. Parte dos profissionais parece não perceber que a assistência em saúde necessariamente inclui o cuidado à saúde mental, independente da função ocupada na unidade.

Este estudo também mostrou que a insatisfação dos profissionais da atenção primária em relação ao trabalho na UBS reduz significativamente as chances de mudanças da prática. Podemos considerar que, somente através do estímulo ao pensamento sobre a organização do sistema de saúde, é que alcançaremos condições mais satisfatórias de trabalho e que irão repercutir no avanço da assistência. Foi percebido que, apesar das limitações oferecidas pela estrutura do serviço das UBS, enquanto não houver investimento no profissional por meio de educação permanente, o modo de produzir saúde não se altera.

Em conformidade com a literatura científica, percebe-se que o apoio matricial é uma proposta capaz de gerar progressos na atenção em saúde mental. Nesta pesquisa, 78,9% dos profissionais questionados sobre a mudança na prática a partir do matriciamento concordam que houve transformações. Porém, por limitações metodológicas, não foi possível explorar quais mudanças e em que nível elas ocorreram, o que pode ser objeto de um estudo qualitativo próximo. De toda forma,



prover os centros de saúde com boas equipas de apoio matricial em saúde mental, que utilizem as mais variadas técnicas de intervenção, sobretudo consultas conjuntas, compostas por profissionais que se identificam com a atenção primária, e que se comprometam com reuniões regulares para elaboração de projetos terapêuticos é o caminho existente para a verdadeira integração entre saúde mental e atenção primária.

## REFERÊNCIAS

ABOU-YO, M. (Org.). **Política de saúde mental de Belo Horizonte: cotidiano de uma utopia**. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, 2008. 258p. apud DANTAS, N. F. **O Apoio Matricial em saúde mental no SUS de Belo Horizonte na perspectiva dos trabalhadores**. 128f. 2014. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014.

ABRASME - Associação Brasileira de Saúde Mental. Notícias. **A (re)volta dos que não foram** (ou a falácia da segunda reforma psiquiátrica). 01/01/2018. Disponível em: <[http://www.abrasme.org.br/informativo / view?TIPO=&ID\\_INFORMATIVO=372](http://www.abrasme.org.br/informativo / view?TIPO=&ID_INFORMATIVO=372)>. Acesso em: 31/05/2018.

AGUIAR, M. R. J. **Modos de organização do trabalho na atenção primária à saúde: a experiência de Belo Horizonte**. 2007. 250f. Dissertação (Mestrado em Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

AMARANTE, P. **Saúde mental e psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. p.21-59.

AZEVEDO, D. M.; GONDIM, M. C. S. M.; SILVA, M. C. S. M. Apoio matricial em saúde mental: percepção de profissionais no território. **Rev. Pesqui. Cuid. Fundam.** (Online), v.5, n.1, p.3311-3322, jan.-mar. 2013.

AZEVEDO, D. M.; GUIMARÃES, F. J.; DANTAS, J. F.; ROCHA, R. Atenção básica e saúde mental: um diálogo e articulação necessários. **Rev. APS**, v.17, n.4, p.537-543, out./dez. 2014.

AZEVEDO, D. M.; SANTOS, A. T. Ações de saúde mental na atenção básica: conhecimento de enfermeiros sobre a reforma psiquiátrica **Rev. Pesqui. Cuid. Fundam.** (Online), v.4, n.4, p.3006-3014, out.-dez. 2012.

BALLARIN, M. L. G. S.; BLANES, L. S.; FERIGATO, S. H. Apoio matricial: um estudo sobre a perspectiva de profissionais da saúde mental. **Interface (Botucatu)**, v.16, n.42, p.767-778, 2012.

BASTOS, S.; SOARES, M. A. Estudo diagnóstico da atuação das equipes de AM em Saúde Mental no PSF na região sudeste de SP. **Boletim do Instituto de Saúde**, n.45, p.13-16, 2008.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde de Belo Horizonte:2005-2008**. Belo Horizonte: 2005. Disponível em [http://portal2.pbh.gov.br/pbh/srvConteudoArq/PMS\\_BH\\_2005\\_2008.pdf?id\\_conteudo=12107&id\\_nivel1=-1](http://portal2.pbh.gov.br/pbh/srvConteudoArq/PMS_BH_2005_2008.pdf?id_conteudo=12107&id_nivel1=-1). Acesso em: 27 dez. 2006 apud AGUIAR, M. R. J. **Modos de organização do trabalho na atenção primária à saúde: a experiência de Belo Horizonte**. 2007. 250f. Dissertação (Mestrado em Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

BELOTTI, M.; LAVRADOR, M. C. C. Apoio matricial: cartografando seus efeitos na rede de cuidados e no processo de desinstitucionalização da loucura. **Polis e Psique**, v.2, número temático, p.128-146, 2012.

BONFIM, I. G. et al. Apoio matricial em saúde mental na atenção primária à saúde: uma análise da produção científica e documental. **Interface (Botucatu)**, v.17, n.45, p.287-300, 2013.

BORGES, C. F.; BAPTISTA, T. W. F. O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.2, p.456-468, fev. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Caderno de textos da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia prático do programa saúde da família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b. (2 Partes).

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Sistema Único de Saúde. Comissão Organizadora da III CNSM. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002. 213p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em saúde mental: 1990-2004**. 5.ed. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

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, 2004b.

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 Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS: histórias da reforma sanitária e do processo participativo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p.17,18, 36-38.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. **Saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção**. Relatório de Gestão 2003-2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2007a. 85p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica 01/03. **Saúde mental e atenção básica; o vínculo e o diálogo necessários inclusão das ações de saúde mental na atenção básica**. Brasília, 2007b

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Cadernos de Atenção Básica nº 27, 2009. 160p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Sistema Único de Saúde. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersectorial. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental**: Intersectorial, 27 de junho a 1 de julho de 2010. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010. 210p.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação estruturante do SUS**. Brasília: CONASS, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p. (Série E Legislação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Departamento de Ações Programáticas. **Saúde mental: estratégias**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176p. (Cadernos de Atenção Básica n. 34).

BRASIL. Ministério Público Federal. Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão. **Nota Pública PGR-00505982/2017**. Nota pública PFDC acerca da proposta de alteração da política nacional de saúde mental. Brasília, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Proposta de alteração da Portaria de Consolidação nº 3**. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Publicado no DOU: 28 de setembro de 2017. Brasília, 2017b.

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

CAMPOS, G. W. de S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Sociedade e Cultura**, Goiânia, v. 3, n. 1/2, p. 51-74, jan/dez. 2000.

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

CAVALCANTE, C. M. et al. Desafios do cuidado em saúde mental na Estratégia Saúde da Família. **Rev. Bras. Prom. Saude**, v.24, n.2, p.102-108, 2011.

CARVALHO, S. R.; CUNHA, G. T. A gestão da atenção na saúde: elementos para se pensar a mudança da organização na saúde. In: CAMPOS, G. W. de S. (Org). Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 837-868 apud CHIAVERINI, D. H. (Org.) et al. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

CHIAVERINI, D. H. (Org.) et al. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

COSTA, F. R. M. et al. Desafios do apoio matricial como prática educacional: a saúde mental na atenção básica. **Interface (Botucatu)**, v.19, n.54, p.491-502, 2015.

CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. S. Apoio matricial e atenção primária em saúde. **Saúde Soc.**, v.20, n.4, p.961-970, 2011.

DANTAS, N. F. **O Apoio Matricial em saúde mental no SUS de Belo Horizonte na perspectiva dos trabalhadores**. 128f. 2014. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014.

DIMENSTEIN, M.; GALVÃO, V. M.; SEVERO, A. K. S. O Apoio matricial na perspectiva de coordenadoras de equipes de saúde da família. **Pesqui. Prát. Psicossociais**, v.4, n.1, p.37-48, 2009.

FALEIROS, Vicente de Paula. A Previdência Social, o Estado e as Forças Sociais: a Previdência Social em crise. Relatório Final de Pesquisa apresentado ao CNPq. Brasília. Digitado, 1995 apud BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS: histórias da reforma sanitária e do processo participativo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p.17,18, 36-38

FERREIRA NETO, J. L. **Psicologia, políticas públicas e o SUS**. São Paulo: Escuta; Belo Horizonte, Fapemig. 2011 apud DANTAS, N. F. **O Apoio Matricial em saúde mental no SUS de Belo Horizonte na perspectiva dos trabalhadores**. 128f. 2014. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014.

FIGUEIREDO, M. D.; ONOCKO-CAMPOS, R. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.14, n.1, p.129-138, 2009.

FIOCRUZ. Hospício de Pedro II. **Dicionário histórico-biográfico das ciências da saúde no Brasil (1832-1930)**. Online. Disponível em: <<http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br>>. Acesso em: 28.05.2018

FONSECA, A. F.; CORBO, A. M. D'A. (Org.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p.25-49.

FORTES, S.; MENEZES, A.; ATHIÉ K. et al. Psiquiatria no século XXI: transformações 1079 a partir da integração com a Atenção Primária pelo matriciamento. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v.24, n.4, p.1079-1102, 2014.

GAZIGNATO, E. C. S.; SILVA, C. R. C. Saúde mental na atenção básica: o trabalho em rede e o matriciamento em saúde mental na Estratégia de Saúde da Família. **Saúde Debate** [online], v.38, n.101, p.296-304, 2014.

GERHARDT NETO, M. R.; MEDINA, T. S. S.; HIRDES, A. Apoio matricial em saúde mental na percepção dos profissionais especialistas: building a new paradigm. **Aletheia**, n.45, p.139-155, 2014.

GIL, C. R. R. **Práticas profissionais em saúde da família: expressões de um cotidiano em construção**. 297f. 2006. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro.

GREENACRE, M. J. **Correspondence analysis in practice**. 2nd ed. Boca Raton: Chapman & Hall/CRC, 2007.

GREENACRE, M. J. **Theory and applications of correspondence analysis**. London: Academic Press, 1984.

GRYSCHKE, G.; PINTO, A. A. M. Saúde Mental: como as equipes de Saúde da Família podem integrar esse cuidado na Atenção Básica? **Ciênc. Saúde Coletiva** v.20, n.10, p.3255-3262, 2015.

HIRDES, A. A perspectiva dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre o apoio matricial em saúde mental. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.20, n.2, p.371-382, 2015.

HIRDES, A.; SCARPARO, H. B. K. O labirinto e o minotauro: saúde mental na Atenção Primária à Saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.20, n.2, p.383-393, 2015.

HIRDES, A.; SILVA, M. K. R. Apoio matricial: um caminho para a integração saúde mental e atenção primária. **Saúde Debate**, v.38, n.102, p.582-592, 2014.

HOSMER, D. W.; LEMESHOW, S. A goodness of fit test for the multiple logistic regression model. **Communications in Statistics**, A10, 1980, p.1043-1069.

IGLESIAS, A.; AVELLAR, L. Z. Apoio Matricial: um estudo bibliográfico. **Ciênc. Saúde Coletiva** [online], v.19, n.9, p.3791-3798, 2014.

IGLESIAS, A.; AVELLAR, L. Z. As contribuições dos psicólogos para o matriciamento em saúde mental. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v.36 n.2, 364-379, Abr./Jun. 2016.

JORGE, M. S. B. et al. Ferramenta matricial na produção do cuidado integral na estratégia saúde da família. **Acta Paul. Enferm.**, v.25, n.spe2, p.26-32, 2012.

JORGE, M. S. B.; SOUSA, F. S. P.; FRANCO, T. B. Apoio matricial: dispositivo para resolução de casos clínicos de saúde mental na Atenção Primária à Saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, v.66, n.5, p.738-744, Oct. 2013.

JORGE, M. S. B.; VASCONCELOS, M. G. F.; MAIA NETO, J. P. et al. Possibilidades e desafios do apoio matricial na atenção básica: percepções dos profissionais. **Psicol. Teor. Prat.**, v.16, n.2, p.63-74, ago. 2014a.

JORGE M. S. B.; VASCONCELOS, M. G. F.; CASTRO JUNIOR, E. F. et al. Resolubilidade do cuidado em saúde mental na Estratégia Saúde da Família:

representação social de profissionais e usuários. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.48, n.6, p.1062-1068, 2014b

JORGE, M. S. B. et al. Apoio matricial, projeto terapêutico singular e produção do cuidado em saúde mental. **Texto Contexto - Enferm.**, v.24, n.1, p.112-120, 2015.

KLEIN, A. P.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. O "cabo de força" da assistência: concepção e prática de psicólogos sobre o apoio matricial no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, v.33, n.1, e00158815, 2017.

LEAL, B. M.; ANTONI, C. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): estruturação, interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Aletheia**, n.40, p.87-101, 2013.

LEMESHOW, S.; HOSMER, D.W. A review of goodness of fit statistics for use in the development of logistic regression models. **American Journal of Epidemiology**, v.115, n.1, p.92-106, 1982.

LIMA, L. et al. Satisfação e insatisfação no trabalho de profissionais de saúde da atenção básica. **Esc. Anna Nery**, v.18, n.1, p.17-24, 2014.

LIMA, M.; DIMENSTEIN, M. O apoio matricial em saúde mental: uma ferramenta apoiadora da atenção à crise. **Interface**, v.20, n.58, p.625-635, 2016.

LINDSEY, J. K. **Applying generalized linear models**. New York: Springer, 1997.

LOCKE, E. A. The nature and causes of job satisfaction. In: DUNNETTE, M. D. (Ed.). **Handbook of industrial and organizational psychology**. Chicago: Rand McNally, 1976. p.1297-1349 apud MARTINEZ, M. C.; PARAGUAY, A. I. B. B. Satisfação e saúde no trabalho: aspectos conceituais e metodológicos. **Cad. de Psicol. Social do Trabalho**, v.6, p.59-78, 2003.

LOCKE, E. A. What is job satisfaction? **Organizational Behavior and Human Performance**, v.4, n.4, p.309-336, 1969 apud MARTINEZ, M. C.; PARAGUAY, A. I. B. B. Satisfação e saúde no trabalho: aspectos conceituais e metodológicos. **Cad. de Psicol. Social do Trabalho**, v.6, p.59-78, 2003.

MARTINEZ, M. C.; PARAGUAY, A. I. B. B. Satisfação e saúde no trabalho: aspectos conceituais e metodológicos. **Cad. de Psicol. Social do Trabalho**, v.6, p.59-78, 2003.

MARX, K. **O capital**. Crítica da economia política. O processo de produção do capital. Livro 1, Vol. 2. São Paulo: Difel, 1987. Capítulo V: processo de trabalho e processo de valorização, p.300-304.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção em saúde mental**. Saúde em casa. LOBOSQUE, A. M.; SOUZA, M. E. (Org.). Belo Horizonte, 2006. Cap. III: A rede de atenção em saúde mental, p.51-68

MINGOTI, S. A. **Análise de dados através de métodos de estatística multivariada**: uma abordagem aplicada. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2005.

MORAIS, M. R.; ALMEIDA, R.; PASINI, V. L. O apoio matricial em saúde mental pode contribuir para o desenvolvimento dos atributos da Atenção Primária à Saúde? 2014. Disponível em: <<http://saudepublica.bvs.br/pesquisa/resource/pt/sus-28043>>. Acesso em: 27/05/18.

MOURA, R. F. S.; SILVA, C. R. C. Saúde mental na atenção básica: sentidos atribuídos pelos agentes comunitários de saúde. **Psicol. Cienc. Prof.**, v.35, n.1, p.199-210, 2015.

OAPS - Observatório de Análise Política em Saúde. **Mudanças na Política Nacional de Saúde Mental: participação social atropelada, de novo**. Boletim do Observatório de Análise Política em Saúde, n.15, p.1-4, 2018. Disponível em: <<https://analisepoliticaemsaude.org/oaps/boletim/edicao/15/>>. Acesso em: 28/05/2018.

ONOCKO-CAMPOS, R. et al. Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. **Ciênc. saúde coletiva**, v.16, n.12, p.4643-4652, 2011.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. et al. Avaliação de estratégias inovadoras na organização da Atenção Primária à Saúde. **Rev. Saúde Pública**, v.46, n.1, p.43-50, 2012.

PAES, M. R.; SILVA, T. L.; CHAVES, M. M. N.; MAFTUM, M. A. The general hospital role in the network of attention to the mental health in Brazil. **Cienc. Cuid. Saúde**, v.12, n.2, p.407-412, Apr./June 2013.

PBH – Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. **Atenção primária**. [On-line]. 2018. Disponível em: <[https://prefeitura.pbh.gov.br/saude/informacoes/atencao\\_a-saude/atencao-primaria](https://prefeitura.pbh.gov.br/saude/informacoes/atencao_a-saude/atencao-primaria)>. Acesso em 31/05/2018.

PBH – Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. **Documento Complementar 01C**. Projeto de qualificação da infraestrutura da atenção primária à saúde de Belo Horizonte. Caracterização do sistema atual. Belo Horizonte, 2010. 164f.

PBH – Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. **Saúde Mental**. [On-line]. 2018. Disponível em: <<https://prefeitura.pbh.gov.br/saude/informacoes/atencao-a-saude/saude-mental>>. Acesso em 28/05/2018.

PEGORARO, R. F.; CASSIMIRO, T. J. L.; LEO, N. C. Matriciamento em saúde mental segundo profissionais da estratégia da saúde da família. **Psicol. Estud.**, v.19, n.4, p.621-631, 2014 .

PÉREZ-RAMOS, J. **Satisfação no trabalho**: metas e tendências. Tese (Livredocência) - Instituto de Psicologia de Assis, Universidade Estadual Júlio de Mesquita Filho, Assis, 1980 apud MARTINEZ, M. C.; PARAGUAY, A. I. B. B. Satisfação e saúde no trabalho: aspectos conceituais e metodológicos. **Cad. de Psicol. Social do Trabalho**, v.6, p.59-78, 2003.

PINTO, A. G. A. et al. Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: olhares múltiplos e dispositivos para resolubilidade. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.17, n.3, p. 653-660, 2012.



QUINDERE, P. H. D. et al. Acessibilidade e resolubilidade da assistência em saúde mental: a experiência do apoio matricial. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.18, n.7, p.2157-2166, 2013.

R FOUNDATION FOR STATISTICAL COMPUTING. R Development Core Team. R: **A language and environment for statistical computing**. Vienna, Austria, 2012. Disponível em: <<http://www.R-project.org>>. Acesso em: abril e maio/2018.

RODRIGUES, E. S.; MOREIRA, M. I. B. A interlocução da saúde mental com atenção básica no município de Vitória/ES. **Saúde Soc.**, v.21, n.3, p.599-611, 2012.

ROSENSTOCK, K. I. V.; SANTOS, S. R.; GUERRA, C. S. Motivação e envolvimento com o trabalho na estratégia saúde da família em João PESSOA, Paraíba, Brasil. **Rev. Baiana Saúde Públ.**, v.35, n.3, p.591-603, 2011.

SILVA, F. G. S. **A atenção básica como eixo estruturador de um novo modelo de atenção: avanços e desafios**. 2010. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) - Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte. 52f.

SOUSA, F. S. P. et al. Tecendo a rede assistencial em saúde mental com a ferramenta matricial. **Physis**, v.21, n.4, p.1579-1599, 2011.

YASUI, S.; COSTA-ROSA, A. A estratégia atenção psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de saúde mental. **Saúde em Debate**, v.32, n.78-79-80, p. 27-37, 2008.

ZALEWSKA, A. M. Job satisfaction and importance of work aspects related to predominant values and reactivity. **Int. J. Occupat. Saf. Ergonom.**, v.5, n.4), p.485-511, 1999 apud MARTINEZ, M. C.; PARAGUAY, A. I. B. B. Satisfação e saúde no trabalho: aspectos conceituais e metodológicos. **Cad. de Psicol. Social do Trabalho**, v.6, p.59-78, 2003.

## ANEXO A - Aprovação COEP



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Projeto: CAAE – 01140812.1.0000.5149

Interessado(a): **Profa. Elza Machado de Melo**  
**Departamento de Medicina Preventiva e Social**  
**Faculdade de Medicina - UFMG**

### DECISÃO

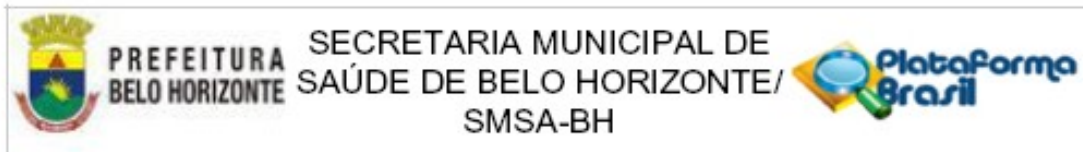
O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 30 de maio de 2012, o projeto de pesquisa intitulado "**Programa de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência na Atenção Básica**" bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.

Assinatura manuscrita em tinta preta, legível como Maria Teresa Marques Amaral.

**Prof. Maria Teresa Marques Amaral**  
**Coordenadora do COEP-UFMG**

## ANEXO B - Aprovação SMSA-BH



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Programa de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência na Atenção Básica

**Pesquisador:** Elza Machado de Melo

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 01140812.1.3001.5140

**Instituição Proponente:** PRO REITORIA DE PESQUISA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.512.402

#### Apresentação do Projeto:

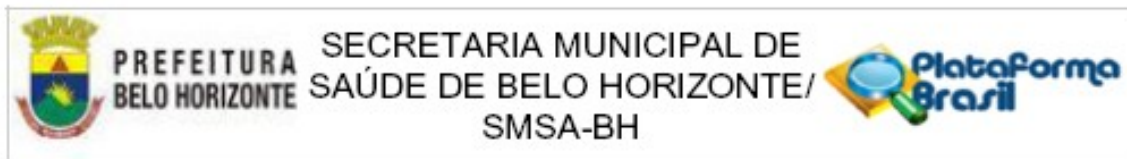
Trata-se de estudo quali-quantitativo sobre a promoção de saúde e prevenção da violência no território de Atenção Primária (AP) de Belo Horizonte e de dois Municípios da Região Metropolitana de Belo Horizonte, a saber, Ribeirão das Neves e Santa Luzia. A metodologia utilizada será a triangulação de vários procedimentos: entrevistas semi-estruturadas com usuários, profissionais e gerentes; entrevistas com gerentes, gestores e informantes chave; observação de campo. Serão sorteadas Unidades Básicas de Saúde em todas as regiões administrativas do Município. A amostra de usuários de cada Município será calculada com erro de 5% e distribuída nessas unidades. Serão entrevistados todos os profissionais das Unidades Básicas de Saúde selecionadas em cada Município; também serão utilizados questionários on line. Os dados quantitativos serão armazenados no SPSS. Os dados qualitativos serão analisados segundo o método hermenêutico-dialético.

#### Objetivo da Pesquisa:

##### Objetivo Primário:

Investigar o perfil da violência e as formas de abordagem, pautadas principalmente, nas ações de promoção de saúde da atenção básica de saúde de Belo Horizonte, Ribeirão das Neves e Santa Luzia, Minas Gerais.

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 02  
 Bairro: Padre Eustáquio CEP: 30.720-000  
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE  
 Telefone: (31)3277-5309 E-mail: ocep@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 1.512.402

**Objetivo Secundário:**

Investigar as principais formas de expressão da violência na população coberta pela atenção primária de saúde dos Municípios estudados;

Investigar a distribuição da violência entre os diferentes grupos populacionais e homens, mulheres, trabalhadores, crianças e adolescentes, idosos - cobertos pela atenção básica; Investigar o impacto da violência na atuação da atenção básica de saúde Investigar a violência institucional na atenção básica; Investigar os principais mecanismos de abordagem da violência na atenção básica de saúde Investigar o efeitos dos processos de capacitação na atuação do profissional, em especial, aquelas direcionadas para o desenvolvimento da promoção da saúde e para a prevenção da violência; Mapear e descrever a atuação das redes sociais do território adscrito à atenção primária de saúde, sua forma de proteção e seu papel na proteção e enfrentamento da violência.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

A pesquisa oferece riscos mínimos aos participantes, uma vez que estes irão participar da pesquisa apenas respondendo a questionários, após serem esclarecidos sobre todas as etapas da pesquisa, de forma voluntária. Portanto, o presente projeto não apresenta riscos à integridade física dos pacientes envolvidos, pois não será realizado nenhum tipo de procedimento que traga danos aos sujeitos. Todos os dados dos participantes serão mantidos em sigilo. Os resultados do presente estudo contribuirão como fonte de pesquisa para dados epidemiológicos da violência no Brasil e qualidade dos serviços ofertados

**Benefícios:**

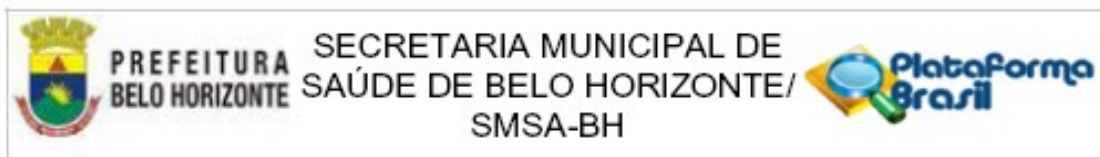
Conhecer o perfil de violência nos territórios de abrangência da AP assim como as formas utilizadas pela população desses territórios e pelos profissionais na lida com a violência poderá trazer importante contribuição para o desenvolvimento de estratégias de atuação neste espaço, considerado privilegiado, neste sentido.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de emenda à pesquisa original para incluir as seguintes modificações:

a) modificações para o roteiro e o questionário de gerentes e gestores, pelo fato de eles terão de ser realizados on line. Com isso, sofreram forte redução e precisaram focar numa temática específica, a saber, promoção de saúde, que estava diluída nos vários bloco. Os

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 02  
 Bairro: Padre Eustáquio CEP: 30.720-000  
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE  
 Telefone: (31)3277-6309 E-mail: coep@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 1.512.402

novos modelos foram anexados.

b) foi introduzido o nome de uma pesquisadora na equipe - Janete dos Reis Coimbra.

c) os TCLEs são os mesmos, mas fizemos ajustes para incorporar o nome da nova pesquisadora e o a data atual (2016). Por isso, anexos todos novamente.

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

A Folha de Rosto assinada pelo(a) pesquisador(a) Elza Machado de Melo e pelo representante da Instituição proponente foi devidamente apresentada.

Carta de anuência da Instituição Coparticipante da pesquisa foi apresentada.

O TCLE foi apresentado com linguagem clara, acessível aos possíveis participantes da pesquisa e contém contatos do pesquisa.

**Recomendações:**

- 1) Adotar modelo de TCLE dirigido a gestores e gerentes do qual não conste o seguinte trecho: "Esta pesquisa não apresenta riscos a sua integridade física e quanto aos benefícios, acredita-se que os resultados possam fornecer subsídios para a formulação de propostas de resolução dos problemas estudados".
- 2) Adotar modelo de TCLE do qual conste cláusula de reembolso e ressarcimento.
- 3) Adotar modelo de TCLE do qual conste informações relativas ao risco de desconforto ou constrangimento do participante em responder aos questionários ;
- 4) Adotar modelo de TCLE eletrônico que informe que o preenchimento do questionário eletrônico somente se dará após a anuência do participante.

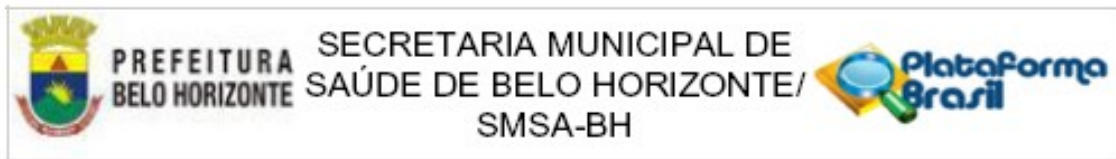
**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, não encontrando objeções éticas e verificando que a emenda ao projeto originalmente aprovado cumpriu os requisitos da Resolução CNS 466/12, considera aprovado a emenda ao projeto Programa de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência na Atenção Básica.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Salienta-se que o sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 02  
 Bairro: Padre Eustáquio CEP: 30.720-000  
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE  
 Telefone: (31)3277-5309 E-mail: ccep@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 1.512.402

O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou, aguardando seu parecer, exceto nos casos previstos na Resolução CNS 466/12. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser previamente apresentadas para apreciação do CEP através da Plataforma Brasil, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Notificações podem ser apresentadas ao CEP através da Plataforma Brasil. As notificações de início e término da pesquisa devem ser apresentadas tão logo os eventos ocorram.

Relatórios semestrais, a partir da data de aprovação, devem ser apresentados ao CEP para acompanhamento da pesquisa. Ao término da pesquisa deve ser apresentado relatório final.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_686445_E2.pdf	28/03/2016 03:58:14		Aceito
Outros	Roteiro_e_Questionario_on_line_Gerentes_Gestores.doc	28/03/2016 03:45:58	Elza Machado de Melo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Gestores_Gerentes_e_Informantes_Chave_ajustado.doc	28/03/2016 03:44:13	Elza Machado de Melo	Aceito
Outros	TALE - participantes de 10 a 17 anos.docx	24/09/2014 12:04:01		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEs modificados, pais e responsáveis, usuários, profissionais e gestores.doc	24/09/2014 12:03:11		Aceito
Outros	Parecer - p 2.jpg	15/09/2014 02:33:34		Aceito
Outros	Parecer - p 1.jpg	15/09/2014 02:33:13		Aceito
Outros	Aprovação Câmara.jpg	15/09/2014 02:32:55		Aceito
Outros	Anuência BH.jpg	15/09/2014 02:26:50		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	Promoção de Saúde e Prevenção da Violência na Atenção Básica de Saúde	15/09/2014 02:17:33		Aceito

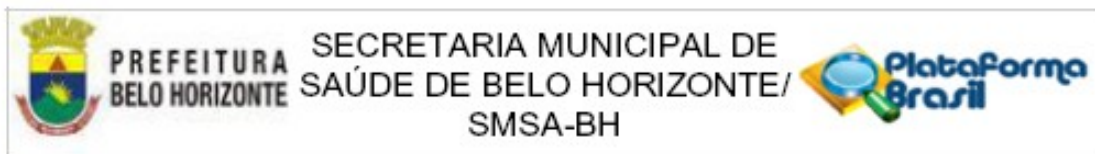
Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 02

Bairro: Padre Eustáquio CEP: 30.720-000

UF: MG Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3277-5309

E-mail: ocep@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 1.512.402

Investigador	BH.doc	15/09/2014 02:17:33		Aceito
Folha de Rosto	Folha de rosto.jpg	15/09/2014 02:10:56		Aceito
Outros	QUESTIONÁRIO USUÁRIO - identificação.doc	14/05/2012 12:01:01		Aceito
Outros	QUESTIONÁRIO USUÁRIOS COEP.doc	14/05/2012 11:57:48		Aceito
Outros	QUESTIONÁRIO PROFISSIONAIS COEP.doc	14/05/2012 11:56:08		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO, vários atores.doc	14/05/2012 11:54:27		Aceito
Outros	Anuência Santa Luzia.doc	14/05/2012 11:53:20		Aceito
Outros	Anuências, aprovações e pareceres.pdf	14/05/2012 11:47:44		Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

BELO HORIZONTE, 25 de Abril de 2016

---

Assinado por:  
Eduardo Prates Miranda  
(Coordenador)

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 02  
 Bairro: Padre Eustáquio CEP: 30.720-000  
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE  
 Telefone: (31)3277-5309 E-mail: ccep@pbh.gov.br

## ANEXO C – Folha de Aprovação da Defesa

	<b>UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS</b> PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA/MP	
--	--	--


### FOLHA DE APROVAÇÃO


**Matriciamento em Saúde Mental: a percepção dos profissionais das Unidades Básicas de Saúde de Belo Horizonte sobre o processo de integração entre saúde mental e atenção primária**

#### PAULA JANUZZI SERRA

Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA/MP, como requisito para obtenção do grau de Mestre em PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA, área de concentração PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA.

Aprovada em 04 de julho de 2018, pela banca constituída pelos membros:

  
 Prof(a). Marcelo Grossi Araújo - Orientador  
 UFMG

  
 Prof(a). Elza Machado de Melo  
 UFMG

  
 Prof(a). Renato Diniz Silveira  
 PUC/MG

  
 Prof(a). Maria Monica Freitas Ribeiro  
 UFMG

Belo Horizonte, 4 de julho de 2018.



**APÊNDICE A - Distribuição das funções ocupadas em cada UBS selecionada no Distrito Sanitário correspondente**

UBS	Bairro	Função ocupada na UBS																	Total	
		Enf.	Méd.	Méd. apoio	Ass. social	Dent.	Téc. saúde bucal	Aux. saúde bucal	Prof. NASF	Prof. nível superior SM	Outro prof. nível superior	Aux. ou téc. enf.	ACS	Aux. Adm	Gestor da UBS	ACE	Aux. Serv. Gerais	Vigil.		Outra
Regional Barreiro	Barreiro	5	0	1	0	1	0	1	0	1	0	6	19	2	1	6	0	0	1	44
	Tirol	1	1	0	0	2	0	1	1	1	0	5	14	0	0	8	0	0	0	34
	Independência	1	1	0	1	1	0	2	1	0	0	1	19	0	0	3	0	0	0	30
	Pilar / Olhos D'água	2	0	1	0	1	1	2	0	0	1	7	7	1	0	2	0	0	1	26
	Regina	2	2	1	0	2	2	1	3	0	0	11	14	1	1	1	0	0	0	41
Regional Centro-Sul	Menino Jesus	2	1	1	1	0	0	0	0	1	0	4	1	0	0	0	0	0	0	11
	Nossa Senhora de Fátima	1	1	0	1	0	0	1	1	0	1	4	2	1	0	3	0	0	1	17
	Oswaldo Cruz	2	2	0	1	0	0	0	0	0	0	3	2	2	0	3	1	0	0	16
	Padre Tarcísio / NSC	2	2	0	0	1	0	1	1	1	0	4	4	1	0	0	1	0	0	18
	Santa Lúcia	2	1	0	0	1	0	2	0	0	0	2	2	1	0	4	0	1	0	16
Regional Leste	Horto	5	3	1	1	0	0	0	1	2	0	2	12	2	0	2	0	0	0	31
	Mariano de Abreu	2	1	1	0	0	0	3	2	0	0	7	10	0	1	3	1	0	3	34
	Pompeia	1	2	1	1	0	0	1	0	0	0	3	10	2	1	7	0	0	0	29
	São Geraldo	2	0	1	0	0	1	1	0	0	0	4	4	1	0	6	0	0	0	20
	Taquaril	4	3	0	0	0	1	1	0	0	0	6	10	2	0	0	0	0	1	28
Regional Nordeste	Alcides Lins	3	1	0	0	1	0	1	0	0	0	2	12	1	1	4	0	0	0	26
	Cidade Ozanan	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	1	0	0	0	0	0	11
	Conjunto Paulo VI	1	1	0	1	3	1	0	1	0	0	5	4	1	0	2	1	0	0	21
	Nazaré	2	1	0	0	3	1	1	2	0	0	3	19	1	1	6	0	0	0	40
	São Paulo	3	1	0	1	2	0	0	2	0	1	6	9	1	1	6	0	0	0	33

Continua

Distribuição das funções ocupadas em cada UBS selecionada no Distrito Sanitário correspondente - conclusão

UBS	Bairro	Função ocupada na UBS																	Total	
		Enf.	Méd.	Méd. apoio	Ass. social	Dent.	Téc. saúde bucal	Aux. saúde bucal	Prof. NASF	Prof. nível superior SM	Outro prof. nível superior	Aux. ou téc. enf.	ACS	Aux. Adm	Gestor da UBS	ACE	Aux. Serv. Gerais	Vigil.		Outra
Regional Noroeste	Carlos Prates	2	1	2	0	2	0	2	0	1	0	6	3	2	1	4	0	0	1	27
	Jardim Filadélfia	3	1	0	1	1	0	2	0	0	0	6	6	1	1	6	0	0	0	28
	Pedreira Prado Lopes	2	1	0	1	1	0	0	0	0	0	2	3	0	1	4	1	1	1	18
	Santos Anjos	2	1	0	0	2	0	1	0	0	0	4	9	0	1	3	0	0	0	23
	São Cristóvão	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	8	1	1	8	0	0	1	27
Regional Norte	Heliópolis	2	4	0	0	2	1	1	1	1	0	5	8	2	1	0	1	0	0	29
	Jaqueline	2	0	1	0	1	1	1	0	0	0	4	6	2	1	4	1	0	0	24
	Primeiro de Maio	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	8	2	1	0	0	0	0	16
	São Tomaz	1	1	0	0	1	0	1	3	0	0	5	4	1	1	0	0	0	0	18
	Tupi	3	1	0	0	1	0	1	0	0	0	3	4	1	0	5	0	0	0	19
Regional Oeste	Conjunto Betânia	1	1	0	0	2	0	0	3	0	0	6	8	1	0	0	1	0	0	23
	Palmeiras	3	2	0	0	3	0	0	1	0	0	3	5	0	0	1	0	0	0	18
	São Jorge	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	0	1	0	0	1	0	9
	Vila Leonina	4	1	0	0	0	0	1	0	0	0	2	4	1	0	1	0	0	0	14
	Waldomiro Lobo	1	1	0	2	0	0	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	1	9
Regional Pampulha	Confisco	2	3	0	0	1	1	2	1	0	1	5	8	3	0	7	1	0	0	35
	Padre Joaquim Maia	3	1	0	1	0	0	0	0	0	0	3	4	0	0	4	0	0	2	18
	Santa Rosa	3	1	0	0	0	0	0	1	0	0	3	5	1	1	5	0	0	0	20
	Santa Terezinha	2	1	0	0	2	0	1	0	0	0	1	10	0	1	1	0	0	0	19
	Serrano	2	2	0	0	2	0	1	0	0	2	3	7	1	1	5	1	0	0	27
Regional Venda Nova	Andradas	2	1	0	0	0	1	0	0	0	0	3	7	0	1	2	1	0	0	18
	Copacabana	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	2	10	0	1	0	1	0	1	18
	Jardim Europa	1	1	0	0	0	0	1	3	0	0	2	7	0	0	9	0	0	0	24
	Jardim Leblon	1	1	1	0	0	0	2	0	0	0	6	5	0	0	2	0	0	0	18
	Piratininga	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	4	6	1	0	4	0	0	0	17
Total	95	56	13	14	40	11	38	29	8	8	170	326	42	22	141	12	3	14	1.042	

## APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O senhor (a) está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada **Programa de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência na Atenção Básica de Saúde**. Esta pesquisa pretende identificar as violências que geralmente ocorrem no dia a dia e as formas que a comunidade utiliza para lidar com elas, seja para reparar-las, seja para preveni-las. É uma pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais e tem por objetivo conhecer a realidade e propor e estudar, a partir dos resultados, formas de abordagem e superação deste problema, dentro da perspectiva de promoção de saúde e paz.

Para participar, você deverá responder um formulário elaborado pelos pesquisadores, aqui mesmo na Unidade de Saúde. **Os seus dados serão mantidos em segredo, ninguém terá acesso a eles, a não ser os pesquisadores. A sua participação é gratuita e voluntária e, a qualquer momento, você pode retirar-se da pesquisa, se assim desejar. Sua recusa em participar ou a interrupção da entrevista não lhe trarão qualquer problema, de qualquer natureza.**

Os dados obtidos serão utilizados somente nesta pesquisa e os resultados de sua análise apresentados em artigos e eventos científicos. Cabe ressaltar que os materiais utilizados na pesquisa serão destruídos após a elaboração do trabalho.

Esta pesquisa não apresenta riscos a sua integridade física e quanto aos benefícios, acredita-se que os resultados possam fornecer subsídios para a formulação de propostas de resolução dos problemas estudados.

Durante toda a realização do trabalho, você tem o direito de tirar suas dúvidas sobre a pesquisa na qual está participando. Os pesquisadores estarão à disposição para qualquer esclarecimento necessário.

Baseado neste termo, eu, \_\_\_\_\_, aceito participar da pesquisa intitulada Programa de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência na Atenção Básica de Saúde, dentro das condições acima expostas.

1. Nome:
2. Data de nascimento: ____/____/____
3. Endereço completo: Rua/Av. _____ Nº/complemento _____ Bairro: _____ Cidade: _____ CEP: _____
4. Telefones: 1. Fixo: (____) _____ 2. Celular: (____) _____ ( ) 3. Não tenho nenhum telefone para contato.

Belo Horizonte, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017.

**Assinatura:** \_\_\_\_\_


### Coordenadora da pesquisa:

Prof. Dra. Elza Machado de Melo – Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência/Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina/UFMG.  
Tel.: (31) 3409-9945 / (31) 99184-3408.

### Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG

Endereço: Avenida Antônio Carlos, 6627 Unidade Administrativa II - 2º andar Campus Pampulha Belo Horizonte, MG – Brasil CEP: 31270-901.  
Telefax (31) 3409-4592.

## APÊNDICE C - QUESTIONÁRIO APLICADO

 <p style="margin: 0;">Universidade Federal de Minas Gerais <b>Faculdade de Medicina</b> Departamento de Promoção de Saúde e Prevenção à Violência</p>	Questionário nº:
	Regional:
	UBS:
Nome do entrevistador:	Data:

*Critério de inclusão: trabalhar há pelo menos 01 (um) ano nesta Unidade Básica de Saúde.*

CARACTERÍSTICAS PESSOAIS
1. Sexo: <input type="checkbox"/> 1. Feminino <input type="checkbox"/> 2. Masculino
2. Data de nascimento: ____/____/____
3. Endereço ( <b>somente Rua/Av e Bairro</b> ): Bairro: _____ Rua/Av: _____
4. Qual o seu estado civil? <input type="checkbox"/> 1. Casado(a) <input type="checkbox"/> 2. União estável/"amasiado" <input type="checkbox"/> 3. Viúvo(a) <input type="checkbox"/> 4. Solteiro(a) <input type="checkbox"/> 5. Divorciado(a) ou divorciado(a)
5. Cor / Raça: <input type="checkbox"/> 1. Branca <input type="checkbox"/> 2. Amarela <input type="checkbox"/> 3. Indígena <input type="checkbox"/> 4. Preta <input type="checkbox"/> 5. Parda
6. Qual o seu grau de instrução? <input type="checkbox"/> 1. Fundamental incompleto (até 8º série ou 9 anos de escola) <input type="checkbox"/> 2. Fundamental completo (8º série ou 9 anos de escola) <input type="checkbox"/> 3. Ensino médio incompleto (ou 2º grau ou 2º ciclo ou científico, clássico) <input type="checkbox"/> 4. Ensino médio completo (ou 2º grau ou 2º ciclo ou científico, clássico) <input type="checkbox"/> 5. Curso técnico: _____ <input type="checkbox"/> 6. Superior incompleto <input type="checkbox"/> 7. Superior completo: _____ <input type="checkbox"/> 8. Pós-graduação <input type="checkbox"/> 9. Analfabeto
TRABALHO
7. Há quanto tempo trabalha na Unidade: ____ anos
8. Função ocupada na Unidade: <input type="checkbox"/> 1. Enfermeiro <input type="checkbox"/> 2. Médico <input type="checkbox"/> 3. Médico de apoio. Qual? _____ <input type="checkbox"/> 4. Assistente social <input type="checkbox"/> 5. Dentista <input type="checkbox"/> 6. Técnico de saúde bucal <input type="checkbox"/> 7. Auxiliar de saúde bucal <input type="checkbox"/> 8. Profissional do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) Qual? _____ <input type="checkbox"/> 9. Profissional nível superior da saúde mental. Qual? _____ <input type="checkbox"/> 10. Outro profissional de nível superior. Qual? _____ <input type="checkbox"/> 11. Auxiliar ou Técnico de enfermagem <input type="checkbox"/> 12. Agente Comunitário de Saúde (ACS) <input type="checkbox"/> 13. Auxiliar Administrativo <input type="checkbox"/> 14. Gerente da Unidade <input type="checkbox"/> 15. Agente de Combate de Endemias (ACE) <input type="checkbox"/> 16. Auxiliar de Serviços Gerais <input type="checkbox"/> 17. Guarda municipal <input type="checkbox"/> 18. Outra. Qual? _____

9. Qual é o vínculo com a Secretaria Municipal de Saúde? <input type="checkbox"/> 1. Concursado <input type="checkbox"/> 2. Contratado celetista <input type="checkbox"/> 3. Contratado autônomo (RPA) <input type="checkbox"/> 4. Temporário <input type="checkbox"/> 5. Terceirizado <input type="checkbox"/> 6. Outro. Especifique _____				
10. Quantas horas por semana você trabalha na Unidade: _____				
11. Turno de trabalho: <input type="checkbox"/> 1. Manhã <input type="checkbox"/> 2. Tarde <input type="checkbox"/> 3. Noite <input type="checkbox"/> 4. Manhã e Tarde <input type="checkbox"/> 5. Tarde e Noite <input type="checkbox"/> 6. Manhã, Tarde e Noite <input type="checkbox"/> 7. Outro. Especifique _____				
12. Tem outro vínculo de trabalho além do vínculo na atenção primária em saúde (APS)? <input type="checkbox"/> 1. Sim. Qual (is)? _____ <input type="checkbox"/> 2. Não				
13. Trabalha em regime de turnos ininterruptos (24 horas seguidas ou mais)? <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não				
TRABALHO NA SUA UNIDADE				
14. As decisões na unidade contam com a participação dos trabalhadores? <input type="checkbox"/> 1. Sempre <input type="checkbox"/> 2. Quase sempre <input type="checkbox"/> 3. Raramente <input type="checkbox"/> 4. Nunca				
15. Há conflitos no desenvolvimento do trabalho? <input type="checkbox"/> 1. Sempre <input type="checkbox"/> 2. Quase sempre <input type="checkbox"/> 3. Raramente <input type="checkbox"/> 4. Nunca				
16. Em sua opinião, os horários são cumpridos por todos? <input type="checkbox"/> 1. Sempre <input type="checkbox"/> 2. Quase sempre <input type="checkbox"/> 3. Raramente <input type="checkbox"/> 4. Nunca				
17. Existem momentos de encontros da equipe para planejamento e organização dos trabalhos? <input type="checkbox"/> 1. Sempre <input type="checkbox"/> 2. Quase sempre <input type="checkbox"/> 3. Raramente <input type="checkbox"/> 4. Nunca				
18. Os profissionais têm oportunidade de contribuir com o planejamento das ações em saúde em sua unidade? <input type="checkbox"/> 1. Sim. Como? _____ <input type="checkbox"/> 2. Não.				
19. Considere os grupos da população com vulnerabilidades específicas e cite aqueles que você usualmente atende na UBS: _____ _____				
20. Você sabe se há alguma ação intersetorial da UBS com serviços da Política de Assistência Social: <input type="checkbox"/> 1. Sim. Qual? _____ <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 3. Não sei				
21. Você está satisfeito com o seu trabalho? <input type="checkbox"/> 1. Sempre <input type="checkbox"/> 2. Quase sempre <input type="checkbox"/> 3. Raramente <input type="checkbox"/> 4. Nunca				
Nos seguintes quesitos, quais elementos podem interferir no vínculo do profissional com sua unidade				
	Fortalecimento		Enfraquecimento	
22. Distância trabalho – residência	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não
23. Mercado de trabalho	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não

24. Remuneração	( ) 1. Sim	( ) 2. Não	( ) 1. Sim	( ) 2. Não
25. Condições de trabalho na UBS/posto saúde	( ) 1. Sim	( ) 2. Não	( ) 1. Sim	( ) 2. Não
26. Situação de violência	( ) 1. Sim	( ) 2. Não	( ) 1. Sim	( ) 2. Não
27. Relações interpessoais c/ equipe e usuários	( ) 1. Sim	( ) 2. Não	( ) 1. Sim	( ) 2. Não
28. Perfil e formação profissional	( ) 1. Sim	( ) 2. Não	( ) 1. Sim	( ) 2. Não
29. Tipo de trabalho realizado na APS(APS: <i>atenção primária em saúde</i> )	( ) 1. Sim	( ) 2. Não	( ) 1. Sim	( ) 2. Não
30. Outros. Quais	( ) 1. Sim	( ) 2. Não	( ) 1. Sim	( ) 2. Não

A seguir, assinale com “x” as opções:

<u>Declaração</u>	Pontuação						
	Nunca. (1)	Algumas vezes ao ano ou menos. (2)	Uma vez ao mês ou menos. (3)	Algumas vezes durante o mês. (4)	Uma vez por semana. (5)	Algumas vezes durante a semana. (6)	Todo o dia. (7)
31. Eu me sinto esgotado ao final de um dia de trabalho.							
32. Eu me sinto como se estivesse no meu limite.							
33. Eu me sinto emocionalmente exausto pelo meu trabalho.							
34. Eu me sinto frustrado com o meu trabalho.							
35. Trabalhar diretamente c/ pessoas me deixa muito estressado.							
36. Eu me sinto esgotado com meu trabalho.							
37. Eu sinto que estou trabalhando demais no meu emprego.							
38. Eu me sinto cansado quando levanto de manhã e tenho que encarar outro dia de trabalho.							
39. Trabalhar com as pessoas o dia inteiro é realmente um grande esforço para mim.							
40. Eu sinto que os pacientes me culpam por alguns dos seus problemas.							
41. Eu sinto que trato alguns dos meus pacientes como se eles fossem objetos.							
42. Eu acho que me tornei mais insensível com as pessoas desde que comecei esse trabalho.							
43. Eu acho que este trabalho está me endurecendo emocionalmente.							
<b>Continue assinalando com “x” as opções:</b>							
<u>Declaração</u>	Nunca. (1)	Algumas vezes ao ano ou menos. (2)	Uma vez ao mês ou menos. (3)	Algumas vezes durante o mês. (4)	Uma vez por semana. (5)	Algumas vezes durante a semana. (6)	Todo o dia. (7)
44. Eu não me importo realmente com o que acontece com alguns dos meus pacientes.							
45. Eu me sinto muito cheio de energia.							
46. Eu me sinto estimulado depois de trabalhar lado a lado com os meus pacientes.							
47. No meu trabalho, eu lido com os problemas emocionais com muita calma.							
48. Eu posso criar facilmente um ambiente tranquilo com os meus pacientes							
49. Eu sinto que estou influenciando positivamente a vida de outras pessoas através do meu trabalho.							
50. Eu trato de forma adequada os problemas dos meus pacientes.							
51. Eu posso entender facilmente o que sentem os meus pacientes acerca das coisas.							
52. Eu tenho realizado muitas coisas importantes nesse trabalho.							

53. Você ou alguém da sua unidade desenvolve alguma ação de saúde ambiental na área de abrangência território da UBS? ( ) 1. Sim. Cite: _____ ( ) 2. Não. Justifique: _____			
54. Você conhece os córregos da área de abrangência da unidade de saúde? ( ) 1. Sim. Se sim, cite o nome e a localização dos mesmos: _____ ( ) 2. Não			
55. Você sabe a qual bacia hidrográfica pertence a sua unidade de saúde? ( ) 1. Sim. Qual? ? _____ ( ) 2. Não			
MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL			
56. Você costuma cuidar de pacientes com problemas de Saúde Mental? ( ) 1. Sim ( ) 2. Não <b>(se marcou essa alternativa, pular o bloco)</b>			
Quando você cuida de pacientes com problemas de saúde mental, você costuma: (Considere ações relativas à saúde mental):			
<b>(OBS.: NSA = não se aplica)</b>			
	( ) 1. Sim	( ) 2. Não	( ) 888. NSA
57. Identificar sinais e sintomas dos transtornos mentais	( ) 1. Sim	( ) 2. Não	( ) 888. NSA
58. Prestar cuidados aos pacientes com transtornos mentais	( ) 1. Sim	( ) 2. Não	( ) 888. NSA
59. Pedir a avaliação da Equipe de Saúde da Família	( ) 1. Sim	( ) 2. Não	( ) 888. NSA
60. Pedir a avaliação do psiquiatra do Centro de Saúde	( ) 1. Sim	( ) 2. Não	( ) 888. NSA
61. Pedir a avaliação do psicólogo do Centro de Saúde	( ) 1. Sim	( ) 2. Não	( ) 888. NSA
62. Iniciar tratamento medicamentoso	( ) 1. Sim	( ) 2. Não	( ) 888. NSA
63. Modificar a medicação já prescrita	( ) 1. Sim	( ) 2. Não	( ) 888. NSA
64. Manter a prescrição do psiquiatra	( ) 1. Sim	( ) 2. Não	( ) 888. NSA
65. Encaminhar o paciente para outro serviço de saúde mental	( ) 1. Sim	( ) 2. Não	( ) 888. NSA
66. Outro ( ) Qual?			( ) 888. NSA
Quais são os problemas de saúde mental dos quais você cuida mais frequentemente?			
67. Depressão	( ) 1. Sim	( ) 2. Não	( ) 888. NSA
68. Ansiedade	( ) 1. Sim	( ) 2. Não	( ) 888. NSA
69. Transtorno de pânico	( ) 1. Sim	( ) 2. Não	( ) 888. NSA
70. Insônia	( ) 1. Sim	( ) 2. Não	( ) 888. NSA
71. Perda de memória	( ) 1. Sim	( ) 2. Não	( ) 888. NSA
72. Atraso/retardo mental	( ) 1. Sim	( ) 2. Não	( ) 888. NSA
73. Esquizofrenia	( ) 1. Sim	( ) 2. Não	( ) 888. NSA
74. Transtorno bipolar	( ) 1. Sim	( ) 2. Não	( ) 888. NSA
75. Problemas com álcool	( ) 1. Sim	( ) 2. Não	( ) 888. NSA
76. Problemas com outras drogas	( ) 1. Sim	( ) 2. Não	( ) 888. NSA
77. Tentativas de suicídio	( ) 1. Sim	( ) 2. Não	( ) 888. NSA
78. Outro(s). Qual(is)?			( ) 888. NSA
79. Há reuniões de Matriciamento em Saúde Mental neste Centro de Saúde? ( ) 1. Sim ( ) 2. Não (se marcou essa alternativa, pular o bloco) ( ) 3. Não sei (se marcou essa alternativa, pular o bloco)			
80. Descreva o que você entende por matriciamento em saúde mental: _____			
81. Você já participou de alguma reunião de Matriciamento em Saúde Mental? ( ) 1. Sim ( ) 2. Não. Por quê? _____ <b>(Se marcou a alternativa "Não", pular o bloco)</b>			
82. Qual a frequência das reuniões de Matriciamento em Saúde Mental para sua equipe de PSF? ( ) 1. Uma vez por semana ( ) 3. Uma vez por mês ( ) 2. De 15 em 15 dias ( ) 4. Outro. Qual?			
83. As reuniões de Matriciamento em Saúde Mental contribuíram para mudanças na sua prática? ( ) 1. Sim. Quais mudanças? _____ ( ) 2. Não.			
Quais as dificuldades para efetivar o matriciamento em saúde mental no seu CS?			
84. O tempo é insuficiente para as discussões	( ) 1. Sim	( ) 2. Não	( ) 888. Não se aplica
85. Os profissionais não comparecem à reunião	( ) 1. Sim	( ) 2. Não	( ) 888. Não se aplica
86. O psiquiatra não está disponível no horário da reunião	( ) 1. Sim	( ) 2. Não	( ) 888. Não se aplica

87. O psicólogo não está disponível no horário da reunião	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. Não se aplica
88. A metodologia do matriciamento não é adequada	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. Não se aplica
89. Resistência dos profissionais da equipe de PSF	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. Não se aplica
90. Resistência dos profissionais de saúde mental	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. Não se aplica
91. Despreparo dos profissionais da equipe de PSF	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. Não se aplica
92. Despreparo dos profissionais de saúde mental	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. Não se aplica
93. Equipe do PSF achar que o tratamento deveria ser restrito ao especialista			
94. Equipe do PSF achar que o tratamento do especialista é de melhor qualidade	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. Não se aplica
95. O usuário prefere o especialista	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. Não se aplica
96. A grande demanda de casos de saúde mental	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. Não se aplica
97. Outro(s). Qual(is)? _____			<input type="checkbox"/> 888. Não se aplica

#### ATIVIDADES FÍSICAS

A Academia da Cidade (Saúde) é um Programa da Prefeitura de Belo Horizonte, vinculado à Secretaria de Saúde, e que conta com um espaço, geralmente dentro ou próximo aos Centros de Saúde, CRAS (Centro de Referência de Assistência Social) ou Centros de Apoio Comunitário (CAC), e sempre dirigidas por Profissionais Técnicos Superiores de Saúde/Educadores Físicos.

**Academia da praça (aparelhos colocados ao ar livre), Liang Gong, Programa Vida Ativa e Saúde na Escola e outras atividades desportivas não possuem vínculos com a Academia da Cidade.**

98. Você tem o hábito de indicar usuários dos quais você cuida ao Programa Academia da Cidade (PAC)?  
 1. Sim.       2. Não.       888. Não se aplica.

99. Existe um Fluxo de encaminhamento de usuários para o Programa Academia da Cidade (PAC)?  
 1. Sim.       2. Não.       3. Não sei.

100. Você dispõe de algum instrumento (protocolo padrão, diretriz teste, etc..) para avaliar a liberação dos usuários e pacientes para a prática de exercícios físicos?  
 1. Sim. Qual? \_\_\_\_\_  
 2. Não  
 888. Não se aplica.

101. Você utiliza este instrumento?  
 1. Sim.       2. Não.       888. Não se aplica (NSA).

102. Cite os passos que você considera adequado para a construção do fluxo de referência e contrarreferência entre a unidade básica de saúde e o Programa Academia da Cidade (PAC).  
 \_\_\_\_\_

Considere as alternativas abaixo. Qual(is) dela(s) você apontaria como dificuldades para o encaminhamento de usuários ao Programa Academia da Cidade (PAC)?

103. Desinteresse dos pacientes e usuários	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888.NSA
104. Desinformação quanto ao fluxo de encaminhamento	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888.NSA
105. Condição física do paciente/usuário	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888.NSA
106. Condição de saúde que impossibilita a prática de atividades físicas	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888.NSA
107. Outra(s). Qual(is)? _____			<input type="checkbox"/> 888.NSA

O que você acha que pode ser feito para fortalecer a relação Centros de Saúde /Academias da Cidade?

108. Sensibilização dos pacientes e usuários para a prática de atividades físicas	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não
109. Capacitação das equipes de saúde para o encaminhamento	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não
110. Esclarecimento junto às Equipes de Saúde sobre como são realizadas as atividades físicas na Academia	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não
111. "Feed Back" periódico de informações sobre usuários/pacientes encaminhados a prática de atividades físicas	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não
112. Discussão mensal dentro da reunião do NASF sobre o PAC e a Promoção da Saúde por usuários/pacientes	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não
113. Outra(s). Qual(is)? _____		<input type="checkbox"/> 888. NSA

#### RELAÇÃO COM A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

114. A Secretaria Municipal de Saúde leva em conta as reivindicações dos profissionais da Unidade?

<input type="checkbox"/> 1. Sempre	<input type="checkbox"/> 3. Raramente
<input type="checkbox"/> 2. Quase sempre	<input type="checkbox"/> 4. Nunca



<b>Porque você avalia assim?</b> _____		
115. Os profissionais da Unidade têm algum grau de autonomia perante a Secretaria Municipal de Saúde?		
<input type="checkbox"/> 1. Sempre	<input type="checkbox"/> 3. Raramente	
<input type="checkbox"/> 2. Quase sempre	<input type="checkbox"/> 4. Nunca	
<b>Por que você avalia assim?</b> _____		
116. Os profissionais participam da formulação das políticas de saúde para o Município? <input type="checkbox"/> 1. Sempre		
<input type="checkbox"/> 2. Quase sempre	<input type="checkbox"/> 4. Nunca	
<input type="checkbox"/> 3. Raramente		
<b>Por que você avalia assim?</b> _____		
<b>RELAÇÕES INTERPESSOAIS NA UNIDADE DE TRABALHO</b>		
Você já sofreu algumas das seguintes agressões por algum profissional da unidade?		
117. Agressão física	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não
118. Agressão verbal	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não
119. Agressão moral ou psicológica	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não
120. Agressão sexual	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não
121. <i>Bullying</i> (intimidação)	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não
Você já agrediu algum colega de trabalho nos seguintes modos?		
122. Agressão física	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não
123. Agressão verbal	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não
124. Agressão moral ou psicológica	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não
125. Agressão sexual	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não
126. <i>Bullying</i> (intimidação)	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não
<b>RELACIONAMENTO COM O USUÁRIO</b>		
127. Você já foi ameaçado por algum usuário?		
<input type="checkbox"/> 1. Sempre	<input type="checkbox"/> 3. Raramente	
<input type="checkbox"/> 2. Quase sempre	<input type="checkbox"/> 4. Nunca	
Você já sofreu alguma das seguintes agressões por algum usuário?		
128. Agressão física	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não
129. Agressão verbal	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não
130. Agressão moral ou psicológica	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não
131. Agressão sexual	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não
132. <i>Bullying</i> (intimidação)	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não
133. Já houve reclamações do usuário sobre o seu trabalho?		
<input type="checkbox"/> 1. Sempre	<input type="checkbox"/> 3. Raramente	
<input type="checkbox"/> 2. Quase sempre	<input type="checkbox"/> 4. Nunca	
Você já causou alguma das seguintes agressões a algum usuário?		
134. Agressão física	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não
135. Agressão verbal	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não
136. Agressão moral ou psicológica	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não
137. Agressão sexual	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não
138. <i>Bullying</i> (intimidação)	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não
139. Negação de atendimento	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não
140. Você participa da Comissão Local de Saúde (CLS) da sua unidade?		
<input type="checkbox"/> 1. Sim: <input type="checkbox"/> 1.1 Mensalmente <input type="checkbox"/> 1.2 Semestralmente <input type="checkbox"/> 1.3 Anualmente.		
<input type="checkbox"/> 2. Não. Por quê? _____		
<b>RELAÇÃO ENTRE COLEGAS E OS USUÁRIOS</b>		
Alguns profissionais da Unidade sofreram alguma das seguintes agressões por usuário?		
141. Agressão física	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não
142. Agressão verbal	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não
143. Agressão moral ou psicológica	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não
144. Agressão sexual	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não
145. <i>Bullying</i> (intimidação)	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não
146. Já houve reclamações do usuário sobre trabalho de algum profissional da Unidade, em relação ao atendimento técnico oferecido pelo profissional?		
<input type="checkbox"/> 1. Sempre	<input type="checkbox"/> 3. Raramente	
<input type="checkbox"/> 2. Quase sempre	<input type="checkbox"/> 4. Nunca	
Alguns profissionais já causaram alguma das seguintes agressões a algum usuário?		
147. Agressão física	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não
148. Agressão verbal	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não
149. Agressão moral ou psicológica	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não
150. Agressão sexual	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não

151. <i>Bullying</i> (intimidação)	<input type="checkbox"/> 1. Sim		<input type="checkbox"/> 2. Não	
152. Negação de atendimento				
<b>ATENDIMENTO DE SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA NA UNIDADE</b>				
Quais casos de violência frequentemente são atendidos aqui na Unidade?				
153. Violência interpessoal	<input type="checkbox"/> 1. Sim		<input type="checkbox"/> 2. Não	
154. Violência doméstica	<input type="checkbox"/> 1. Sim		<input type="checkbox"/> 2. Não	
155. Violência institucional	<input type="checkbox"/> 1. Sim		<input type="checkbox"/> 2. Não	
156. Violência estrutural (Exclusão social)	<input type="checkbox"/> 1. Sim		<input type="checkbox"/> 2. Não	
157. E você já abordou em seu trabalho alguma pessoa em situação de violência? <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <b>(Se NÃO, pular para a questão 177).</b>				
Quais tipos de violência você já atendeu aqui na Unidade?				
158. Agressão física	<input type="checkbox"/> 1. Sempre	<input type="checkbox"/> 2. Quase sempre	<input type="checkbox"/> 3. Raramente	<input type="checkbox"/> 4. Nunca
159. Agressão verbal	<input type="checkbox"/> 1. Sempre	<input type="checkbox"/> 2. Quase sempre	<input type="checkbox"/> 3. Raramente	<input type="checkbox"/> 4. Nunca
160. Agressão moral ou psicológica	<input type="checkbox"/> 1. Sempre	<input type="checkbox"/> 2. Quase sempre	<input type="checkbox"/> 3. Raramente	<input type="checkbox"/> 4. Nunca
161. Agressão sexual	<input type="checkbox"/> 1. Sempre	<input type="checkbox"/> 2. Quase sempre	<input type="checkbox"/> 3. Raramente	<input type="checkbox"/> 4. Nunca
162. <i>Bullying</i> (intimidação)	<input type="checkbox"/> 1. Sempre	<input type="checkbox"/> 2. Quase sempre	<input type="checkbox"/> 3. Raramente	<input type="checkbox"/> 4. Nunca
163. Negligência ou abandono	<input type="checkbox"/> 1. Sempre	<input type="checkbox"/> 2. Quase sempre	<input type="checkbox"/> 3. Raramente	<input type="checkbox"/> 4. Nunca
164. Trabalho infantil	<input type="checkbox"/> 1. Sempre	<input type="checkbox"/> 2. Quase sempre	<input type="checkbox"/> 3. Raramente	<input type="checkbox"/> 4. Nunca
165. Discriminação por racismo	<input type="checkbox"/> 1. Sempre	<input type="checkbox"/> 2. Quase sempre	<input type="checkbox"/> 3. Raramente	<input type="checkbox"/> 4. Nunca
166. Falta de acesso a direitos sociais.	<input type="checkbox"/> 1. Sempre	<input type="checkbox"/> 2. Quase sempre	<input type="checkbox"/> 3. Raramente	<input type="checkbox"/> 4. Nunca
167. Falta de cuidados necessários	<input type="checkbox"/> 1. Sempre	<input type="checkbox"/> 2. Quase sempre	<input type="checkbox"/> 3. Raramente	<input type="checkbox"/> 4. Nunca
Você já atendeu casos de violência contra:				
168. Criança	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. Não se aplica	
169. Idoso	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. Não se aplica	
170. Adolescente	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. Não se aplica	
171. Mulher	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. Não se aplica	
172. Homem	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. Não se aplica	
173. Deficiente físico	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. Não se aplica	
174. Deficiente mental	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. Não se aplica	
175. Trabalhador	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. Não se aplica	
176. Outro. Qual?			<input type="checkbox"/> 888. Não se aplica	
177. Você notifica para a Secretaria o <b>caso confirmado</b> de violência? <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não. <input type="checkbox"/> 888. Não se aplica				
178. E você notifica para a Secretaria o <b>caso suspeito</b> de violência? <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não. <input type="checkbox"/> 888. Não se aplica				
179. Você já encaminhou os casos suspeitos/confirmados de violência contra crianças e adolescentes ao Conselho Tutelar? <input type="checkbox"/> 1. Sempre <input type="checkbox"/> 3. Raramente <input type="checkbox"/> 2. Quase sempre <input type="checkbox"/> 4. Nunca				
180. Você já encaminhou casos suspeitos/confirmados de violência contra idosos ao Conselho Municipal do Idoso? <input type="checkbox"/> 1. Sempre <input type="checkbox"/> 3. Raramente <input type="checkbox"/> 2. Quase sempre <input type="checkbox"/> 4. Nunca				
<b>SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA UNIDADE</b>				
181. Você já presenciou algum evento violento no bairro e/ou vizinhança da Unidade? <input type="checkbox"/> 1. Sempre <input type="checkbox"/> 3. Raramente <input type="checkbox"/> 2. Quase sempre <input type="checkbox"/> 4. Nunca				
Qual tipo de violência você já presenciou no bairro e/ou vizinhança da Unidade?				
182. Física	<input type="checkbox"/> 1. Sempre	<input type="checkbox"/> 2. Quase sempre	<input type="checkbox"/> 3. Raramente	<input type="checkbox"/> 4. Nunca
183. Verbal	<input type="checkbox"/> 1. Sempre	<input type="checkbox"/> 2. Quase sempre	<input type="checkbox"/> 3. Raramente	<input type="checkbox"/> 4. Nunca
184. Moral ou psicológica	<input type="checkbox"/> 1. Sempre	<input type="checkbox"/> 2. Quase sempre	<input type="checkbox"/> 3. Raramente	<input type="checkbox"/> 4. Nunca
185. Sexual	<input type="checkbox"/> 1. Sempre	<input type="checkbox"/> 2. Quase sempre	<input type="checkbox"/> 3. Raramente	<input type="checkbox"/> 4. Nunca
186. Abandono ou negligência	<input type="checkbox"/> 1. Sempre	<input type="checkbox"/> 2. Quase sempre	<input type="checkbox"/> 3. Raramente	<input type="checkbox"/> 4. Nunca
187. <i>Bullying</i> (intimidação)	<input type="checkbox"/> 1. Sempre	<input type="checkbox"/> 2. Quase sempre	<input type="checkbox"/> 3. Raramente	<input type="checkbox"/> 4. Nunca
188. Trabalho Infantil	<input type="checkbox"/> 1. Sempre	<input type="checkbox"/> 2. Quase sempre	<input type="checkbox"/> 3. Raramente	<input type="checkbox"/> 4. Nunca
189. Discriminação por racismo	<input type="checkbox"/> 1. Sempre	<input type="checkbox"/> 2. Quase sempre	<input type="checkbox"/> 3. Raramente	<input type="checkbox"/> 4. Nunca
190. Falta de acesso a direitos sociais	<input type="checkbox"/> 1. Sempre	<input type="checkbox"/> 2. Quase sempre	<input type="checkbox"/> 3. Raramente	<input type="checkbox"/> 4. Nunca
191. Falta de cuidados necessários	<input type="checkbox"/> 1. Sempre	<input type="checkbox"/> 2. Quase sempre	<input type="checkbox"/> 3. Raramente	<input type="checkbox"/> 4. Nunca

Quais os tipos de trabalho infantil que você já presenciou no bairro e/ou vizinhança da Unidade?			
192. Prestação serviços/comércio	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	
193. Doméstico	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	
194. Nas ruas	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	
195. Exploração Sexual	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	
196 Tráfico de Drogas	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	
197. Artístico	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	
198. Desportivo	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	
199 Religioso	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	
200 Mendicância	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	
201 Outros ( ) Quais? _____			
202. Nos últimos 12 meses, quantas vezes você sofreu alguma violência física (ou agressão) na vizinhança e/ou território da Unidade? _____			
203. Você conhece alguém que foi assassinado no bairro e/ou vizinhança da Unidade?			
<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não		
204. Você conhece alguém que foi assassinado, fora da área da Unidade?			
<input type="checkbox"/> 1. Sim. Onde? _____	<input type="checkbox"/> 2. Não		
205. Você tem algum familiar, parente ou amigo que tenha sido assassinado?			
<input type="checkbox"/> 1. Sim. Quem? _____	<input type="checkbox"/> 2. Não		
<b>VIVÊNCIA DE SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA</b>			
Você sofreu algum tipo de violência nos últimos 12 meses?			
206. Física	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	
207. Verbal	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	
208. Moral ou Psicológica	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	
209. Sexual	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	
210. <i>Bullying</i> (intimidação)	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	
<b>OBSERVAÇÃO: Se TODAS as questões 206 a 210 tiveram "Não" como resposta, favor pular para questão 268.</b>			
<b>Se alguma das respostas das questões 206 a 210 foi "SIM", favor responder as questões referentes à violência assinalada.</b>			
Quem lhe <b>agrediu fisicamente</b> ?			
211. Familiar. Quem?	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. Não se aplica
212. Chefe ou colega de trabalho	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. Não se aplica
213. Bandido, ladrão ou assaltante	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. Não se aplica
214. Polícia	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. Não se aplica
215. Profissional saúde (serviço público)	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. Não se aplica
216. Profissional saúde (serviço privado)	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. Não se aplica
217. Profissional educação (serviço público)	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. Não se aplica
218. Profissional educação (serviço privado)	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. Não se aplica
219. Profissional serviço judiciário	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. Não se aplica
220. Vizinho	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. Não se aplica
221. Desconhecido	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. Não se aplica
222. Outro. Especifique			
Quem lhe <b>agrediu verbalmente</b>			
223. Familiar. Quem?	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. Não se aplica
224. Chefe ou colega de trabalho	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. Não se aplica
225. Bandido, ladrão ou assaltante	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. Não se aplica
226. Polícia	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. Não se aplica
227. Profissional de saúde (serviço público)	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. Não se aplica
228. Profissional de saúde (serviço privado)	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. Não se aplica
229. Profissional educação (serviço público)	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. Não se aplica
230. Profissional educação (serviço privado)	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. Não se aplica
231. Profissional serviço judiciário	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. Não se aplica
232. Vizinho	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. Não se aplica
233. Desconhecido	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. Não se aplica
234. Outro. Especifique			
Quem lhe <b>agrediu moral ou psicologicamente?</b>			
235. Familiar. Quem?	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. Não se aplica
236. Chefe ou colega de trabalho	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. Não se aplica
237. Bandido, ladrão ou assaltante	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. Não se aplica
238. Polícia	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. Não se aplica
239. Profissional de saúde (serviço público)	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. Não se aplica
240. Profissional de saúde (serviço privado)	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. Não se aplica

241. Profissional educação (serviço público)	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. Não se aplica
242. Profissional educação (serviço privado)	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. Não se aplica
243. Profissional serviço judiciário	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. Não se aplica
244. Vizinho	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. Não se aplica
245. Desconhecido	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. Não se aplica
246. Outro. Especifique			
<b>Quem lhe <i>agrediu sexualmente</i>?</b>			
247. Usuário	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. Não se aplica
248. Colega de trabalho	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. Não se aplica
249. Bandido, ladrão ou assaltante	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. Não se aplica
250. Agente legal público	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. Não se aplica
251. Agente público (saúde)	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. Não se aplica
252. Agente público (escola)	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. Não se aplica
253. Agente público	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. Não se aplica
254. Desconhecido	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. Não se aplica
255. Outro. Especifique	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. Não se aplica
<b>Quem lhe <i>submeteu bullying ou intimidação</i>?</b>			
256. Familiar. Quem?	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. Não se aplica
257. Chefe ou colega de trabalho	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. Não se aplica
258. Bandido, ladrão ou assaltante	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. Não se aplica
259. Polícia	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. Não se aplica
260. Profissional de saúde (serviço público)	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. Não se aplica
261. Profissional de saúde (serviço privado)	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. Não se aplica
262. Profissional educação (serviço público)	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. Não se aplica
263. Profissional educação (serviço privado)	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. Não se aplica
264. Profissional serviço judiciário	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. Não se aplica
265. Vizinho	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. Não se aplica
266. Desconhecido	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. Não se aplica
267. Outro. Especifique			
<b>ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA</b>			
268. O que você entende por violência? _____			
269. Você acha que é possível prevenir a violência? <input type="checkbox"/> 1. Sim. Por quê? _____ <input type="checkbox"/> 2. Não. Por quê? _____			
270. Você acha que é uma das funções da Unidade de saúde desenvolver algum tipo de ação em relação à prevenção da violência? <input type="checkbox"/> 1. Sim. Quais? _____ <input type="checkbox"/> 2. Não. Por quê? _____			
271. Esta Unidade de Saúde da Família desenvolve ações de prevenção da violência? <input type="checkbox"/> 1. Sim. Quais? _____ <input type="checkbox"/> 2. Não			
272. Você conhece algum movimento ou iniciativa voltada para a abordagem e prevenção da violência que atue na região em que trabalha? Sim. Quais? _____ <input type="checkbox"/> 2. Não.			
<b>(Se NÃO, pule para a questão 274)</b>			
273. A equipe de saúde participa dessa iniciativa? <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 3. Não sei <input type="checkbox"/> 888. Não se aplica			
274. Você conhece algum movimento, ou entidade, ou grupo de proteção de recuperação de agressores atuando aqui? <input type="checkbox"/> 1. Sim. Quais? _____ <input type="checkbox"/> 2. Não			
275. Você acha que há no seu Município preocupação das autoridades em combater e prevenir a violência? <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 3. Não sei			
276. Você tem conhecimento sobre as diretrizes nacionais, estaduais ou municipais que definem estratégias para o enfrentamento da violência? <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 3. Não sei			
277. Em sua opinião, qual seria a melhor forma de prevenir a violência e promover a cultura de paz? _____			

<b>DOENÇAS ESTIGMATIZANTES</b>			
<b>Sobre a hanseníase em sua unidade</b>			
278. Nunca foi detectado um caso de hanseníase	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. Não se aplica
279. A unidade já detectou casos e iniciou tratamento	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. Não se aplica
280. A unidade detectou caso e encaminhou o paciente para um serviço de referência.	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. Não se aplica
281. O usuário, após atendimento na referência, continuou o tratamento em sua unidade	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. Não se aplica
282. Os casos são atendidos em outros serviços	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. Não se aplica
<b>Se um dos seus colegas de trabalho receber o diagnóstico de hanseníase, ele deve</b>			
283. Continuar trabalhando normalmente	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. Não se aplica
284. Continuar trabalhando, fazendo o tratamento simultâneo	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. Não se aplica
285. Continuar trabalhando, mas evitando maiores contatos c/ a equipe	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. Não se aplica
286. Deve se afastar até término do tratamento	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. Não se aplica
287. Ao detectar um caso de hanseníase em sua unidade você assumiria o tratamento (diagnóstico, prescrição e acompanhamento)?			
<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não. Por quê? _____		
<b>Sobre a tuberculose em sua unidade</b>			
288. Nunca foi detectado um caso de tuberculose	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. Não se aplica
289. A unidade já detectou casos e iniciou tratamento	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. Não se aplica
290. A unidade detectou caso e encaminhou o paciente para um serviço de referência.	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. Não se aplica
291. O usuário, após atendimento na referência, continuou o tratamento em sua unidade	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. Não se aplica
292. Os casos são atendidos em outros serviços	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. Não se aplica
<b>Se um dos seus colegas de trabalho receber o diagnóstico de tuberculose, ele deve:</b>			
293. Continuar trabalhando normalmente	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. Não se aplica
294. Continuar trabalhando, fazendo o tratamento simultâneo	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. Não se aplica
295. Continuar trabalhando, mas evitando maiores contatos c/ a equipe	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. Não se aplica
296. Deve se afastar até término do tratamento	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. Não se aplica
297. Ao detectar um caso de tuberculose em sua unidade você assumiria o tratamento (diagnóstico, prescrição e acompanhamento)?			
<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não. Por quê? _____		
<b>Sobre HIV/AIDS em sua unidade</b>			
298. Nunca foi detectado um caso de HIV/Aids	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. Não se aplica
299. A unidade já detectou casos e iniciou tratamento	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. Não se aplica
300. A unidade detectou caso e encaminhou o paciente para um serviço de referência	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. Não se aplica
301. O usuário, após atendimento na referência, continuou o tratamento em sua unidade.	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. Não se aplica
302. Os casos são atendidos em outros serviços	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. Não se aplica
303. Se um dos seus colegas de trabalho receber o diagnóstico de portador do HIV, ele deve:			
304. Continuar trabalhando normalmente	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. Não se aplica
305. Continuar trabalhando, fazendo o tratamento simultâneo	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. Não se aplica
306. Continuar trabalhando, mas evitando maiores contatos c/ a equipe	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. Não se aplica
307. Deve se afastar até término do tratamento	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. Não se aplica
<b>PAPEIS DE GÊNERO</b>			
<b>Em todos os lugares as pessoas têm ideias diferentes sobre as famílias e sobre o que constitui um comportamento aceitável para homens e mulheres em casa. Abaixo há uma lista de afirmações e gostaria que você respondesse se você concorda ou discorda das afirmações. Não há respostas certas ou erradas.</b>			
308. O homem é mais violento do que a mulher.			
<input type="checkbox"/> 1. Concorda	<input type="checkbox"/> 3. Discorda		
<input type="checkbox"/> 2. Concorda parcialmente	<input type="checkbox"/> 4. Discorda parcialmente		
<input type="checkbox"/> 5. Não sabe			
309. Uma boa esposa obedece a seu marido mesmo que discorde dele.			
<input type="checkbox"/> 1. Concorda	<input type="checkbox"/> 3. Discorda		
<input type="checkbox"/> 2. Concorda parcialmente	<input type="checkbox"/> 4. Discorda parcialmente		
<input type="checkbox"/> 5. Não sabe			

310. Os problemas familiares devem ser discutidos apenas com pessoas da família ( ) 1. Concorda ( ) 2. Concorda parcialmente ( ) 5. Não sabe	( ) 3. Discorda ( ) 4. Discorda parcialmente
311. É importante para o homem mostrar à sua esposa/companheira quem é que manda. ( ) 1. Concorda ( ) 2. Concorda parcialmente ( ) 5. Não sabe	( ) 3. Discorda ( ) 4. Discorda parcialmente
312. Uma mulher deve escolher seus próprios amigos mesmo se o marido não concorda. ( ) 1. Concorda ( ) 2. Concorda parcialmente ( ) 5. Não sabe	( ) 3. Discorda ( ) 4. Discorda parcialmente
313. É obrigação da esposa manter relações sexuais com seu marido mesmo quando não estiver com vontade. ( ) 1. Concorda ( ) 2. Concorda parcialmente ( ) 5. Não sabe	( ) 3. Discorda ( ) 4. Discorda parcialmente
314. Se um homem maltrata sua esposa, outras pessoas de fora da família devem intervir. ( ) 1. Concorda ( ) 2. Concorda parcialmente ( ) 5. Não sabe	( ) 3. Discorda ( ) 4. Discorda parcialmente
<b>Em sua opinião, um homem tem boas razões para bater em sua esposa se: (Questões 315 a 320)</b>	
315. Ela não realiza os trabalhos domésticos de forma satisfatória para ele. ( ) 1. Concorda ( ) 2. Concorda parcialmente ( ) 5. Não sabe	( ) 3. Discorda ( ) 4. Discorda parcialmente
316. Ela o desobedece ( ) 1. Concorda ( ) 2. Concorda parcialmente ( ) 5. Não sabe	( ) 3. Discorda ( ) 4. Discorda parcialmente
317. Ela se recusa a manter relações sexuais com ele ( ) 1. Concorda ( ) 2. Concorda parcialmente ( ) 5. Não sabe	( ) 3. Discorda ( ) 4. Discorda parcialmente
318. Ela pergunta se ele tem outras namoradas. ( ) 1. Concorda ( ) 2. Concorda parcialmente ( ) 5. Não sabe	( ) 3. Discorda ( ) 4. Discorda parcialmente
319. Ele suspeita que ela é infiel. ( ) 1. Concorda ( ) 2. Concorda parcialmente ( ) 5. Não sabe	( ) 3. Discorda ( ) 4. Discorda parcialmente
320. Ele descobre que ela tem sido infiel. ( ) 1. Concorda ( ) 2. Concorda parcialmente ( ) 5. Não sabe	( ) 3. Discorda ( ) 4. Discorda parcialmente
<b>Em sua opinião, uma mulher casada pode recusar-se a manter relações sexuais com seu marido se: (Questões 321 a 324)</b>	
321. Ela não quer. ( ) 1. Concorda	( ) 2. Discorda ( ) 3. Não sabe
322. Ele está bêbado. ( ) 1. Concorda	( ) 2. Discorda ( ) 3. Não sabe
323. Ela está doente. ( ) 1. Concorda	( ) 2. Discorda ( ) 3. Não sabe
324. Ele a maltrata. ( ) 1. Concorda	( ) 2. Discorda ( ) 3. Não sabe
<b>ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA</b>	
325. Na sua opinião, a lista padronizada de medicamentos adotada atende a demanda por medicamentos na Unidade Básica de Saúde? ( ) 1. Sempre ( ) 2. Quase sempre ( ) 3. Raramente ( ) 4. Nunca ( ) 5. Não existe uma lista de medicamentos padronizada.	
326. Existem períodos de desabastecimento de medicamentos na UBS? ( ) 1. Sempre	

<input type="checkbox"/> 2. Quase sempre <input type="checkbox"/> 3. Raramente <input type="checkbox"/> 4. Nunca		
Na sua opinião, qual(is) é (são) motivo(s) que causa(m) o desabastecimento? <b>(Pode marcar mais de uma opção)</b>		
<input type="checkbox"/> 327. Desorganização do setor de compras	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não
<input type="checkbox"/> 328. Problemas no mercado farmacêutico	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não
<input type="checkbox"/> 329. Problemas de repassas de medicamentos nas instâncias do SUS	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não
<input type="checkbox"/> 330. Outro. Qual? _____		<input type="checkbox"/> 888. Não se aplica.
<input type="checkbox"/> 331. Não ocorre desabastecimento		
Qual o procedimento adotado com o usuário quando falta algum medicamento? <b>(Pode marcar mais de uma opção)</b>		
<input type="checkbox"/> 332. Encaminha o usuário para outra unidade básica de saúde	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não
<input type="checkbox"/> 333. Encaminha para o Programa Farmácia Popular	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não
<input type="checkbox"/> 334. Encaminha para uma farmácia comercial	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não
<input type="checkbox"/> 335. Registra contato do usuário p/ avisar quando medicamento chegar	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não
<input type="checkbox"/> 336. Outro. Qual? _____		<input type="checkbox"/> 888. Não se aplica
<input type="checkbox"/> 337. Não falta medicamento	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não
338. Pela sua experiência, são prescritos medicamentos que não constam na lista de medicamentos do Município?		
<input type="checkbox"/> 1. Sempre	<input type="checkbox"/> 3. Raramente	
<input type="checkbox"/> 2. Quase sempre	<input type="checkbox"/> 4. Nunca	

***Agradecemos muito pela sua colaboração e disponibilidade!***