saúde
EM DEBATE

ARTIGO ORIGINAL

Matriciamento em saúde mental: a perspectiva dos profissionais de Centros de Atenção Psicossocial

Matrix support in mental health: The perspective of professionals from Psychosocial Care Centers

Daniela Cristine Morais da Silva[1], Luciana Santos Dubeux[1]

DOI: 10.1590/2358-289820251459800P

RESUMO O objetivo deste estudo é avaliar a implantação do matriciamento nos Centros de Atenção Psicossocial (Caps) tipos II e III 24 horas em Recife, Pernambuco. Desenvolveu-se um estudo avaliativo, do tipo normativo, com aferição do Grau de Implantação (GI) baseado em critérios, indicadores e parâmetros de estrutura e processo orientados pela construção do modelo lógico e da matriz de análise e julgamento, validados por consulta a especialistas. A coleta dos dados envolveu a aplicação de questionário estruturado com 97 gestores e profissionais de nível superior, observação não participante e consulta a documentos. Apontam-se GI incipiente (53,1%) da intervenção, e por dimensão, estrutura e processo (44,8% e 57,2%, respectivamente). Na dimensão processo, o componente ações educacionais apresentou-se não implantado (18%), enquanto as ações pedagógico-terapêuticas se mostraram implantadas (78,4%), à exceção do Caps E. O estudo demonstrou implantação desfavorável, expondo fragilidades e fortalezas das ações do matriciamento dos Caps de Recife, com capacidade para contribuir para a adoção de mudanças positivas na gestão e na prática clínica. Recomenda-se investimento em formação profissional de matriciadores e gestores, em instrumentos de trabalho, em tecnologias digitais e em ações educativas.

PALAVRAS-CHAVE Saúde mental. Serviços de saúde mental. Qualidade da assistência à saúde. Avaliação em saúde.

ABSTRACT *This study aims to evaluate the implementation of the matrix support model in 24-hour Type II and III Mental Health Centers (CAPS) in Recife, Pernambuco. An evaluative, normative study was conducted, assessing the Degree of Implementation (DoI) based on criteria, indicators and structural and process parameters guided by the construction of the logical model and judgment matrix, validated by expert consultation. Data collection involved the application of a structured questionnaire to 97 managers and higher-level professionals, non-participation observation and document review. The DoI is incipient (53.1%) of the intervention, and by dimension structure and process (44.8% and 57.2%, respectively). In the process dimension, the educational actions component was not implemented (18%), while the pedagogical-therapeutic actions were implemented (78.4%), except for CAPS E. The study demonstrated unfavorable implementation, exposing weaknesses and strengths of matrix support actions in Recife's CAPS, with the potential to contribute to positive changes in management and clinical practice. Investment in professional training for matrix supporters and managers, work instruments, digital technologies, and educational actions is recommended.*

KEYWORDS *Mental health. Mental health services. Quality of health care. Health evaluation.*

[1] Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (Imip) – Recife (PE), Brasil.
danielamoraisrecife@gmail.com

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Introdução

O elevado grau de sofrimento que acomete a população mundial, incluindo a diversidade do contexto social brasileiro, gera transtornos mentais ao indivíduo e aos seus familiares. Para além dessa abrangência, conduzem a elevados custos diretos ao sistema de saúde (cuidados terapêuticos, médicos/psiquiátricos e de necessidade de reabilitação); bem como custos indiretos devido à perda da produtividade, ao desemprego, falta ao trabalho e a custos de assistência social. Embora representem 12% da carga global de doenças e 1% das mortes, o percentual de investimento destinado às ações para a atenção à saúde mental representa menos de 1% do orçamento da saúde[1].

No contexto brasileiro, há uma prevalência de 3% de transtornos psiquiátricos graves e persistentes na população em geral[2]. Apesar da gravidade desses problemas, no Brasil, ainda existem resistências ao tratamento dos transtornos mentais, especialmente devido a barreiras culturais, financeiras e estruturais que dificultam o acesso e a busca dos serviços de saúde. Essas barreiras estão relacionadas a fatores como o estigma ou a falta de conhecimento sobre a doença, a percepção de que o tratamento é ineficaz, a escassez de serviços disponíveis e a falta de capacitação das equipes de atenção primária para identificar os casos, entre outros[3]. Adicionalmente, percebe-se a inadequação no que se refere à demanda e à oferta dos atendimentos psiquiátricos nos sistemas de saúde. Calcula-se que, em países em desenvolvimento, entre 76% e 85% dos sujeitos com transtornos mentais não recebem tratamento, enquanto nos países desenvolvidos, entre 35% e 50% dos indivíduos com transtornos mentais encontram-se nessa situação[4].

No Brasil, a arquitetura do sistema de saúde se organiza em Redes de Atenção à Saúde (RAS), sendo a Rede de Atenção Psicossocial (Raps) relevante para a articulação entre níveis assistenciais, incluindo a Atenção Primária à Saúde (APS) e os Centros de Atenção Psicossocial (Caps), que correspondem à atenção especializada de base comunitária em saúde mental no Sistema Único de Saúde (SUS). Entre as atribuições do Caps, o matriciamento possibilita discussões sobre saúde mental na APS, permitindo que os profissionais se apropriem dos casos e fortaleçam a integração entre níveis de assistência, o que contribui para maior resolução dos casos. Dessa forma, favorece a efetividade do cuidado prestado às pessoas em sofrimento psíquico[5].

Nesse contexto, o matriciamento é uma intervenção pedagógico-terapêutica, com encontros entre equipes de atenção primária e especializada para produzir saúde de modo compartilhado[6]. As três diretrizes dessa prática, na perspectiva de Oliveira e Campos[7], alicerçam-se no apoio, na cogestão e corresponsabilização. As relações interprofissionais devem transcender a lógica da divisão de tarefas, da excessiva valorização do especialista e do incipiente compromisso com o cuidado integral, cabendo reforçar que o matriciamento representa o principal método adotado no Brasil para acolher e inserir novos profissionais na APS[6,7].

O matriciamento tem sido o principal eixo para integrar a saúde mental especializada à APS em diversos municípios brasileiros nos últimos anos[8]. Todavia, Lima e Dimenstein[9] apontam desafios na sua implantação em âmbito nacional, como a fragilidade da política de APS, divergências conceituais e de modelos de atuação, falta de suporte dos gestores, irregularidade do matriciamento, baixa influência na regulação da Raps, conflitos entre equipes, escassez de psiquiatras no matriciamento e uma abordagem ambulatorial excessivamente centrada em encaminhamentos ao especialista[9].

Destaca-se, dentro dessa perspectiva, que a avaliação em saúde pode ser um dispositivo capaz de oferecer resposta às demandas sociais[10]. Diante de um mundo em contínua mudança, o profissional de saúde mental se depara com dúvidas sobre sua atuação ao lidar com um indivíduo que sofre psicologicamente e que está inserido em um cenário

de adoecimento com aspectos socioculturais, em um determinado período histórico. Nessa perspectiva ampla do processo de adoecimento psíquico, das práticas de matriciamento e dos seus efeitos, torna-se pertinente a realização de estudos avaliativos para evidenciar os acertos, corrigir as falhas, além de apoiar a formulação de novos processos de decisão política[11]. Nesse cenário, a presente pesquisa tem o objetivo de avaliar a implantação do matriciamento nos Caps tipos II e III 24 horas em Recife, Pernambuco.

Material e métodos

Trata-se de uma avaliação normativa, que consiste em fazer um julgamento sobre a relação entre as normas previstas e a intervenção no que tange aos recursos empregados, sua organização e aos serviços prestados, ou seja, estrutura e processo, respectivamente[12]. No presente estudo, a intervenção a ser avaliada é o 'matriciamento dos Caps em Recife – PE'. Trata-se de um estudo de caso, porque o objetivo do trabalho é analisar detalhadamente a intervenção em foco[13].

O município de Recife possui 1.653.461 habitantes, extensão territorial de 218 km², é contemplado por 94 bairros, com composição territorial diversificada, de modo que sua divisão político-administrativa abrange seis Regiões Político-Administrativas (RPA) e oito Distritos Sanitários (DS). A maior concentração populacional se encontra no DS IV, compreendendo 18,24% da população, enquanto o DS I apresenta-se como o menos populoso, correspondendo a 5,10% da população[14].

Os Caps são distribuídos territorialmente em 17 centros localizados nos DS, com exceção do DSVIII, sendo eles: 3 Caps Tipo II, 5 Caps Tipo III 24H, 4 Caps Álcool e outras Drogas (Caps AD), 2 Caps AD Tipo III 24H e 3 Caps Infantojuvenis (Capsi). Este estudo ocorreu nos quatro Caps tipo II e quatro Caps tipo III 24h. Foram excluídos da pesquisa os Caps AD e os Capsi, cuja assistência é voltada para populações de portadores de transtornos mentais específicos e com particularidades relacionadas aos cuidados de saúde e vulnerabilidades: dependentes químicos e crianças/adolescentes, respectivamente[15].

Para descrever a intervenção avaliada, foi utilizado como referência o modelo lógico elaborado por Figueiroa[16]; e, a partir dos elementos contidos nesse modelo lógico preliminar, foi realizada uma análise de documentos para atualização e adaptação aos Caps avaliados. Para tanto, foram considerados referenciais normativos e científicos, conferindo maior ênfase na operacionalização do matriciamento dos Caps tipos II e III 24h, na atualização das informações, bem como foram incluídos elementos relacionados à atenção psicossocial na época da pandemia da covid-19. O modelo lógico final foi composto pelos componentes diagnóstico situacional, ações pedagógico-terapêuticas e ações educacionais, e, em seguida, foi submetido à consulta de especialistas envolvidos no programa, quais sejam: gestores de saúde mental, profissionais do Caps, gestores e profissionais da APS e profissionais da área de avaliação em saúde, os quais opinaram sobre a coerência e a pertinência dos elementos do modelo (*quadro 1*). Tal ferramenta subsidiou a elaboração da Matriz de Análise e Julgamento (MAJ), composta por critérios, indicadores, parâmetros e fonte de verificação para coleta de dados, atribuindo-se pontuação para cada indicador, norteados pela sua relevância para o bom funcionamento da intervenção. A MAJ também foi submetida aos especialistas supracitados (*quadro 2*).

Quadro 1. Modelo Lógico do matriciamento dos Caps no município do Recife, Pernambuco – 2023

Objetivo: Fortalecer a integralidade do cuidado mediante suporte pedagógico-terapêutico às equipes de Saúde da Família (eSF) pela atenção especializada

Insumos		Atividades	Resultados Imediatos	Resultados Intermediários	Impacto
eSF/Matriciadores Recursos Materiais Transporte	Diagnóstico situacional	Mapeamento de usuários com transtornos mentais por território	Maior conhecimento dos problemas e necessidades do território	Melhoria da continuidade do cuidado	Fortalecimento da integralidade do cuidado
		Aplicação do Roteiro do matriciamento	Melhoria do cuidado compartilhado entre eSF e matriciadores	Melhoria da articulação e integração entre a equipe técnica do Caps e as equipes de atenção primária	
		Aplicação do Genograma e Ecomapa	Compartilhamento da situação biopsicossocial dos usuários entre eSF e matriciadores com incorporação de diferentes dimensões do problema	Apoio à consolidação da linha de cuidado direcionada aos indivíduos em sofrimento psíquico	
		Registro das ações de matriciamento em documento oficial do município pelo Caps	Melhoria do cuidado ao usuário em consonância com as suas necessidades terapêuticas e sociais	Melhoria da atenção dos usuários	
	Ações pedagógico-terapêuticas	Realização de interconsulta ou teleinterconsulta periodicamente	Maior celeridade e alinhamento entre as eSF e matriciadores sobre estratégias de acompanhamento de usuário	Maior responsabilidade compartilhada	
		Elaboração do PTS em conjunto com a eSF	Melhoria da apropriação coletiva pelas eSF e pelo Caps no acompanhamento ao usuário	Incremento no desenvolvimento de competências dos profissionais da eSF para lidar com as demandas relacionadas à saúde mental	
		Acompanhamento do PTS em conjunto com a eSF	Maior conhecimento das ações desenvolvidas pelos profissionais e gestores	Maior autonomia das eSF com relação aos casos de saúde mental	
		Contato telefônico entre membros da equipe interdisciplinar com a eSF para discussões pontuais	**Maior conhecimento das relações intrafamiliares**		
		Registro das discussões e evoluções clínicas dos casos matriciados	Aumento do conhecimento sobre os problemas clínicos dos usuários, relacionado ao contexto familiar atual ou ao progresso		
		Consulta conjunta dos matriciados e eSF na APS	Melhor identificação entre as relações familiares e os equipamentos sociais		
		Realização de visitas domiciliares conjuntas	Aumento da troca de conhecimento entre eSF e matriciadores		
		Supervisão clínica dos casos em matriciamento nas reuniões técnicas do Caps			
	Ações educativas	Realização de atividades em grupo junto aos usuários e familiares sobre saúde mental na APS			
		Realização de atividades de educação permanente sobre saúde mental pelos matriciadores para eSF			

Fonte: elaboração própria.

Quadro 2. Matriz de Análise e Julgamento do matriciamento dos Centros de Atenção Psicossocial no município do Recife, Pernambuco – 2023

Critérios	Indicador	Padrão	Valor máximo esperado	Fonte de verificação	Descrição do valor ou ponto de corte***
			Dimensão Estrutura		
Equipes de Saúde da Família Profissionais de Saúde	% de eSF matriciadas pelo Caps	≥ a 90%	5	Entrevista com gestores Observação direta Análise de documentos	90 a 100% = 5 pontos 89% a 50% = 3 pontos < 50% = 0 pontos
Recursos Físicos Recursos Materiais	Existência de equipe mínima do Caps*	Sim	5	Entrevista com gestores Observação direta Análise de documentos	Sim = 5 Não = 0
	Presença da equipe interdisciplinar completa do Caps com formação (curso ou capacitação) específica para realizar matriciamento	Sim, se equipe completa	5	Entrevista com gestores e profissionais do Caps	Equipe completa = 5 pontos Maioria dos profissionais = 3 pontos Nenhum profissional = 0 pontos

Quadro 2. Matriz de Análise e Julgamento do matriciamento dos Centros de Atenção Psicossocial no município do Recife, Pernambuco – 2023

Critérios	**Indicador**	**Padrão**	**Valor máximo esperado**	**Fonte de verificação**	**Descrição do valor ou ponto de corte*** **
			Dimensão Estrutura		
Equipes de Saúde da Família Profissionais de Saúde	Existência de USF com sala de reunião disponível para matriciamento na APS	Sim, se todas	5	Entrevista com gestores e profissionais do Caps	Todas = 5 pontos Maioria = 3 pontos Nenhum = 0 pontos
Recursos Físicos Recursos Materiais	Existência de USF com sala para atendimento conjunto disponível para matriciamento	Sim, se todas	5	Entrevista com gestores e profissionais do Caps	Todas = 5 pontos Maioria = 3 pontos Nenhum = 0 pontos
	Existência de internet no Caps disponível para ações do matriciamento	Sim	3	Entrevista com gestores e profissionais do Caps	Sim = 3 pontos Não = 0 pontos
	Presença de computadores ou tablets no Caps para ações do matriciamento	Sim	3	Entrevista com gestores e profissionais do Caps	Sim = 3 pontos Não = 0 pontos
	Disponibilidade de transporte regular no Caps para matriciamento	Sim, se sempre	5	Entrevista com gestores e profissionais do Caps	Sempre = 5 pontos Às vezes = 3 pontos Nunca = 0 pontos
	Existência de roteiro de matriciamento no Caps	Sim, se sempre	4	Entrevista com gestores e profissionais do Caps	Sim = 4 pontos Não = 0 pontos
Pontuação máxima da dimensão Estrutura = 40 pontos					
			Dimensão Processo		
Diagnóstico situacional	Existência de mapeamento de usuários com transtornos mentais	Sim	5	Entrevista com gestores e profissionais do Caps	Sim = 5 Não = 0
	Existência de conhecimento dos profissionais do Caps sobre mapeamento de usuários com transtornos mentais graves por território	Sim, se maioria dos profissionais	5	Entrevista com gestores e profissionais do Caps	Maioria = 5 Minoria = 3 Nenhum = 0
	Aplicação de roteiro do matriciamento	Sim, se sempre	5	Entrevista com gestores e profissionais do Caps	Sempre = 5 Às vezes = 3 Nunca = 0
	Aplicação de Genograma nos casos complexos	Sim, se para maioria dos casos	4	Entrevista com gestores e profissionais do Caps	Maioria = 4 Minoria = 1 Nunca = 0

Quadro 2. Matriz de Análise e Julgamento do matriciamento dos Centros de Atenção Psicossocial no município do Recife, Pernambuco – 2023

Critérios	Indicador	Padrão	Valor máximo esperado	Fonte de verificação	Descrição do valor ou ponto de corte***
			Dimensão Processo		
Diagnóstico situacional	Aplicação de Ecomapa nos casos complexos	Sim, se para maioria dos casos	4	Entrevista com gestores e profissionais do Caps	Maioria = 4 Minoria = 1 Nunca = 0
	Existência de registro do matriciamento em documento oficial (BPA-C)** do município pelo Caps	Sim, se para maioria dos casos	5	Entrevista com gestores e profissionais do Caps	Maioria = 5 Minoria = 3 Nunca = 0
Ações pedagógico-terapêuticas	Realização do apoio matricial pela equipe interdisciplinar do Caps	Sim, para maioria dos casos	5	Entrevista com gestores e profissionais do Caps	Maioria = 5 Minoria = 3 Nunca = 0
	Realização de interconsulta ou teleinterconsulta mensalmente por esF	Sim, se para a maioria dos casos	5	Entrevista com gestores e profissionais do Caps	Maioria = 5 Minoria = 3 Demanda espontânea do território = 0 Nunca = 0
	Elaboração de PTS em conjunto com a eSF	Sim, se a maioria dos casos	5	Entrevista com gestores e profissionais do Caps	Maioria = 5 Minoria = 3 Nunca = 0
	Existência de casos matriciados com PTS acompanhados em conjunto com a eSF	Sim, se a maioria dos casos	5	Entrevista com gestores e profissionais do Caps	Maioria = 5 Minoria = 3 Nunca = 0
	Realização de contato telefônico entre membros da equipe interdisciplinar com eSF para discussões pontuais	Sim	2	Entrevista com gestores e profissionais do Caps	Sim = 2 Não = 0
	Existência de registro físico ou digital das discussões e evolução clínica dos casos matriciados	Sim	5	Entrevista com gestores e profissionais do Caps	Sim = 5 pontos Não = 0 pontos
	Existência de consulta conjunta dos matriciadores e eSF na APS	Sim	5	Entrevista com gestores e profissionais do Caps	Sim = 5 pontos Não = 0 pontos
	Realização de visitas domiciliares conjuntas	Sim	5	Entrevista com gestores e profissionais do Caps	Sim = 5 pontos Não = 0 pontos
	Supervisão clínica dos casos em matriciamento nas reuniões técnicas do Caps	Sim	5	Entrevista com gestores e profissionais do Caps	Sim = 5 pontos Não = 0 pontos

Quadro 2. Matriz de Análise e Julgamento do matriciamento dos Centros de Atenção Psicossocial no município do Recife, Pernambuco – 2023

Critérios	Indicador	Padrão	Valor máximo esperado	Fonte de verificação	Descrição do valor ou ponto de corte***
Ações educativas	Realização de atividades em grupo junto aos usuários e familiares sobre saúde mental na APS	Sim	5	Entrevista com gestores e profissionais do Caps	Sim = 5 pontos Não = 0 pontos
	Realização de atividades de educação permanente sobre saúde mental pelos matriciadores para eSF	Sim	5	Entrevista com gestores e profissionais do Caps	Sim = 5 pontos Não = 0 pontos
Pontuação máxima da dimensão Processo = 80 pontos					

Fonte: elaboração própria.

* Equipe mínima do Caps II para atender 30 pacientes por turno, tendo como limite máximo 45 pacientes por dia, em regime intensivo: 01 médico psiquiatra, 01 enfermeiro com formação em saúde mental, 04 profissionais de nível superior entre as seguintes categorias: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico. Equipe mínima do Caps III para atender 40 pacientes por turno, tendo como limite máximo 60 pacientes por dia, em regime intensivo: 02 médicos psiquiatras, 01 enfermeiro com formação em saúde mental, 05 profissionais de nível superior entre as seguintes categorias: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico.

** BPA-C: Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado.

*** Não Sabe (NS)/pontuou 0 em todos os casos.

Os indicadores da MAJ auxiliaram na formulação do questionário estruturado, para averiguar o Grau de Implantação (GI) das ações do matriciamento nos Caps. O questionário, com 34 questões, foi inserido no *software* Surveymonkey®[17], o que dispensou a impressão do instrumento, bem como permitiu a emissão de relatórios que facilitaram o processamento dos dados. Esse instrumento foi aplicado com os gerentes e profissionais de nível superior, distribuídos entre 24 enfermeiros (24,74%), 22 psicólogos (22,68%), 18 assistentes sociais (17,52%), 17 psiquiatras (17,52%), 14 terapeutas ocupacionais (14,43%), 1 farmacêutico (1,03%) e 1 nutricionista (1,03%) dos oitos Caps da cidade do Recife, totalizando 97 entrevistados. Houve 55,4% de representatividade dessas categorias profissionais do Caps e 44,6% de perda desses atores devido a recusa, férias, afastamentos de saúde e licença. Entre os gerentes, acrescentou-se a consulta a documentos, a observação direta e duas perguntas referentes ao percentual de eSF matriciadas pelo Caps e à presença de equipe mínima preconizada em portaria ministerial mais atual[18]. A coleta de dados ocorreu no mês de janeiro de 2023.

As respostas aos questionários foram consolidadas em um banco de dados no programa Excel (versão compatível com 97-2003). Com base nos parâmetros estabelecidos, a classificação do GI foi obtida por meio da relação proporcional entre a pontuação esperada e a pontuação alcançada nas dimensões estrutura e processo. A classificação do GI foi dada de acordo com os seguintes pontos de corte adaptados de Figueiroa[16]: implantado (75% a 100%), parcialmente implantado (60% a 74,9%), incipiente (40% a 59,9%) e não implantado (abaixo de 40%).

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (Imip), com Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE)

nº 56339622.7.0000.5201, sob parecer 5.371.815, de acordo com a Resolução nº 466/2012[19] e a Resolução nº 510/2016[20] do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados e discussão

A avaliação do GI dos Caps abordados apresentou classificação incipiente, tendo apenas o Caps F sido enquadrado como parcialmente implantado. Do mesmo modo, a dimensão estrutura foi classificada como incipiente, embora o Caps G tenha se apresentado como não implantado. Sobre a dimensão processo, o GI dos Caps analisados foi incipiente, porém, os Caps B, D, F e H se situam como 'parcialmente implantados'. Sob a perspectiva dos componentes avaliados, as ações pedagógico-terapêuticas obtiveram a maior pontuação, enquadrando-se como implantadas. Por sua vez, o componente ações educativas apresentou-se como não implantado no conjunto dos Caps, tal como diagnóstico situacional, que obteve a mesma classificação, apesar dos Caps E, F e H terem alcançado GI incipiente (*tabela 1*).

Tabela 1. Grau de implantação (GI) do apoio matriciamento dos Caps por dimensão e componente no município do Recife, Pernambuco – 2023

	Caps/ GI (%)								
Dimensão/componente	**A**	**B**	**C**	**D**	**E**	**F**	**G**	**H**	**Total**
				Estrutura					
GI estrutura (%)	43,8	49,1	42,0	44,3	46,5	56,3	39,0	43,5	44,8
				Processo					
Diagnóstico situacional	38,2	38,5	36,1	37,5	41,4	51,4	36,1	45,7	39,7
Ações pedagógico-terapêuticas	77,9	91,0	76,4	89,5	71,0	75,2	75,7	82,4	78,4
Ações educacionais	15,3	27,5	6,0	36,0	4,0	37,0	27,0	14,0	18,0
GI processo (%)	56,1	64,6	53,5	64,6	52,2	62,1	55,7	61,0	57,2
GI: Estrutura + Processo (%)	52,0	59,4	49,4	57,8	50,3	60,7	50,7	55,1	53,1

Fonte: elaboração própria.

Implantado = 75 a 100%; Parcialmente implantado = 60 < 74,9%; Incipiente = 40 < 59,9%; Não implantado = 0 < 39,9%

Os resultados demonstraram semelhanças entre os Caps, ressaltando a coerência entre as respostas dos profissionais e gestores entrevistados. Outrossim, os achados observados foram semelhantes aos de estudos realizados tanto em Pernambuco como em âmbito nacional. Nacionalmente, o matriciamento é visto como uma prática em construção que ainda precisa ser fortalecida para alcançar seu pleno potencial[6,9]. Nesse contexto, uma pesquisa[16] desenvolvida nos Caps AD no município do Recife, em 2012, demonstrou a manutenção de algumas fragilidades e o avanço de critérios relacionados à estrutura e à organização do processo de trabalho. Entre os indicadores avaliados, destacam-se a maior fragilidade na formação do profissional matriciador e avanços nos indicadores do componente ações pedagógico-terapêuticas, como a discussão de casos e elaboração compartilhada de projetos

terapêuticos singulares; e os registros do matriciamento em documento oficial do município, no Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado (BPA-C).

É pertinente questionar os motivos para alcance do GI 'incipiente' na dimensão estrutura. A existência de equipe mínima do Caps foi o único indicador com alcance da pontuação máxima prevista. O conjunto dos entrevistados ignorou o percentual de eSF matriciadas, e a presença de profissionais com formação específica para realização do matriciamento obteve a menor pontuação. Sobre esse aspecto, reconhece-se que uma formação profissional qualificada é necessária para garantir a efetividade da assistência e a devida articulação entre os serviços, tendo sido identificado por Entreportes et al.[21] que os profissionais da APS ressaltam a importância da oferta de cursos para compreensão da proposta do matriciamento, embora metade dos entrevistados tenha conferido que sua implantação implicará sobrecarga de trabalho. Além disso, esses profissionais desconhecem a existência dessa prática na unidade de saúde, e o universo dos entrevistados não acompanha os usuários após a contrarreferência, apontando o desconhecimento dos cuidados prestados pelo Caps e seu matriciamento[21].

A insuficiência de veículos para realização do matriciamento nos Centros abordados corroborou a avaliação de um Caps no agreste pernambucano, que verificou a baixa disponibilidade de transportes, com consequente descontinuidade das ações fora das unidades de saúde com os usuários[22]. Do mesmo modo, a existência de internet no Caps para ações do matriciamento e a presença de computadores ou tablets no Caps para ações do matriciamento obtiveram GI inferior ao esperado. Igualmente, verificou-se a incipiente presença de roteiro de matriciamento nos Caps, refletindo uma ausência de padronização nas ações, ou seja, a inexistência de protocolos (*tabela 2*).

Tabela 2. Grau de implantação da dimensão estrutura do matriciamento dos Caps no município do Recife, Pernambuco – 2023

Indicador	**PE**	**PE/PO Caps**								
		A	**B**	**C**	**D**	**E**	**F**	**G**	**H**	**Total**
% de eSF matriciadas pelo Caps	5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Existência de equipe mínima do Caps	5	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0
Presença da equipe interdisciplinar completa do Caps com formação específica para realizar o matriciamento	5	0,2	0,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	0,8	0,4
Existência de USF com sala de reunião disponível para matriciamento	5	3,3	3,5	2,1	3,6	3,3	4,0	2,4	1,0	2,7
Existência de USF com sala para atendimento conjunto disponível para matriciamento	5	3,0	3,6	2,3	2,7	3,2	4,0	3,6	3,5	3,2
Existência de internet no Caps disponível para ações de matriciamento	3	1,2	1,2	1,7	3,0	2,1	3,0	0,2	0,8	1,0
Presença de computadores ou tablets no Caps para ações de matriciamento	3	0,7	1,4	1,1	0,4	1,2	3,0	0,2	0,8	1,0
Disponibilidade de transporte regular no Caps para matriciamento	5	3,2	3,5	3,1	3,0	3,8	3,5	3,3	3,0	3,3
Existência de Roteiro de matriciamento no Caps	4	0,9	0,7	1,5	0,0	0,0	0,0	0,4	1,1	0,7
Pontuação Estrutura	40	17,5	19,6	16,8	17,7	18,6	22,5	15,6	17,4	17,9
GI (%)		**43,8**	**49,1**	**42,0**	**44,3**	**46,5**	**56,3**	**39,0**	**43,5**	**44,8**

Fonte: elaboração própria.

Implantado = 75 a 100%; Parcialmente implantado = 60 < 74,9%; Incipiente = 40 < 59,9%; Não implantado = 0 < 39,9%

Caps – Centro de Atenção Psicossocial; eSF – equipes de Saúde da Família; USF – Unidades de Saúde da Família.

Esses resultados ganham relevância por terem sido obtidos durante a pandemia da doença do coronavírus 2019 (covid-19), período em que os serviços de saúde adotaram amplamente tecnologias digitais para comunicação e assistência. No decorrer desse período, observou-se a criação e disseminação de tecnologias na área da saúde, como plataformas para manejo clínico, inteligência artificial para análise de riscos, diagnóstico por imagem, aplicativos de geolocalização e ferramentas de suporte à tomada de decisão. No Brasil e no mundo, essas inovações favoreceram a rapidez no acesso aos serviços e viabilizaram a introdução de novos modelos de cuidado em saúde[23].

Presumia-se a criação de um roteiro digital que facilitasse a aplicação do matriciamento, principalmente na era pós-pandêmica. Os achados deste estudo podem refletir a ausência de investimentos em tecnologia e digitalização nos processos de trabalho do matriciamento do Caps em Recife, independentemente do contexto de urgência sanitária, período em que a comunicação remota foi amplamente utilizada. A pandemia exigiu uma reformulação do modelo de atendimento, obrigando as instituições de saúde a deixarem de lado o cuidado presencial tradicional e a adotarem soluções tecnológicas para monitoramento clínico remoto dos pacientes. Diversas iniciativas com tecnologias digitais foram implantadas para atenuar os impactos da covid-19[23].

Em diversos serviços de saúde, observou-se o desenvolvimento de soluções tecnológicas para o manejo clínico dos pacientes. Um exemplo é o estado do Rio Grande do Norte (RN), onde foi implantado o Ecossistema Tecnológico, que reúne diferentes sistemas de informação para cumprir as normativas internacionais diante da pandemia, tanto na gestão dos centros de operações em emergências de saúde pública quanto na estratégia global contra a covid-19. Durante a resposta à covid-19, o estado adotou o Ecossistema como a principal ferramenta de apoio ao processo decisório, tornando-o referência para a saúde digital no SUS. Pode-se constatar que o Ecossistema e as intervenções que surgiram a partir de sua implantação são frutos de uma colaboração entre diversas instituições. É oportuno pontuar que a integração e interoperabilidade dos sistemas de informação em saúde são condições indispensáveis para viabilizar decisões coerentes com as demandas da população[24].

Sobre a dimensão processo (*tabela 3*) e seu componente diagnóstico situacional, foram percebidas a inexistência de protocolos e limitações relacionadas ao planejamento de ações no território. Salienta-se o insatisfatório mapeamento de indivíduos acometidos por transtornos psiquiátricos severos e das aplicações de roteiro de matriciamento, genograma e ecomapa, com ênfase no Caps C, cujas pontuações foram expressivamente baixas nesses indicadores. Neste âmbito, entende-se que os agravos relacionados à saúde mental emergem de um conjunto de fatores, sendo crucial considerar o território e as histórias pessoais da população para que as ações de promoção e prevenção sejam pertinentes e resultem em cuidados baseados em relações de afeto e acolhimento[25]. Ademais, a limitação de dados pode constituir um entrave ao monitoramento e à avaliação das políticas, prejudicando a fundamentação das decisões em informações sólidas.

O registro das ações em BPA-C apresentou-se como um dos indicadores que obtiveram pontuação favorável à implantação da intervenção. Verificou-se que quatro unidades alcançaram pontuação máxima, e o indicador obteve 4,6 dos 5 pontos esperados para a totalidade dos Centros estudados. Empregar os instrumentos de registro de forma adequada possibilita a criação de dados que servem como base para indicadores de monitoramento e avaliação, colaborando para a adaptação e o fortalecimento do modelo assistencial dos Caps. Essa prática ainda propicia a autonomia dos municípios, orienta a tomada de decisão e promove a melhoria contínua na gestão, com maior transparência e responsabilização.

Observa-se, também, um avanço notório dos Registros Eletrônicos em Saúde[26].

O matriciamento requer o alinhamento e a articulação dos serviços de saúde da Raps, juntamente com a elaboração colaborativa e consensual dos projetos terapêuticos e das ações educativas dos serviços do Caps e da eSF, constituindo uma transformação nas práticas clínicas, que precisam de tempo para ser incorporadas à cultura das instituições[6,9,25]. Contrastando com os resultados dos demais componentes, no tocante aos indicadores do componente ações pedagógico-terapêuticas, os matriciadores demonstraram executar de forma satisfatória os indicadores: realização do matriciamento pela maioria da equipe interdisciplinar do Caps; elaboração e acompanhamento do Projeto Terapêutico Singular (PTS) em conjunto pelos matriciadores e eSF; existência de registro das discussões e evoluções clínicas dos casos matriciados; execução de visitas domiciliares conjuntas; e realização de supervisões clínicas dos casos em matriciamento nas reuniões técnicas do Caps. Conforme evidenciado em diversas pesquisas, os resultados indicam que o matriciamento desempenha um papel fundamental na superação do modelo psiquiátrico convencional e na efetivação do cuidado em saúde mental[23,27].

Verificou-se no componente ações educativas que a totalidade dos Caps avaliados continha GI 'não implantado', quando analisadas a realização de atividades em grupo com usuários e familiares sobre saúde mental na APS e a realização de educação permanente sobre saúde mental pelos matriciadores para eSF. Tais descobertas podem comprometer o estreitamento de vínculos com as eSF, com o território e, sobretudo, com os usuários, que, potencialmente, apresentam fragilidades de conhecimento sobre a relevância da atenção à saúde mental[11,28,29].

Outros estudos[16,30] também revelam que a prática do diálogo entre as equipes – que inclui a troca de experiências, o debate científico e a reflexão sobre os processos de trabalho – contribui significativamente para o estabelecimento de práticas que promovem a saúde como direito e condição de cidadania. Esse processo é viabilizado pelo investimento na formação de gestores, o qual se configura como uma estratégia-chave para desenvolver processos de trabalho compatíveis com os preceitos de uma APS integral.

Tabela 3. Grau de implantação da dimensão processo, por componente do matriciamento dos Caps no município do Recife, Pernambuco – 2023

		PE/PO Caps								
Indicador	**PE**	**A**	**B**	**C**	**D**	**E**	**F**	**G**	**H**	**Total**
Diagnóstico Situacional										
Existência de mapeamento de usuários com transtornos mentais	5	1,9	1,8	1,2	0,7	2,3	3,7	1,4	2,3	1,8
Conhecimento dos profissionais do Caps sobre mapeamento de usuários com transtornos mentais	5	3,6	3,8	2,6	4,4	3,7	3,7	3,2	3,6	3,5
Aplicação do roteiro de matriciamento	5	0,2	0,2	1,2	0,0	0,4	0,0	0,7	1,1	0,6
Aplicação do Genograma em casos complexos	4	0,3	0,1	0,1	0,3	0,1	1,7	0,8	0,4	0,4
Aplicação do Ecomapa em casos complexos	4	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1	1,5	0,4	0,4	0,2
Existência de registro do matriciamento em documento oficial (BPA-C) do município pelo Caps	5	4,7	4,8	5,0	5,0	5,0	3,8	3,6	5,0	4,6
Pontuação Processo – Diagnóstico Situacional	28	10,7	10,8	10,1	10,5	11,6	14,4	10,1	12,8	11,1
GI (%)		**38,2**	**38,5**	**36,3**	**37,5**	**41,4**	**51,4**	**36,1**	**45,7**	**39,7**

Tabela 3. Grau de implantação da dimensão processo, por componente do matriciamento dos Caps no município do Recife, Pernambuco – 2023

		PE/PO Caps								
Indicador	**PE**	**A**	**B**	**C**	**D**	**E**	**F**	**G**	**H**	**Total**
Ações diagnóstico-terapêuticas										
Realização do matriciamento pela equipe interdisciplinar do Caps	5	3,4	4,5	3,9	5,0	3,9	4,5	3,8	4,3	4,0
Realização de interconsulta ou teleinterconsulta mensamente por eSF	5	2,4	4,1	1,0	2,1	0,0	1,2	0,0	0,3	1,2
Elaboração de PTS em conjunto com eSF	5	4,5	5,0	4,0	4,4	4,3	4,5	4,5	4,2	4,4
Acompanhamento de PTS em conjunto com eSF	5	3,4	4,4	3,8	4,4	4,0	4,5	3,5	4,1	3,9
Contato telefônico entre membro da equipe interdisciplinar do Caps com eSF para discussões pontuais	2	1,8	2,0	1,9	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	1,9
Registro físico ou digital das discussões e evolução clínica dos casos matriciados	5	5,0	5,0	4,7	5,0	4,6	5,0	4,4	5,0	4,8
Consulta conjunta dos matriciados e eSF na APS	5	3,8	4,1	2,8	5,0	3,0	3,7	4,2	5,0	3,9
Visitas domiciliares conjuntas	5	4,6	4,1	5,0	4,7	5,0	5,0	4,7	5,0	4,7
Supervisão clínica dos casos matriciados nas reuniões técnicas do Caps	5	3,8	5,0	5,0	5,0	3,0	1,2	4,7	4,7	4,0
Pontuação Processo – Ações pedagógico-terapêuticas	42	32,7	38,2	32,3	37,6	29,8	31,6	31,8	34,6	32,9
GI (%)		**77,9**	**91**	**76,4**	**89,5**	**71,0**	**75,2**	**75,7**	**82,4**	**78,4**
Ações Educativas										
Existência de atividades em grupo junto aos usuários e família sobre saúde mental na APS	5	0,0	0,5	0,6	0,0	0,0	0,0	2,2	0,7	0,7
Realização de atividades de educação permanente sobre saúde mental para eSF	5	1,5	2,3	0,0	3,6	0,4	3,7	0,5	0,7	1,1
Pontuação Processo – Ações Educativas	10	1,5	2,8	0,6	3,6	0,4	3,7	2,7	1,4	1,8
GI (%)		**15,0**	**28**	**6,0**	**36**	**40**	**37**	**27**	**14**	**18**

Fonte: elaboração própria.
Implantado = 75 a 100%; Parcialmente implantado = 60 < 74,9%; Incipiente = 40 < 59,9%; Não implantado = 0 < 39,9%
APS – Atenção Primária Saúde; BPA-C – Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado; Caps – Centro e Atenção Psicossocial; eSF – equipes de Saúde da Família; PTS – Projeto Terapêutico Singular.

Considerações finais

O avanço do matriciamento, com um forte alinhamento entre a equipe de retaguarda assistencial e as eSF, demonstra um alto potencial para aprimorar a coordenação entre a APS e a atenção especializada, contribuindo para a consolidação das RAS. Na atenção psicossocial, objeto do presente estudo, a plena implantação das ações de matriciamento pode influenciar as práticas de trabalho nos Caps e nas Unidades de Saúde da Família (UBS), facilitando a prestação de serviços de saúde às pessoas com transtornos mentais.

Ao propor avaliar a implantação do matriciamento dos Caps de Recife (PE), ressalta-se a relevante contribuição da validação do modelo lógico e da matriz de análise e julgamento, que, conjuntamente, são instrumentos que têm elevada utilidade para a avaliação do Caps em outros períodos ou cenários diferentes, com o intuito de subsidiar tomadas de decisões assertivas. Estudos de implantação são essenciais para compreender a adequação entre a intervenção e os critérios e normas previstos, norteando os gestores para a execução das ações com ênfase nos efeitos esperados e o direcionamento dos

recursos futuros, garantindo maior eficiência e efetividade aos sistemas de saúde.

Apesar da importância do matriciamento, este estudo demonstrou que, sob a perspectiva dos atores abordados, tais serviços se encontram com nível de implantação incipiente ou parcialmente implantado, sendo verificadas pontuações baixas ou nulas, sobretudo nos indicadores da dimensão estrutura. Embora o município de Recife tenha conseguido se manter realizando o matriciamento do período da pandemia da covid-19, o uso de tecnologias digitais no matriciamento dos Caps ainda é incipiente. O uso de tecnologias digitais pode ser um dos caminhos para ampliação da implantação do matriciamento e de suas potencialidades. Por não existirem protocolos claros e bem definidos, e, ao mesmo tempo, pela falta de um registro adequado dos fluxos assistenciais, torna-se difícil monitorar, na prática clínica cotidiana, como o matriciamento está sendo implantado. Esse contexto evidencia a necessidade de identificar e compreender os desafios enfrentados nessa fase, que é dedicada ao desenvolvimento e à melhoria de práticas, recursos, ações, procedimentos e processos.

Sobre a dimensão processo, os resultados demonstraram falta de mapeamento dos territórios pelos profissionais e baixa utilização de instrumentos de trabalho, que refletem a ausência de protocolos, assim como a fragilidade do uso de computadores e tablets para as ações no matriciamento. O maior envolvimento dos profissionais apoiadores em educação permanente junto à APS apresenta potencial para reduzir o estigma relacionado aos transtornos mentais, quebrar resistências às mudanças de modelos assistenciais e, consequentemente, aumentar a adesão ao matriciamento. Porém, este estudo demonstrou que os resultados direcionados às ações educativas foram os mais críticos. Integrar ações de saúde mental à APS é essencial para promover a desinstitucionalização e para desmistificar o estereótipo da loucura, estratégias que ampliam o acesso e diversificam a atenção à saúde de forma integral. Para concretizar essa proposta, é necessário que a gerência e a gestão municipal atuem de maneira integrada e contínua, e não apenas em resposta a problemas pontuais. Assim, o investimento na capacitação de gestores surge como uma estratégia primordial para a implantação bem-sucedida do matriciamento.

Ao medir o nível de implantação, esta pesquisa revelou tanto as fragilidades quanto os pontos fortes das ações de matriciamento dos Caps em Recife, destacando-se em meio à escassez de estudos avaliativos sobre o tema. Entre as limitações, ressaltam-se a dependência das avaliações normativas, que consideram as normas como absolutas, e a ausência da análise dos fatores contextuais que influenciam o GI. Ainda que a triangulação de métodos – observação, entrevistas e análise de documentos – tenha reforçado a validade dos resultados, a inclusão das percepções dos profissionais da APS e dos usuários poderia ter complementado os achados. Por fim, o elevado número de profissionais avaliados ampliou o potencial informativo desta avaliação.

Esta pesquisa possui potencial para fomentar avanços tanto na gestão quanto no atendimento clínico. É razoável supor que os resultados desta avaliação possam refletir a realidade do matriciamento do Caps em outros contextos brasileiros, apresentando tanto as mesmas potencialidades quanto as fragilidades comuns a diversos municípios. No entanto, não é possível generalizar os resultados desta pesquisa, pois, embora o modelo de funcionamento do Caps na Raps seja estabelecido em âmbito nacional, os municípios têm autonomia para definir seus investimentos locais. Outrossim, dada a vastidão territorial do Brasil e as significativas diferenças regionais, essas variações devem ser consideradas ao implantar qualquer intervenção.

Colaboradoras

Silva DCM (0009-0009-7617-7404)* e Dubeux LS (0000-0002-7142-5191)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Organização Mundial da Saúde. Saúde mental: nova concepção, nova esperança [Internet]. Genebra: OMS; 2001 [acesso em 2024 ago 22]. 206 p. Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42390/WHR_2001_por.pdf?sequence=4&isAllowed=y

2. Ministério da Saúde (BR), Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde Mental em dados 4 [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2007 [acesso em 2024 ago 22];4(4). Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/smdados4.pdf

3. Santos L. Região de saúde e suas redes de atenção: modelo organizativo-sistêmico do SUS. Ciênc saúde coletiva. 2017;22(4):1281-1289. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.26392016

4. Organização Pan-Americana da Saúde. Transtornos Mentais – OPAS/OMS [Internet]. Washington, D.C.: Organização Pan-Americana da Saúde; 2022 [acesso em 2023 maio 8]. Disponível em: https://www.paho.org/pt/topicos/transtornos-mentais/

5. Quinderé P, Jorge MSB, Nogueira MSL, et al. Acessibilidade e resolubilidade da assistência em saúde mental: a experiência do apoio matricial. Ciênc saúde coletiva. 2013;18(7):2157-66. DOI: https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000700031

6. Campos GW, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad Saúde Pública. 2007;23(2):399-407. DOI: https://doi.org/10.1590/S0102--311X2007000200016

7. Oliveira MM, Campos GW. Apoio matricial e apoio institucional: analisando sua construção. Ciênc saúde coletiva. 2015;20(1):229-38. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232014201.21152013

8. Chiaverini DH, organizadora. Guia prático de matriciamento em saúde mental. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva; 2011. 236 p.

9. Lima M, Dimenstein M. O apoio matricial em saúde mental: uma ferramenta apoiadora da atenção à crise. Interface (Botucatu). 2016;20(58):625-635. DOI: https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0389

10. Dubeux L, Albuquerque K, Souza MB, et al. Comunicação dos resultados: um desafio para o uso das lições aprendidas com a avaliação. In: Samico I, Felisberto E, Figueiró AC, et al., organizadores. Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: Medbook; 2010. p. 175-85.

11. Oliveira WF. Algumas reflexões sobre as bases conceituais da saúde mental e a formação do profissional de saúde mental no contexto da promoção da saúde. Saúde debate [Internet]. 2008 [acesso em 2023 mar 12]; 32(78/80):38-48. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-514310

12. Patton MQ. Utilization-focused evaluation. Los Angeles: Sage Publications; 2008.

13. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman; 2015.

14. Prefeitura da Cidade do Recife (PE), Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria Executiva de Coordenação Geral, Diretoria Executiva de Planejamento, Orçamento e Gestão da Informação. Resolução CMS/SESau Recife nº 009, de 22 de fevereiro de 2018 – Aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde do Recife [Internet]. Recife: Prefeitura da Cidade do Recife; 2018 [acesso em 2024 ago 22]. Disponível em: https://www2.recife.pe.gov.br/sites/default/files/plano_municipal_de_saude_2018_2021_vf.pdf

15. Prefeitura da Cidade do Recife (PE). Serviço de saúde mental CAPS [Internet]. Recife: Prefeitura da Cidade do Recife; 2020 [acesso em 2024 ago 22]. Disponível em: https://www2.recife.pe.gov.br/servico/servicos-de-saude-mental-caps

16. Figueiroa MDS. Avaliação da implantação do apoio matricial do CAPS AD na cidade do Recife [dissertação na Internet]. Recife: Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira; 2012 [acesso em 2024 ago 22]. 116 p. Disponível

em: http://higia.imip.org.br/bitstream/123456789/911/1/DISSERTA%C3%87%C3%83O%20MAGDA%20FIGUEIROA.pdf

17. SurveyMonkey. Audience [Internet]. San Mateo, Calif: SurveyMonkey; [data desconhecida] [acesso em 2024 ago 22]. Disponível em: https://pt.surveymonkey.com/mp/audience

18. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Institui as modalidades dos Caps, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2002 fev 20; Edição 34; Seção I:22-23.

19. Ministério da Saúde (BR); Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2013 jun 13; Edição 112; Seção I:59-62.

20. Ministério da Saúde (BR); Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2016 maio 24; Edição 98; Seção I:44-46.

21. Entreportes MBA, Fonseca WNS, Rocha EM, et al. Percepção dos profissionais da atenção básica sobre o matriciamento em saúde mental no interior de Goiás. Rev Gestão & Saúde [Internet]. 2017 [acesso em 2023 mar 12];8(1):56-75. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/3686

22. Silva GM, Felisberto E, Samico I, et al. Avaliação da implantação de um Centro de Atenção Psicossocial em Pernambuco, Brasil. Saúde debate. 2020;44(127):1134-1150. DOI: https://doi.org/10.1590/0103-1104202012714

23. Celuppi IC, Lima GS, Rossi E, et al. Uma análise sobre o desenvolvimento de tecnologias digitais em saúde para o enfrentamento da Covid-19 no Brasil e no mundo. Cad Saúde Pública. 2021;37(3):e00243220. DOI: https://doi.org/10.1590/0102-311X00243220

24. Valentim RAM, Lima TS, Cortez LR, et al. A relevância de um ecossistema tecnológico no enfrentamento à Covid-19 no Sistema Único de Saúde: o caso do Rio Grande do Norte, Brasil. Ciênc saúde coletiva. 2021;26(6):2035-2052. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.44122020

25. Carvalho ASLJ, Vieira AAC, Vasconcelos NL, et al. A contribuição do apoiador matricial na superação do modelo psiquiátrico tradicional. Psicol Estud. 2019;24:e44107. DOI: https://doi.org/10.4025/psicolestud.v24i0.44107

26. Silva NS, Camargo NCS, Bezerra ALQ. Assessment of the procedures record by professionals of Psychosocial Care Centers. Rev Bras Enferm. 2018;71(supl5):2191-2198. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0821

27. Santos AM, Cunha ALA, Cerqueira P. O matriciamento em saúde mental como dispositivo para a formação e gestão do cuidado em saúde. Physis. 2020;30(4):e300409. DOI: https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300409

28. Organização Mundial da Saúde. Relatório Mundial da Saúde [Internet]. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2021 [acesso em 2023 maio 8]. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42390/whr_2001_por.pdf

29. Gonçalves RC, Peres RS. Matriciamento em saúde mental: obstáculos, caminhos e resultados. Rev SAGESP [Internet]. 2018 [acesso em 2023 mar 12];19(2):123-136. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1677-29702018000200010

30. Nunes LO, Castanheira ERL, Dias A, et al. Importância do gerenciamento local para uma atenção primária à saúde nos moldes de Alma-Ata. Rev Panam Salud Pública. 2018 [acesso em 2020 nov 5];42:e175. DOI: https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.175

Recebido em 10/09/2024
Aprovado em 21/03/2025
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: Gicelle Galvan Machineski