

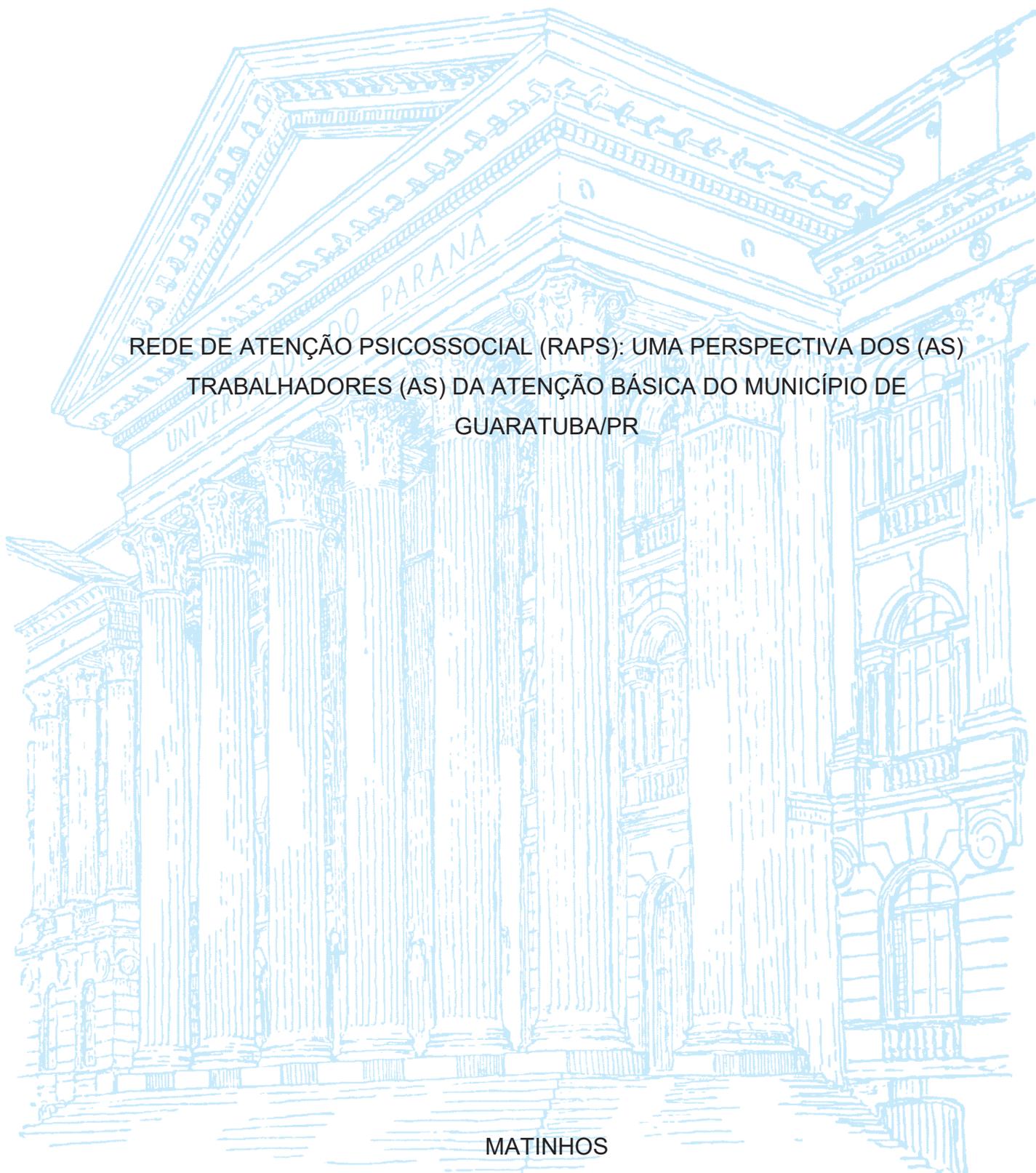
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

ZELAYDE FIGUEIREDO GOMES

REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS): UMA PERSPECTIVA DOS (AS)  
TRABALHADORES (AS) DA ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE  
GUARATUBA/PR

MATINHOS

2022



ZELAYDE FIGUEIREDO GOMES

REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS): UMA PERSPECTIVA DOS  
(AS) TRABALHADORES (AS) DA ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE  
GUARATUBA/PR

Dissertação apresentada ao curso de Pós-Graduação em Desenvolvimento Territorial Sustentável, Setor litoral, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Desenvolvimento Territorial Sustentável.

Orientador: Prof. Dr. Clóvis Wanzinack

MATINHOS

2022

Dados Internacionais de Catalogação na Fonte  
Biblioteca Universidade Federal do Paraná - Setor Litoral

G633r Gomes, Zelayde Figueiredo  
Rede de Atenção Psicossocial (RAPS): uma perspectiva dos (as) trabalhadores  
(as) da atenção básica do município de Guaratuba/PR / Zelayde Figueiredo  
Gomes ; orientador Clóvis Wanzinack. – 2022.  
137 f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Paraná - Setor Litoral,  
Matinhos/PR, 2022.

1. Saúde Mental . 2. Rede de atenção Psicossocial 3. Atenção Primária em  
Saúde. I. Dissertação (Mestrado) – Programa de Mestrado em Desenvolvimento  
Territorial Sustentável. II. Título.

CDD – 362.2



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
SETOR LITORAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO DESENVOLVIMENTO  
TERRITORIAL SUSTENTÁVEL - 40001016081P3

## TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação DESENVOLVIMENTO TERRITORIAL SUSTENTÁVEL da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da dissertação de Mestrado de **ZELAYDE FIGUEIREDO GOMES** intitulada: **Rede de Atenção Psicossocial (RAPS): Uma perspectiva dos (as) trabalhadores (as) da atenção básica do município de Guaratuba/PR**, sob orientação do Prof. Dr. CLÓVIS WANZINACK, que após terem inquirido a aluna e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa. A outorga do título de mestra está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

MATINHOS, 24 de Junho de 2022.

Assinatura Eletrônica

18/07/2022 16:35:32.0

CLÓVIS WANZINACK

Presidente da Banca Examinadora

Assinatura Eletrônica

18/07/2022 16:34:58.0

MARISETE TERESINHA HOFFMANN HOROCHOVSKI

Avaliador Externo (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica

18/07/2022 17:35:25.0

MARCOS CLÁUDIO SIGNORELLI

Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Dedico a todas as pessoas em sofrimento mental que fizeram e fazem parte da minha trajetória profissional, e a todos os profissionais de saúde mental, que assim como eu, lutam incessantemente pela humanização no tratamento dos portadores de transtornos mentais.

## AGRADECIMENTOS

Esta dissertação é fruto de um esforço coletivo de pessoas que dedicam seus cotidianos na construção de um mundo melhor. Para elaboração de uma lista justa, seria necessário citar muitos nomes, e a todas elas, direta ou indiretamente envolvidas, agradeço por possibilitarem reflexões e transformações. A família e as amigas, os colegas de turma e professores e professoras do PPGDTS, as pessoas que tive/tenho o privilégio de acompanhar no Centro de Atenção Psicossocial ao longo do meu percurso na psicologia, e na gestão do serviço de saúde mental, aos profissionais de saúde do município de Guaratuba, que todos se sintam contemplados e reconhecidos nessas linhas de agradecimento.

Agradeço o professor Doutor Clovis Wanzinack, por preciosas orientações, que me pouparam de muitos erros e indicaram um caminho a seguir, quando nada era simples, me ajudando a avançar na aprendizagem, repensar a prática, dirimir dúvidas. Sou imensamente grata pelos dois anos de orientação, oportunidades e ensinamentos que me proporcionou ao longo dessa jornada que garantiu contribuições cruciais para o desenvolvimento dessa pesquisa. A professora Doutora Marisete Teresinha Hoffmann Horochovski, que teve papel fundamental na minha trajetória dentro do PPGDTS, e por suas importantes contribuições, bem como do professor Doutor Marcos Cláudio Signorelli, pelo apoio, incentivo e importantes reflexões.

Agradeço em especial a minha amiga e companheira de trabalho Mariana Falcão, por me incentivar a ingressar no PPGDTS, por todo o carinho, toda a ajuda, as conversas entre um atendimento e outro, por todas as vezes em que me apoiou, incentivou tornando este caminho mais leve. A minha filha Sabrina por iluminar cada parte trilhada, me fazendo acreditar em minhas próprias possibilidades. Ao meu esposo Alessandro, que sempre me apoiou e esteve ao meu lado. A minha mãe Rose por toda a ajuda, em dividir as tarefas da casa, me proporcionando maior tempo para os estudos. Ao secretário de saúde Gabriel Modesto e aos amigos do CAPS, que acompanharam este processo desde o começo e apoiaram todos estes momentos, dividindo tempos de calma e turbilhões no trabalho. Às pessoas que conheci durante a minha pesquisa de campo, cada um (a) dos (as) profissionais de saúde, médicos (as), enfermeiras (os) e agentes comunitários de saúde que, com

toda a doçura de seu trabalho, mostraram como somos capazes de transformar a realidade.

“Dizem que sou louco por pensar assim

Se eu sou muito louco por eu ser feliz

Mas louco é quem me diz

E não é feliz, não é feliz”.

(BAPTISTA; CARVALHO; RANSON. Balada do louco. 1972.)

## RESUMO

As doenças mentais atingem aproximadamente 700 milhões de pessoas no mundo e menos de um terço destes recebe acompanhamento adequado. No estado do Paraná, as estatísticas apontam que, a cada dia, duas pessoas morrem vítimas de transtornos mentais. A Atenção Primária à Saúde tem importante papel nessa rede de cuidado, por ser a principal porta de entrada, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede de atenção à saúde. Por outro lado, a Rede de Atenção Psicossocial é uma rede de saúde temática, que envolve o cuidado, visando assegurar às pessoas com sofrimento mental e com necessidades decorrentes do uso de drogas, o acesso a um atendimento integral e humanizado, com foco no acolhimento, acompanhamento contínuo e vinculação à rede. A pesquisa tem por **Objetivo**: Investigar como as ações de serviços de base territorial e comunitária voltada para saúde mental, com a participação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), mais especificamente das equipes de estratégia de saúde da família, estão acontecendo no município de Guaratuba/PR. A **Metodologia** da pesquisa combina diferentes abordagens, com destaque para análise descritivo, analítica, de abordagem qualitativa. Para fins de sistematização, a pesquisa organiza-se em três partes, com técnicas de coletas de dados e de análise específica. A primeira intitulada “**Políticas Públicas em Saúde Mental: rede e território**”, trata-se de pesquisa bibliográfica, que consiste em uma aproximação da temática relacionado ao desenvolvimento territorial sustentável, navegando por conceitos de rede e território para problematizar o processo de redes de atenção em saúde mental e conhecer a situação regional. A segunda intitulada “**Rede de Atenção Psicossocial e a efetividade do tratamento de saúde mental de base territorial no Brasil: uma revisão sistemática da literatura**”, utiliza a metodologia Revisão Sistemática. Efetua-se uma análise de artigos publicados entre os anos de 2011 a 2021, com revisão por pares e indexados em bases de dados com qualidade internacionalmente reconhecida. Conforme os padrões internacionais, esta revisão sistemática tem seu protocolo previamente registrado no banco de dados PROSPERO 2021, CRD42021262086 e seguirá as diretrizes para condução de revisões estabelecidas no protocolo PRISMA. A terceira intitulada “**A Rede de Atenção Psicossocial do município de Guaratuba-PR na perspectiva dos trabalhadores da atenção primária em saúde: tecendo cuidados**” elabora-se um estudo descritivo, analítico, de abordagem qualitativa, onde os dados qualitativos coletados por meio de entrevistas semiestruturada com médicos (as) e enfermeiros (as) das sete (07) Unidades Básicas de Saúde do município de Guaratuba, sendo realizadas dezoito (18) entrevistas individuais e cinco (05) grupos focais com Agente Comunitário de Saúde (ACS). Os dados coletados foram inseridos no software N-VIVO que subsidiou a codificação e análise das categorias. Todas as informações foram compiladas e analisadas perante a literatura de Desenvolvimento Territorial Sustentável e a legislação na área de Políticas Públicas de Saúde Mental. Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFPR/SCS em dezembro de 2020, CAAE 39730220.9.0000.0102, sendo o número do parecer 4.465.459.

Palavras-chave: Saúde Mental. Território. Rede de Atenção Psicossocial. Atenção Primária em Saúde. Políticas Públicas.

## ABSTRACT

Mental illnesses affect approximately 700 million people worldwide and less than a third of these receive adequate follow-up. In the state of Paraná, statistics show that, every day, two people die victims of mental disorders. Primary Health Care has an important role in this care network, as it is the main gateway, care coordinator and organizer of the actions and services available in the health care network. On the other hand, the Psychosocial Care Network is a thematic health network, which involves care, aiming to ensure that people with mental suffering and with needs arising from drug use have access to comprehensive and humanized care, with a focus on welcoming, continuous monitoring and linking to the network. The research aims to: Investigate how the actions of territorial and community-based services focused on mental health, with the participation of the Psychosocial Care Network (RAPS), more specifically of the family health strategy teams, are happening in the city of Guaratuba/PR. The research methodology combines different approaches, with emphasis on descriptive analysis, analytical, qualitative approach. For systematization purposes, the research is organized into three parts, with data collection and specific analysis techniques. The first one, entitled "Public Policies in Mental Health: network and territory", is a bibliographic research, which consists of an approach to the theme related to sustainable territorial development, navigating through network and territory concepts to problematize the process of care networks in mental health and to know the regional situation. The second entitled "Psychosocial Care Network and the effectiveness of territorially based mental health treatment in Brazil: a systematic review of the literature", uses the Systematic Review methodology. An analysis of articles published between the years 2011 to 2021 is carried out, with peer review and indexed in internationally recognized quality databases. In accordance with international standards, this systematic review has its protocol previously registered in the PROSPERO 2021 database, CRD42021262086 and will follow the guidelines for conducting reviews established in the PRISMA protocol. The third entitled "The Psychosocial Care Network in the city of Guaratuba-PR from the perspective of primary health care workers: weaving care" is a descriptive, analytical study with a qualitative approach, where the qualitative data collected through interviews semi-structured with doctors and nurses from the seven (07) Basic Health Units in the city of Guaratuba, with eighteen (18) individual interviews and five (05) focus groups with Community Health Agents (CHA). The collected data were entered into the N-VIVO software, which supported the coding and analysis of the categories. All information was compiled and analyzed in the light of the literature on Sustainable Territorial Development and legislation in the area of Public Mental Health Policies. This research was approved by the Research Ethics Committee of UFPR/SCS in December 2020, CAAE 39730220.9.0000.0102, with opinion number 4,465,459.

Keywords: Mental Health. Territory. Psychosocial Care Network. Primary Health Care. Public policy.

## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - REDE DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NO TERRITÓRIO .....	32
FIGURA 2 - COMPONENTES DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.....	35
FIGURA 3 - DINÂMICA DA RAPS .....	36
FIGURA 4 - PRINCIPAIS TRAJETORIA NA SAÚDE .....	63
FIGURA 5 - MAPA DO LITORAL DO PARANÁ .....	67
FIGURA 6 - NÍVEIS DE ATENÇÃO A SAÚDE .....	70
FIGURA 7 - DIVISÃO TERRITORIAL POR ESF .....	72
FIGURA 8 - NUVEM DE PALAVRAS: LIMITAÇÕES E DIFICULDADES NO TRABALHO COM SAÚDE MENTAL.....	80
FIGURA 9 - NUVEM DE PALAVRAS: FLUXO DE ATENDIMENTO .....	81
FIGURA 10 - NUVEM DE PALAVRAS: IDENTIFICANDO OS USUÁRIOS COM DEMANDAS RELACIONADAS A SAÚDE MENTAL.....	83
FIGURA 11 - FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO NA RAS CONFORME ERSM ...	88
FIGURA 12 - EQUIPAMENTOS DA SAÚDE QUE COMPÕEM A RAPS DO MUNICÍPIO DE GUARATUBA.....	89
FIGURA 13 - NUVEM DE PALAVRAS: REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL .....	90

## LISTA DE IMAGEM

IMAGEM 1 - OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL .....	20
IMAGEM 2 - FLUXOGRAMA DO PROCESSO DE SELEÇÃO E TRIAGEM DOS ARTIGOS, A PARTIR DO PROTOCOLO PRISMA.....	44

## LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - AÇÕES DE MATRICIAMENTO .....	84
GRÁFICO 2 – CAPACITAÇÃO EM SAÚDE MENTAL .....	86
GRÁFICO 3 – ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO EM SAÚDE MENTAL – ERSM .....	87

## LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - EQUIPAMENTOS DE SAÚDE PÚBLICA DO MUNICÍPIO DE GUARATUBA.....	68
--	----

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1- DESCRITORES E OPERADORES BOOLEANOS UTILIZADOS NA BUSCA DE ARTIGOS.....	42
TABELA 2 - CARATERIZAÇÃO DOS ARTIGOS INCLUÍDOS NA RS, SEGUNDO ANO, AUTOR/A (S), TÍTULO, OBJETIVOS E ANÁLISE DA RAPS ...	45
TABELA 3 - ARTIGOS INCLUÍDOS SEGUNDO: TERRITÓRIO, TIPO DE PESQUISA, IDIOMA, BASE DE DADOS E REVISTAS. ....	47
TABELA 4 - EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE GUARATUBA .....	71
TABELA 5 - AMOSTRA DA PESQUISA.....	73

## LISTA DE ABREVIATURAS OU SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde.
APS	Atenção Primária em Saúde.
CC	Centros de Convivência
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial.
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde.
CNES	Cadastro de Estabelecimento de Saúde.
COVID-19	Corona Vírus Disease 2019.
DSS	Determinantes Sociais da Saúde.
ESF	Estratégia Saúde da Família.
ERSM	Estratificação de Risco em Saúde Mental.
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IPARDES	Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social
MS	Ministério da Saúde
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental.
NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família.
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável.
OMS	Organização Mundial da Saúde.
ONG	Organização Não Governamental.
ONU	Organização das Nações Unidas.
OPAS	Organização Pan-americana da Saúde.
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde.
PNSM	Política Nacional de Saúde Mental.
PPGDTS	Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Territorial Sustentável.
PROSPERO	Registro prospectivo internacional de revisões sistemáticas.
PRISMA	Relatórios preferenciais para análises sistemáticas e meta-análises.
PR	Paraná.
PSF	Programa Saúde da Família.
PTS	Projeto Terapêutico Singular.
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial.

RAAS	Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde.
RAS	Rede de Atenção em Saúde.
REME	Movimento de Renovação Médica.
RPB	Reforma Psiquiátrica Brasileira.
RS	Revisão Sistemática.
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.
SINAM	Sistema de Informações de Agravos de Notificação.
SM	Saúde Mental.
SRT	Serviços Residenciais Terapêuticos.
SUS	Sistema Único de Saúde.
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.
TM	Transtorno Mental.
UA	Unidade de Acolhimento.
UBS	Unidades Básicas de Saúde.
UPA	Unidade de Pronto Atendimento.
WONCA	World Organization of National Colleges, Academies.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>18</b>
1.1 JUSTIFICATIVA .....	22
1.2 OBJETIVOS .....	24
1.3 METODOLOGIA.....	24
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>27</b>
<b>2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE MENTAL: REDE E TERRITÓRIO</b> .....	<b>27</b>
2.1.1 Concepção de territorialidade em saúde mental .....	30
2.1.2 Rede de Atenção Psicossocial .....	34
2.1.3 Reflexões sobre a Rede de Atenção Psicossocial a partir do olhar da complexidade .....	37
<b>2.2 REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E A EFETIVIDADE DO TRATAMENTO DE SAÚDE MENTAL DE BASE TERRITORIAL NO BRASIL: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA</b> .....	<b>40</b>
2.2.1 Metodologia.....	41
2.2.2 Resultados e discussão.....	45
2.2.2.1 Estratégia de cuidado no território.....	48
2.2.2.2 Apoio Matricial.....	49
2.2.2.3 Encaminhamentos: a lógica da referência e contra referência na RAPS.....	51
2.2.2.4 Medicalização.....	53
2.2.2.5 Estigma e preconceito .....	54
2.2.2.6 Capacitação .....	54
2.2.2.7 Centro de Atenção Psicossocial .....	55
2.2.2.8 Políticas Públicas .....	57
2.2.2.9 Reinserção Social .....	58
2.2.3 Considerações finais .....	59
<b>2.3 A REDE DE ATEÇÃO PSICOSSOCIAL DO MUNICÍPIO DE GUARATUBA-PR NA PERSPECTIVA DOS TRABALHADORES DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: TECENDO CUIDADOS</b> .....	<b>61</b>
2.3.1 Material e Método.....	64
2.3.2 Apresentação dos resultados .....	74
2.3.2.1 A pratica da saúde mental no contexto da atenção primária .....	76
2.3.2.2 O apoio matricial em saúde mental .....	83

2.3.2.3 A Rede de atenção psicossocial do município na perspectiva dos profissionais da Equipe de Saúde da Família.....	89
2.3.3 Considerações finais .....	92
<b>3 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>95</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>96</b>
<b>APÊNDICE 1- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....</b>	<b>104</b>
<b>APÊNDICE 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO GF.....</b>	<b>107</b>
<b>APÊNDICE 3 - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI ESTRUTURADA - COM PARTICIPANTES QUE TRABALHAM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE ....</b>	<b>110</b>
<b>APÊNDICE 4- ROTEIRO DE ENTREVISTA GF COM OS ACS .....</b>	<b>111</b>
<b>APÊNDICE 5 – TERMO DE CONCORDÂNCIA .....</b>	<b>112</b>
<b>APÊNDICE 6 – NUVEM DE PALAVRAS ENTREVISTAS.....</b>	<b>113</b>
<b>APÊNDICE 7 – NUVEM DE PALAVRAS GF .....</b>	<b>114</b>
<b>APÊNDICE 8 – NUVEM DE PALAVRAS ARTIGOS – RS .....</b>	<b>115</b>
<b>ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP .....</b>	<b>117</b>
<b>ANEXO 2 – REVISÃO SISTEMÁTICA REGISTRO NO PROSPERO .....</b>	<b>126</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Toda pesquisa começa com um questionamento e a pesquisa em questão não é diferente, porém ela também tem uma trajetória. Trajetória essa que iniciou em 2007 quando concluí a graduação em psicologia pela UNIC - Universidade de Cuiabá/MT, a partir daí comecei a atuar na área da psicologia clínica e escolar, quando em 2011 ingressei por meio do concurso público, na equipe técnica do Centro de Atenção Psicossocial - CAPS Recomeço do município de Guaratuba/PR. Fascinada pelo universo da saúde mental, procurei me aperfeiçoar na área, onde concluí em 2013, especialização em saúde mental, pela faculdade ITECNE, além de diversos cursos e capacitações na área de saúde mental e no tratamento de dependência química e reabilitação psicossocial<sup>1</sup>. Nesses dez anos de prestação de serviço no Centro de Atenção Psicossocial, onde participei desde o processo de sua implantação em 2011, sendo que há três anos estou na coordenação, venho realizando diversas atividades na área da saúde mental, como palestras, entrevistas nos meios de comunicação local, mini capacitações para profissionais da área da saúde, além dos atendimentos individuais e em grupos prestados aos usuários do CAPS. Desde 2019 atuo como membro do comitê regional de saúde mental do litoral, onde também em 2019, idealizei e organizei o 1º InterCaps litoral, promovido pela prefeitura municipal de Guaratuba, que integrou todos os CAPS da região litorânea do Paraná (Matinhos, Pontal do Paraná, Paranaguá e Antonina), onde participou estudantes, profissionais de diferentes setores, familiares e usuários dos serviços de saúde mental, entre outros. E durante essa trajetória percebi uma oportunidade de, por meio do programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Territorial Sustentável (PPGDTS), explorar a realidade do município de Guaratuba, bem como dessa rede de cuidados em saúde mental.

---

<sup>1</sup> 2018 – Curso de Urgências Psiquiátricas (Portal Educação).

2019 – I Jornada sobre estratégias de cuidado em saúde mental no Paraná (NIED-UFPR/ESEDH/SEJUF).

2019 – Capacitação em saúde mental (NUTEDS/FAMED/UFC).

2019 – IV Seminário de Atenção Psicossocial: As possibilidades de cuidado integral na atualidade (Conselho Regional de Psicologia – Florianópolis/SC).

2020 – II Congresso de Saúde Coletiva da UFPR.

2021 – Live: Prevenção ao suicídio: falar é a melhor opção, como palestrante, promovido pela UFPR – setor litoral.

Para abordar o tema da saúde mental e compreender a atuação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), é de suma importância conhecer a trajetória histórica e a evolução do tratamento no campo da saúde mental. Trajetória essa marcada por muitas lutas que foram determinantes para o avanço no atendimento na saúde mental. Se na Idade Média a loucura era sinônimo de possessão demoníaca e os loucos eram queimados em fogueira, na Idade Moderna, dá-se o primeiro passo para o tratamento do sofrimento psíquico, a loucura ganha *status* de doença e o Ocidente testemunha o nascimento dos Hospitais Psiquiátricos. Sendo que, no século XIX, a Psiquiatria (FOUCAULT, 1997) toma as rédeas da loucura e, com as promessas de cura, justificaria as formas de asilamento<sup>2</sup>.

Contudo, o tratamento desumano nessas instituições provocou a revolta da sociedade que exigia mudanças no paradigma de atendimentos à essa população. Tais anseios culminaram com o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), no século XX, que propôs novas formas de tratamentos. Segundo Ferreira *et al.* (2016) no Brasil, a Reforma Psiquiátrica que iniciou na década de 1970 teve como maior conquista a criação do CAPS, pois diante dessa realidade cruel, era de extrema necessidade o surgimento de um novo modelo de contribuição, que viabilizasse uma rede que substituísse o modelo “hospitalocêntrico”, sendo que no ano de 1986 é criado o primeiro CAPS no Brasil, resultado de uma luta social que durou doze anos.

Como propõe Moysés (2014) ações propostas de promoção à saúde, em ambientes favoráveis, visando a intersetorialidade, empoderando a comunidade e fomentando a participação social, proporcionam a equidade por meio da ação sobre os Determinantes Sociais da Saúde - DSS<sup>3</sup>, e pelo desenvolvimento de ações multi-estratégicas e sustentáveis.

---

<sup>2</sup> No modo asilar, a ênfase está na determinação orgânica do problema e na medicação como meio básico no tratamento do indivíduo, ele não é sujeito de sua situação, é tratado apenas no seu estado de doente e precisa de isolamento e remédio para a cura. (GOMES, 2006). Disponível em: <http://uniesp.edu.br/sites/biblioteca/revistas/20170411132539.pdf>.

<sup>3</sup> De acordo com definição da Organização Mundial de Saúde (2006), os determinantes sociais da saúde estão relacionados às condições em que uma pessoa vive e trabalha. Também podem ser considerados os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e fatores de risco à população, tais como moradia, alimentação, escolaridade, renda e emprego. Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/determinantes-sociais>.

Segundo a Organização das Nações Unidas – ONU, os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável são um apelo global à ação para acabar com a pobreza, proteger o meio ambiente e o clima e garantir que as pessoas, em todos os lugares, possam desfrutar de paz e de prosperidade. Os dezessete (17) objetivos para os quais as Nações Unidas estão contribuindo a fim de que possamos atingir a Agenda 2030 no Brasil, contempla o objetivo 3: Saúde e bem-estar, que visa garantir o acesso à saúde de qualidade e promover o bem-estar para todos, em todas as idades, sendo que no tópico: 3.4 até 2030, reduzir em um terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis via prevenção e tratamento, e promover a saúde mental e o bem-estar e 3.5 Reforçar a prevenção e o tratamento do abuso de substâncias, incluindo o abuso de drogas entorpecentes e uso nocivo do álcool<sup>4</sup>. Conforme ilustrado na imagem a seguir

IMAGEM 1 - OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL



FONTE: Organização das Nações Unidas, 2015

Desta forma, a presente pesquisa visa investigar, a partir da perspectiva dos trabalhadores da atenção primária em saúde, como a Rede de Atenção Psicossocial - RAPS está organizada no município de Guaratuba/ PR e como acontece a articulação entre os diferentes pontos da rede.

Atendendo aos princípios da Reforma Psiquiátrica e às diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), o Ministério da Saúde do Brasil propôs pela portaria

<sup>4</sup> Organização das Nações Unidas. Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, 2015. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs/3>

ministerial GM nº 3088 de 23 de dezembro de 2011, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). O principal objetivo da RAPS é oferecer um atendimento integral e humanizado às pessoas com sofrimento mental e com uso abusivo de drogas em seu território, atendendo à lei 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais<sup>5</sup>, redirecionando a assistência, até então centrada na hospitalização, para unidades de saúde locais.

Nessa pesquisa será abordado como as ações de serviços de base territorial e comunitária voltada para saúde mental<sup>6</sup>, com a participação da RAPS, mais especificamente das equipes de estratégia de saúde da família, estão acontecendo no município de Guaratuba.

Espera-se que a investigação da Rede de Atenção Psicossocial, o mapeamento do território, dentro da perspectiva do desenvolvimento territorial sustentável, venha a contribuir para ampliar o acesso à atenção psicossocial da população de Guaratuba, dando assim, visibilidade para um serviço de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos (as) usuários (as) e de seus familiares. Fortalecendo as redes e as políticas públicas que garantam a integralidade no cuidado da pessoa com transtorno mental, bem como usuário de álcool e outras drogas.

Diante disso convido o (a) leitor (a) a imergir no mundo da saúde mental, passando pelos conceitos de rede e território, em uma trajetória marcada por avanços e retrocesso.

---

<sup>5</sup> Existem diversos transtornos mentais, com apresentações diferentes. Eles geralmente são caracterizados por uma combinação de pensamentos, percepções, emoções e comportamento anormais, que também podem afetar as relações com outras pessoas. Entre os transtornos mentais, estão a depressão, o transtorno afetivo bipolar, a esquizofrenia e outras psicoses, demência, deficiência intelectual e transtornos de desenvolvimento, incluindo o autismo.  
Fonte: OPAS/OMS. Transtornos Mentais. Folha informativa, 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/transtornos-mentais>

<sup>6</sup> De acordo com a Organização Mundial da Saúde, saúde mental é um estado de bem-estar no qual o indivíduo é capaz de usar suas próprias habilidades, recuperar-se do estresse rotineiro, ser produtivo e contribuir com a sua comunidade.  
Fonte: Fiocruz; Ministério da Saúde. Saúde Mental. SUS de A a Z, 2021. Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/saude-mental>

## 1.1 JUSTIFICATIVA

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (2018), as doenças mentais e neurológicas atingem aproximadamente 700 milhões de pessoas no mundo e menos de um terço destas recebe acompanhamento adequado. A Organização Pan-Americana da Saúde e a Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) afirmam que os transtornos mentais e por uso de álcool e outras drogas têm elevada prevalência e são responsáveis por uma grande carga de doença e incapacidade em todo o mundo. De acordo com os estudos, os transtornos mentais e por abuso de álcool e outras drogas interferem consideravelmente na capacidade de funcionamento dos adultos na família, no trabalho e na sociedade em geral. Os dados da OMS (2018) demonstram que depressão é um transtorno comum e estima-se que mais de 300 milhões de pessoas sofram com ela e aproximadamente 800 mil morram por esta causa a cada ano no mundo. Quando de longa duração e com intensidade moderada ou grave, a depressão pode se tornar uma crítica condição de saúde (OMS, 2018).

De acordo com a OMS (2018), embora existam tratamentos eficazes conhecidos para depressão, menos da metade das pessoas afetadas por essa condição no mundo (em muitos países, menos de 10%) recebem tais tratamentos. Existem barreiras ao tratamento e elas podem ser associadas à falta de profissionais, de recursos e o próprio estigma da sociedade associado aos transtornos mentais.

A OMS reconhece o suicídio como uma prioridade de saúde pública. No Plano de Ação de Saúde Mental 2013-2020, os Estados-Membros da OMS se comprometeram a trabalhar o objetivo global de reduzir as taxas de suicídios dos países em 10% até 2020. Além disso, a taxa de mortalidade por suicídio é um indicador da meta 3.4 dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável: até 2030, reduzir em um terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis via prevenção e tratamento, e promover a saúde mental e o bem-estar (OPAS/OMS, 2018).

Um outro dado importante apontado pela OMS, diz respeito ao uso abusivo de álcool, substância psicoativa com propriedades que causam dependência. Seu uso nocivo tem um grande peso na carga de doenças, além de um ônus social e econômico para os indivíduos e para a sociedade em geral. Em todo o mundo, três

milhões de mortes por ano resultam do uso nocivo do álcool, representando 5,3% de todas as mortes. O uso nocivo de álcool é um fator causal para mais de 200 doenças e lesões (OPAS/OMS, 2019).

Gonçalves et al. (2014) investigaram a prevalência de transtornos mentais comuns (como depressão e ansiedade) e suas associações com características sociodemográficas apresentadas na atenção primária de 27 unidades de saúde da família de quatro capitais brasileiras. Os resultados apontaram prevalências maiores que 50% nas cidades analisadas: 51,9% no Rio de Janeiro, 53,3% em São Paulo, 64,3% em Fortaleza e 57,7% em Porto Alegre. A análise também indicou que os problemas de saúde mental são especialmente altos em mulheres, desempregados (as), em pessoas com baixa escolaridade e com baixa renda. Os pesquisadores finalizam o artigo chamando atenção para a necessidade de políticas públicas que acarretem em melhorias para a saúde mental de uma forma geral.

No estado do Paraná, as estatísticas não são diferentes, a cada dia, duas pessoas morrem vítimas de transtornos mentais e comportamentais no Paraná, em média. É o que revelam dados do Painel de Monitoramento da Mortalidade, do Ministério da Saúde<sup>7</sup> (DASNT/SVS/MS, 2019), os quais apontam que entre 2014 e 2018 foram pelo menos 3.920 vidas ceifadas por problemas como depressão e transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas (como o álcool, fumo, alucinógenos e canabinóides, entre outros).

As altas prevalências encontradas demonstram a necessidade de discutir melhor o atendimento oferecido a população, fortalecendo a Rede de Atenção Psicossocial, impactando o planejamento de políticas de saúde mental.

Desta forma a presente pesquisa visa investigar como as ações de serviços de base territorial e comunitária voltada para saúde mental, com a participação da RAPS, mais especificamente das equipes de estratégia de saúde da família, estão acontecendo no município de Guaratuba.

Quando a saúde mental é integrada nos cuidados primários e na prevenção, há garantia de acesso a serviços de saúde mental a toda população, de forma descentralizada e em seu território. A saúde mental, também sendo prioridade nos cuidados primários de prevenção em saúde, facilita iniciativas realizadas junto da

---

<sup>7</sup> Painel de monitoramento da mortalidade por causas básicas inespecíficas ou incompletas (*garbage codes*) disponibilizado pelo Departamento de Análise de Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis (DASNT/SVS/MS). Disponível em: <http://svs.aids.gov.br>.

população e a promoção de saúde mental, assim como a monitorização e a gestão a longo-prazo de indivíduos afetados. Vale ressaltar ainda que segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Mundial de Médicos de Família (WONCA) em 2008, a maioria das pessoas com transtornos mentais que são tratadas em cuidados primários apresentam bons resultados, particularmente quando ligados a uma rede de serviços ao nível secundário e na comunidade, além de minimizar o estigma e a discriminação (OMS; WONCA, 2008).

## **1.2 OBJETIVOS**

### Objetivo geral

Analisar como as ações de serviços de base territorial e comunitária voltada para saúde mental, com a participação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), mais especificamente das equipes de estratégia de saúde da família, estão acontecendo no município de Guaratuba/PR.

### Objetivos específicos

- Realizar uma aproximação da temática relacionado ao desenvolvimento territorial sustentável, navegando por conceitos de rede e território para problematizar o processo de redes de atenção em saúde mental e conhecer a situação regional.
- Elaborar um levantamento sistemático da literatura nacional e internacional sobre a Rede de Atenção Psicossocial, com foco na atenção primária em saúde.
- Investigar como está organizada a assistência primária em saúde mental no município de Guaratuba/PR, através dos dados qualitativos levantados na pesquisa de campo realizadas nas Unidades Básicas de Saúde do município.

## **1.3 METODOLOGIA**

Para fins de sistematização, a pesquisa organiza-se em três partes, com técnicas de coletas de dados e de análise específica.

A primeira metodologia, é uma pesquisa exploratória, intitulada **Políticas Públicas em Saúde Mental: rede e território**, consiste em uma aproximação da temática relacionado ao desenvolvimento territorial sustentável, como já dito, navegando por conceitos de rede e território para problematizar o processo de redes de atenção em saúde mental e conhecer a situação regional.

A segunda metodologia intitulada **Rede de Atenção Psicossocial e a efetividade do tratamento de saúde mental de base territorial no Brasil: uma revisão sistemática da literatura**, utiliza a metodologia Revisão Sistemática. Efetua-se uma análise de artigos publicados entre os anos de 2011 a 2021, com revisão por pares e indexados em bases de dados com qualidade internacionalmente reconhecida. Conforme os padrões internacionais, esta revisão sistemática tem seu protocolo previamente registrado no banco de dados PROSPERO (International Prospective Register of Systematic Reviews) 2021 CRD42021262086. Disponível em: [https://www.crd.york.ac.uk/prospero/display\\_record.php?ID=CRD42021262086](https://www.crd.york.ac.uk/prospero/display_record.php?ID=CRD42021262086) e seguirá as diretrizes para condução de revisões estabelecidas no protocolo PRISMA (Transparent Reporting of Systematic Reviews and Meta-analyses).

Nesta revisão, foi incluído qualquer tipo de abordagem metodológica de estudos que contenham dados primários sobre a Rede de Atenção Psicossocial a partir da Atenção Primária em Saúde. Incluindo desenhos de estudos quantitativos e qualitativos, publicados nas bases de dados elegíveis.

Foi incluída nessa revisão pesquisas descritivas, exploratórias e qualitativas que abordem a Rede de Atenção Psicossocial, com enfoque na Atenção Primária em Saúde. Foi examinado estudos que analisam pontos da Rede de Atenção Psicossocial em diferentes regiões / áreas do Brasil, com ênfase na Atenção Primária em Saúde, comparando diferentes locais / municípios / regiões em todo o país.

Desta forma foi realizado uma síntese narrativa dos resultados, categorizando os achados de acordo com os resultados da Rede de Atenção Psicossocial: (1) apoio matricial; (2) estratégias de cuidado no território; (3) estigma/preconceito; (4) encaminhamento; (5) medicalização; (6) capacitação; (7) Centro de Atenção Psicossocial; (8) políticas pública; (9) reinserção social. Foi realizado uma análise narrativa de cada categoria.

Os artigos resultantes foram armazenados e gerenciados no Zotero, que é um gerenciador de citações (<https://www.zotero.org/>), seguindo as etapas: (1) leitura do título e resumos; (2) exclusão de artigos duplicados; (3) leitura na íntegra dos demais artigos e avaliação do viés (4) exclusão dos artigos de acordo com os critérios de exclusão; (5) Análise dos resultados.

Os estudos elegíveis, também foram inseridos no software N-VIVO (Versão 1.0) que subsidiou a codificação e análise das categorias.

A terceira metodologia intitulada **A Rede de Atenção Psicossocial no município de Guaratuba-PR na perspectiva dos trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família: Tecendo cuidados**. Elabora-se um estudo descritivo, analítico de abordagem qualitativa. Consiste em estudo de caso, ou seja, estudo aprofundado/ detalhamento exaustivo a respeito da rede de atenção Psicossocial - RAPS no município de Guaratuba. A definição da amostragem será não probabilística intencional devido à relevância em buscar fontes estratégicas na aplicação da Política Pública em questão.

A presente pesquisa foi realizada nas sete (07) Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Guaratuba/PR, sendo seis (06) UBS na área urbana e uma (01) UBS na área rural. O ponto de partida foi a RAPS, que tem na sua constituição entidades do setor de saúde, educação, assistência social e da comunidade. Foram dois grupos de participantes pesquisados: a) o dos profissionais de Saúde (médicos (as) e enfermeiros (as)); e b) o dos agentes comunitários de saúde.

Como instrumentos para a coleta de pesquisa foram utilizados: entrevista semiestruturada - junto aos profissionais de saúde (enfermeiros (as) e médicos (as)), observação sistemática e discussão em grupo focal junto aos Agentes Comunitários de Saúde.

Os dados qualitativos coletados por meio de entrevistas e grupos focais, após serem gravados e transcritos, foram inseridos no software N-VIVO (Versão 1.0) que subsidiou a codificação e análise das categorias. Todas as informações foram compiladas e analisadas perante a literatura de Desenvolvimento Territorial Sustentável e a legislação na área de Políticas Públicas de Saúde Mental.

Vale ressaltar ainda que essa pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFPR/SCS em dezembro de 2020, sendo que se encontra aprovado desde dezembro do mesmo ano. Perante registro, aponta-se o CAAE 39730220.9.0000.0102, sendo o número do parecer 4.465.459.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

Abram alas estou chegando, estou pronta para amostrar, como na Estratégia de Saúde da Família a saúde mental trabalhar. É assunto delicado, para ser abordado com cuidado, pois muitos profissionais dizem não entender do riscado. Para vários deles está definido. Isto não cabe a mim! Drogas, surto, depressão. Loucura que não tem fim! Porque afinal de contas, vamos falar a verdade. Tais demandas não seriam da especialidade? Eu lhes respondo que sim, mas o não também convém. Se a doença é da cabeça, o corpo não adocece também? A saúde da família trata a integralidade, portanto, é necessário pensar a subjetividade. Cada membro da equipe discutindo e repensando. Reavalia a conduta e o atendimento vai melhorando. Quanto mais afinada a conduta ficar, com a RAPS conseguiremos sempre articular. Aproximando serviços, tecendo a rede real, conseguiremos atender as demandas de forma integral. Nada de corpo pra lá e cabeça na ilha. A atenção ao usuário de saúde mental também se faz na saúde da família. (NASF de Dourados-MS, 2014, não.p)<sup>8</sup>.

### 2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE MENTAL: REDE E TERRITÓRIO

Segundo Amarante (1995) há pouco mais de 30 anos, a sociedade brasileira ainda vivia uma ditadura. Especificamente na área da saúde mental, havia uma sequência de violações de direitos, o confinamento, o abandono, o cerceamento da liberdade e o tratamento cruel típico dos manicômios. Atrás da pretensa ideia terapêutica, a internação manicomial escondia dos olhares da sociedade a figura sofrida, diferente e excluída da pessoa em sofrimento mental.

Esse cenário sombrio criou um conflito ético para os profissionais da saúde mental, que num ato de resistência e enfrentamento à lógica manicomial excludente, trabalhadores de saúde mental, familiares, usuários e defensores dos direitos humanos aliaram saber técnico, postura ética e posição política para produzir conhecimento e construir outros modos de cuidar e acolher o sofrimento mental em espaços de convívio social nos serviços de saúde de base comunitária (AMARANTE;1995).

Seguindo a trajetória de muitos outros movimentos sociais do país, é no contexto da abertura do regime militar que surgem então as primeiras manifestações no setor de saúde, principalmente através da constituição, em 1976, do Centro

---

<sup>8</sup> Fonte: transcrição do vídeo “apoio matricial em saúde mental na estratégia de saúde da família” produzido pelo NASF de Dourados - MS para a IV mostra nacional de experiências em atenção básica / saúde da família (Brasília – DF – 12 a 15 de março de 2014) – postado por Karine Yamanari no Youtube em 10/03/2014 e disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=xxz273ibmiy>

Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e do Movimento de Renovação Médica (REME) enquanto espaços de discussão e produção do pensamento crítico na área. É basicamente no interior destes setores que surge o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, movimento este que assume papel relevante nas denúncias e acusações ao governo militar, principalmente sobre o sistema nacional de assistência psiquiátrica, que inclui práticas de tortura, fraudes e corrupção. As reivindicações giram em torno de aumento salarial, redução de número excessivo de consultas por turno de trabalho, críticas à cronificação do manicômio e ao uso do eletrochoque, melhores condições de assistência à população e pela humanização dos serviços. Este movimento dá início a uma greve (durante oito meses no ano de 1978) que alcança importante repercussão na imprensa (AMARANTE, 1995).

Com a realização do V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, em outubro de 1978, testemunha-se o início de uma discussão política que não se limita ao campo da saúde mental, estendendo-se para o debate sobre o regime político nacional. Em 1979 ocorre, em São Paulo, o I Encontro Nacional do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental - MTSM, cujas discussões centraram na necessidade de um estreitamento mais articulado com outros movimentos sociais. O ano de 1987 se destaca pela realização de dois eventos importantes: a I Conferência Nacional de Saúde Mental e o II Congresso Nacional do MTSM (em Bauru/SP). Este segundo evento registrou a presença de associações de usuários e familiares, como a "Loucos pela Vida" de São Paulo e a Sociedade de Serviços Gerais para a Integração Social pelo Trabalho (SOSINTRA) do Rio de Janeiro, entre outras. Com a participação de novas associações, passa a se constituir em um movimento mais amplo, na medida em que não apenas trabalhadores, mas outros atores se incorporam à luta pela transformação das políticas e práticas psiquiátricas (AMARANTE, 1995).

Esse momento, segundo Amarante (1995), marca uma renovação teórica e política do MTSM, através de um processo de distanciamento do movimento em relação ao Estado e de aproximação com as entidades de usuários e familiares que passaram a participar das discussões. Instala-se o lema do movimento: por uma sociedade sem manicômios. Este lema sinaliza um movimento orientado para a discussão da questão da loucura para além do limite assistencial, concretizando a criação de uma utopia que passa a demarcar um campo de crítica à realidade do "campo" da saúde mental, principalmente do tratamento dado aos "loucos".

Atualmente, esta discussão é retomada, principalmente em Santa Catarina, sob a égide "por uma vida sem manicômios", já que a sociedade pode também ser o manicômio.

Tendo em vista uma significativa aproximação dos usuários e dos familiares, é criado, neste II Congresso, o Manifesto de Bauru que, segundo Silva (2003), constitui-se como uma espécie de documento de fundação do movimento antimanicomial que marca a afirmação do laço social entre os profissionais com a sociedade para o enfrentamento da questão da loucura e suas formas de tratamento.

A partir deste manifesto, surge a Articulação Nacional da Luta Antimanicomial que, segundo Lobosque (2001, p.13), significa:

**Movimento** – não um partido, uma nova instituição ou entidade, mas um modo político peculiar de organização da sociedade em prol de uma causa; **Nacional** – não algo que ocorre isoladamente num determinado ponto do país, e sim um conjunto de práticas vigentes em pontos mais diversos do nosso território; **Luta** – não uma solicitação, mas um enfrentamento, não um consenso, mas algo que põe em questão poderes e privilégios; **Antimanicomial** – uma posição clara então escolhida, juntamente com a palavra de ordem indispensável a um combate político, e que desde então nos reúne: por uma sociedade sem manicômios.

Em pouco mais de 30 anos, leis para promover a RPB foram promulgadas por municípios, estados e também pela União. Essas normas determinaram a criação de serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos por meio de uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), tornando o cuidado em liberdade um direito constitucional, inalienável, assegurado pela legislação vigente (VASCONCELOS, 2008).

O projeto da Reforma Sanitária foi propulsor da construção de uma reformulação do campo do saber em saúde, uma estratégia política de luta pela democracia, portanto, de reconstrução, em novas bases, da relação entre Estado e sociedade. Segundo Vasconcelos (2003), uma perspectiva muito própria de empoderamento foi construída durante o período da reforma, sendo também incorporado na Constituição Federal de 1988, assim como na própria legislação e estrutura do atual Sistema Único de Saúde (SUS).

Diante disso, o empoderamento parte de uma construção recente no campo da saúde mental e da Reforma Psiquiátrica, mas se reporta a noções de distintos campos do conhecimento, tendo suas raízes nas lutas pelos direitos civis e sociais, desde o início do Período Moderno, e no movimento feminista e outros movimentos sociais populares da segunda metade do século XX. Segundo Vasconcelos (2003), a dinâmica da Psiquiatria era totalmente voltada para o conceito “hospitalocêntrico” e que era “dado” total poder e centralidade ao médico, hoje, ainda há vestígios dessa visão. Mas, a partir dos movimentos sociais (sociedade civil, organizações de trabalhadores e usuários) houve conquistas de direitos que compactuam e garantem a participação e a co-participação de outros atores no cuidado: o próprio usuário, a família, a comunidade e equipes interdisciplinares para além do médico.

Na saúde mental, o conceito de empoderamento é tido como o fortalecimento do poder, participação e organização dos usuários e familiares no âmbito do cuidado nos serviços substitutivos e também nas estratégias de defesa de direitos e no exercício do controle e da militância social (VASCONCELOS, 2003).

Desta forma a Reforma Psiquiátrica Brasileira é processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, os serviços e das relações interpessoais que o processo da RPB avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios (BRASIL, 2005).

### 2.1.1 Concepção de territorialidade em saúde mental

Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da Constituição Federal Brasileira de 1988, propõe-se que o modelo de cuidado seja baseado na lógica do acompanhamento em território, entendendo que os fatores determinantes e condicionantes de saúde estão vinculados às regiões onde os indivíduos habitam (BRASIL, 1988). A saúde mental inclui-se nessa perspectiva e vem, ao longo dos

anos, ganhando maior espaço em instituições integrantes de uma rede, a partir do processo de Reforma Psiquiátrica, e com isso o termo território adquiriu particular relevância no campo da Saúde Mental. A RAPS empodera todos os níveis de atenção do Sistema Único de Saúde para atuarem em saúde mental. Nesse modelo, a noção de território é central para garantir a integralidade do atendimento (FURTADO, 2016).

Evidenciando convergências e divergências, Furtado (2016) pontua como o conceito território tem sido considerado no pensamento da RPB, e os diversos usos do termo, bem como possíveis correlações para a chamada reinserção social de pessoas com sofrimento mental grave.

Furtado (2016) distingue três acepções relevantes ao conceito de território em saúde mental.

A mais frequente é de território como área de cobertura e ação de serviços extra-hospitalares (CAPS, Unidade Básica de Saúde e etc.). O território é visto como espaço fora do hospital (por extensão, contraposto à psiquiatria hospitalocêntrica) e adjacente ao serviço de saúde, cujos moradores ou frequentadores podem fazer uso deste serviço.

Numa segunda acepção, o território é visto como um conjunto de recursos terapêuticos, em sentido amplo e nem sempre bem delimitado, isto é, uma resultante de interações potenciais a serem exploradas e articuladas pelos profissionais dos serviços de saúde em instâncias que não pertencem a estes serviços diretamente (espaços públicos, vizinhanças, associações etc.), são as chamadas atividades extra muro. Um bom exemplo disso é quando os profissionais atuantes no CAPS, buscam outros cenários cotidianos do usuário, isto é, fora do âmbito da instituição de saúde mental. Assumindo, assim, uma postura de mediadores/facilitadores de relações e de recursos do território para produzir redes sociais solidárias de acompanhamento dos usuários no curso de suas vidas.

A terceira acepção é o território existencial, constituído a partir da história pessoal de cada indivíduo e de como o território afeta subjetivamente esses diferentes atores. Ele denota o espaço de construções simbólicas e de pertencimento, ou seja, a apropriação/valorização de um grupo em relação ao seu espaço vivido. Para Moysés e Sá (2014), o espaço vivido também é permeado de representações sociais do cotidiano, das situações vividas pelas pessoas e

coletividades. E o empoderamento e valorização de pessoas e grupos acontece na oportunidade de dar voz aos sujeitos e às suas vivências no local.

Dessa forma o conceito de território está presente em múltiplas dimensões e sentidos. A relação entre a produção de cuidado e o território no qual este cuidado é exercido é também uma questão central para a atenção psicossocial (FURTADO, 2016).

FIGURA 1 - REDE DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NO TERRITÓRIO



FONTE: BRASIL (2017)

Se o lugar das práticas psiquiátricas sempre se revestiu de especial importância, com a Reforma Psiquiátrica esse lugar deixa de ser predominantemente o hospital para tornar-se o território de vida do sujeito, um objeto dinâmico, vivo, de inter-relações. Assim, organizar um serviço substitutivo que opere segundo a lógica do território é olhar e ouvir a vida que pulsa nesse lugar. Nesta perspectiva, a contribuição de Milton Santos é indispensável. Para ele, o território é o chão e mais a população.

[...], o fato e o sentimento de pertencer àquilo que nos pertence. O território é a base do trabalho, da residência, das trocas materiais e espirituais e da

vida, sobre os quais ele influi. Quando se fala em território deve-se, pois, de logo, entender que se está falando em território usado, utilizado por uma dada população. (SANTOS, 2001, p. 96).

Diante disso serviços de saúde que operem segundo a lógica do território, são indispensáveis, pois, devem encontrar e ativar os recursos locais existentes, estabelecendo alianças com grupos e movimentos de arte ou com cooperativas de trabalho, para potencializar as ações de afirmação das singularidades e de participação social.

Pensar no território e numa rede para fora dos serviços é criar meios para desinstitucionalizar o cuidado às pessoas, reconhecendo suas singularidades e complexidades, pois, nesse contexto, está inserida a existência das diversidades e heterogeneidades dos sujeitos. Cada sujeito possui um território, carregado de história, relações de poder, relações sociais, formas de organização e economia. Segundo Santos (2001), o território é autônomo e possui movimento, marcado por transformações advindas dessa organização histórica e social das populações. Trabalhar com o território é apostar na criação de alternativas de cuidado. Olhar para os lugares onde as pessoas vivem e se relacionam e o quanto estes lugares mostram suas singularidades, diversidades e realidades, concepções essenciais para o cuidado no campo psicossocial.

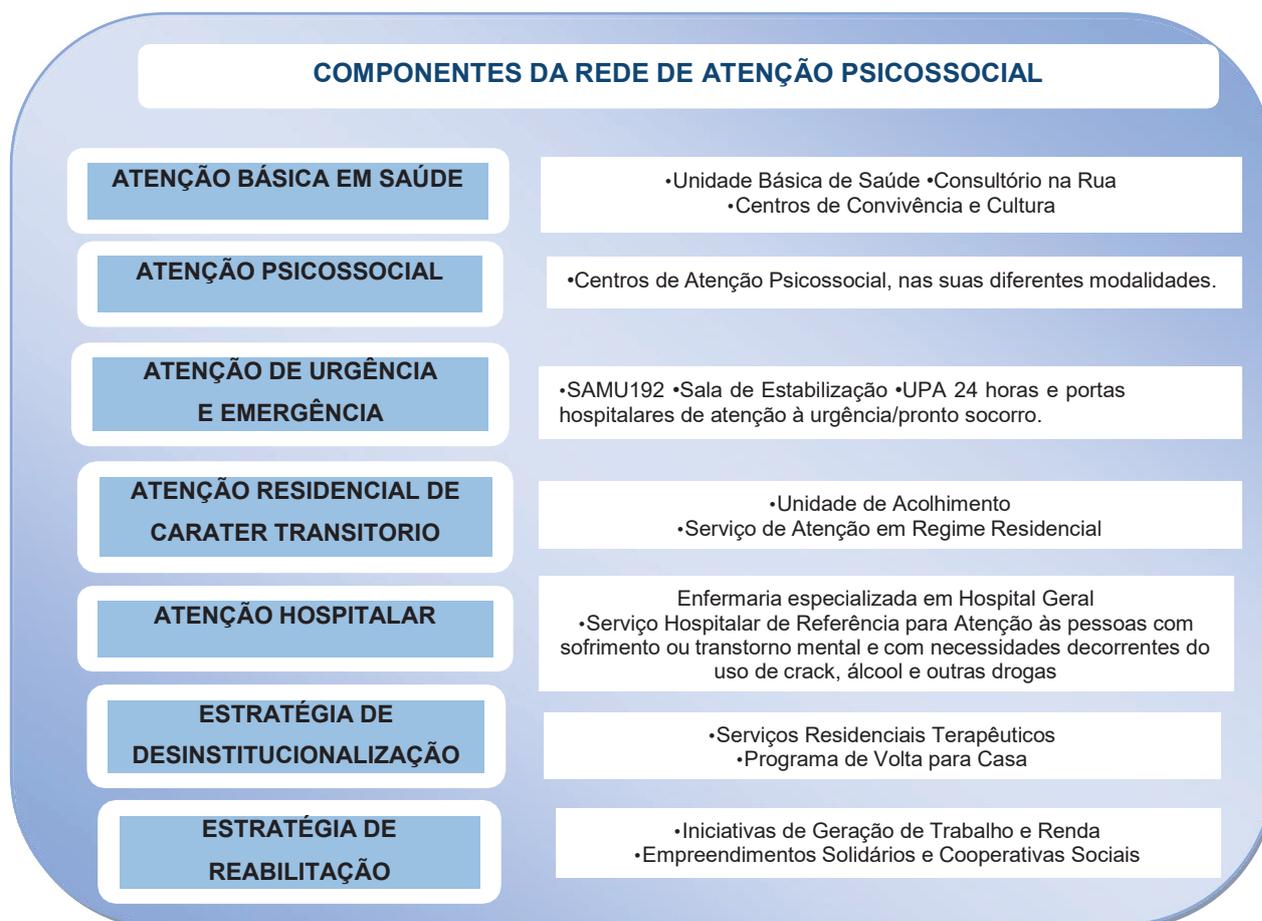
Cuidado esse, que em saúde mental, não se restringe apenas a minimizar riscos de internação ou controlar sintomas. O cuidado envolve também questões pessoais, sociais, emocionais e financeiras, relacionadas à convivência com o adoecimento mental. Tal cuidado é cotidiano e envolve uma demanda de atenção nem sempre prontamente assistida devido a inúmeras dificuldades vivenciadas tanto pelos usuários e seus familiares, quanto pelos profissionais e a sociedade em geral, tais como: escassez de recursos, inadequação da assistência profissional, estigmatização, violação de direitos dos doentes, dificuldade de acesso a programas profissionalizantes, entre outros. Portando, o cuidado em saúde mental é decorrente de uma intrínseca relação entre os serviços de saúde, seus profissionais, o usuário e sua família, considerando as particularidades de cada contexto cultural, social e econômico. (CARDOSO; GALERA, 2011).

### 2.1.2 Rede de Atenção Psicossocial

Atendendo aos princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) e às diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), o Ministério da Saúde do Brasil propôs pela portaria ministerial GM nº 3088 de 23 de dezembro de 2011, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). O principal objetivo da RAPS é oferecer um atendimento integral e humanizado às pessoas com sofrimento mental e com uso abusivo de drogas em seu território, atendendo à lei 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, redirecionando a assistência, até então centrada na hospitalização, para unidades de saúde locais (BRASIL; 2011).

A RAPS considera que todos os pontos de atenção à saúde da população devem estar conectados para garantir a integralidade e a resolutividade das ações em saúde mental. Isso significa que a RAPS dispõe de serviços e equipamentos variados, sendo eles: a Atenção Primária, composta por Estratégias de Saúde da Família (ESF), Equipes de Atenção Primária, Centros de Convivência; a Atenção Psicossocial Especializada, onde se situam os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); a Atenção de Urgência e Emergência, que dispõe do SAMU, das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) 24h, de hospitais psiquiátricos com porta aberta de urgência e pronto-socorro, de leitos psiquiátricos em hospitais gerais e dos CAPS 24h (CAPS III); a Atenção Residencial de Caráter Transitório, composta por Unidades de Acolhimento (UA) e Comunidades Terapêuticas; a Atenção Hospitalar; e Estratégias de Desinstitucionalização, que dispõe dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e do Programa de Volta para Casa (Brasil, 1990). Conforme figura abaixo.

FIGURA 2 - COMPONENTES DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL



FONTE: Brasil; Ministério da Saúde (2018).

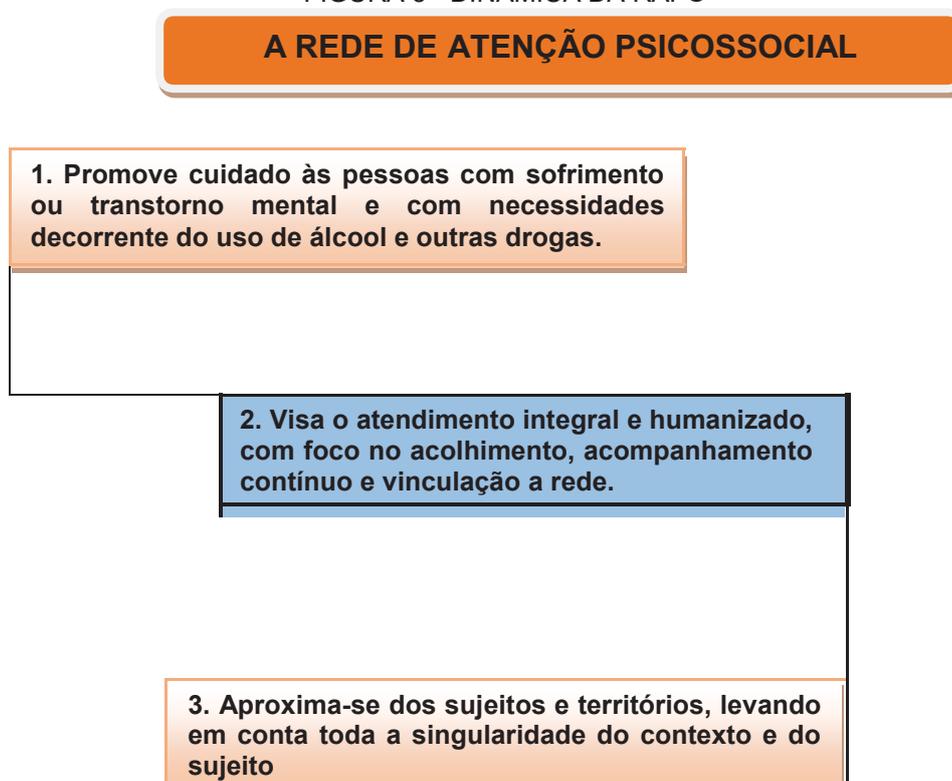
Todos esses pontos configuram uma rede, que interagem de diversas formas, mas principalmente e evitando uma hierarquia de “importância”. Todos esses pontos, ou como explica Castells (1999) na sua teoria de redes, estão fixos, e estão em algum lugar no território. A troca de informações, são os fluxos, e existe uma interação com a tecnologias.

A construção de uma rede de serviços de saúde é uma atividade complexa, pois é formada por uma série de pontos de encontro, de trajetórias de cooperação, de simultaneidade de iniciativas e de atores sociais envolvidos. No SUS, a rede de atenção à saúde mental define-se como de base comunitária, sendo fundamento para a construção desta rede a presença de um movimento permanente e direcionado para os outros espaços da cidade, em busca da emancipação das pessoas com transtornos mentais, aspecto fundamental para a consolidação da RPB (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Rede é sempre algo que une, que entrelaça, que apanha, que amortece, que interconecta, que comunica, que vincula por meio de sua ligação, de seus nós, e que por isso, quando bem instrumentalizada na saúde, possibilita a melhor visão do sistema, seja do indivíduo, de sua família ou de sua comunidade, melhorando a resolubilidade da atenção. (CHIAVERINI et al. 2019, p.199).

As ações em saúde mental devem acontecer em rede na lógica da integralidade em todos os níveis de atenção à saúde, articulando-se com outras políticas sociais, valorizando os setores da cultura, educação, trabalho, assistência social e etc. Entendendo essa rede com um alto grau de complexidade, interações e também, conflitos, afinal, a rede é composta também por relações sociais e humanas (MOYSES, 2014).

FIGURA 3 - DINÂMICA DA RAPS



FONTE: Universidade Federal de São Carlos (2020).

O cabimento da loucura nessa rede de cuidado, depende, inicialmente, de uma efetiva expansão dos serviços de saúde mental de bases territoriais, bem como de ampliação do acesso a bens e serviços não necessariamente atrelados à saúde mental, mas aos direitos sociais básicos da cidadania. Concomitantemente, espera-se que novas regras sociais de relacionamento não se restrinjam ao universo da saúde mental, mas que promovam novos encontros no espaço urbano, que mesmo

com o tom do exótico e inusitado sejam marcados pelo respeito à diversidade e às diferenças. Caso contrário, corre-se o risco de os serviços de saúde mental continuarem a reproduzir ilhas de convivência entre os pares no território.

### 2.1.3 Reflexões sobre a Rede de Atenção Psicossocial a partir do olhar da complexidade

Durante a história, diferentes formas de pensar acompanharam o ser humano na busca para desvendar os mistérios que assolam o mundo e o universo, assim como sempre houve a intenção de alcançar o conhecimento mais próximo da realidade, impulsionando, dessa forma, o desenvolvimento da ciência. Neste processo, no campo da saúde, durante muito tempo, a ciência desenvolveu-se sob uma ótica cartesiana<sup>9</sup>, sem considerar, na maioria das vezes, a multicausalidade que se afixa nessa área, estabelecendo uma visão míope do mundo, da realidade, das coisas: “vemos a árvore, mas não conseguimos enxergar a floresta”; não conseguimos ter a “visão do todo” ou a “visão sistêmica”, com impactos extremamente limitadores do desenvolvimento sustentável. (CABRAL et al., 2020).

Quando pensamos em saúde mental, o pensamento complexo se faz presente, pois compreende-se que a saúde é determinada por aspectos sociais, econômicos, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos; assim, há que se considerar não apenas a ausência de doenças, mas um estado cujas condicionantes e determinantes sociais podem interferir positiva ou negativamente na saúde das populações. Dessa forma, entende-se a saúde como um fenômeno complexo, que necessita de diversas perspectivas para sua compreensão, com novas formas de refletir os processos em saúde, a fim de promover a mudança de uma perspectiva hegemônica e centralizadora para o diálogo entre as inúmeras conexões que envolvem a saúde das coletividades e todos os atores sociais participantes. O pensamento complexo, por sua vez, rompe a separação entre ciência e senso comum, pois entende que o conhecimento das partes depende do conhecimento do

---

<sup>9</sup> O cartesianismo é um movimento intelectual suscitado pelo pensamento filosófico de René Descartes (*Cartesius*) durante os séculos XVII e XVIII. Descartes é comumente considerado como o primeiro pensador a enfatizar o uso da razão para desenvolver as ciências naturais. Para os cartesianos, a mente está totalmente separada do corpo físico. Fonte: SOUZA, A. de O. 2013. Disponível em [https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8133/tde-20032015-124418/publico/2013\\_AlexandreDeOliveiraSouza\\_VOrig.pdf](https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8133/tde-20032015-124418/publico/2013_AlexandreDeOliveiraSouza_VOrig.pdf)

todo, e que o todo depende das partes para reconhecer os fenômenos multidimensionais que permeiam a teia de relações entre indivíduo/sociedade/ambiente (MORIN, 2015).

Arriscando uma leitura preliminar da literatura da RAPS sob o olhar da complexidade, reconhece-se a objetividade das leis e portarias ministeriais, dos serviços e das normatizações que os conformam. Percebe-se também a subjetividade inerente aos atores dessa rede e à interação entre eles, às emergências do cotidiano dos serviços e ao território em toda sua dinamicidade. Entre eles e junto com eles, estruturando essa rede viva, evidencia-se a ordem e desordem em constante interação. É no diálogo e na complementaridade entre esses componentes que a rede se concretiza, auto organiza-se e avança (LIMA e GUIMARÃES, 2019).

O princípio da dialogicidade se apresenta no contexto da RAPS também no que concerne à coexistência entre modelos de atenção e serviços com diferentes inclinações assistenciais - cura, prevenção, reabilitação -, diversas especialidades, níveis e complexidades dentro da mesma rede temática.

Pensando a RAPS na perspectiva da complexidade, desafios são evocados à luz do debate. O primeiro deles é a distância entre a intenção - manifestada em Portarias Ministeriais nº 4.279/2010 e nº 3.088/2011 - e o gesto concreto de oferecer um atendimento integral, contínuo e efetivo aos usuários, inclusive com profissionais habituados a uma assistência focada nas partes e não no todo articulado e interdependente do sistema de saúde (ARRUDA, 2015).

As dificuldades de articulação da RAPS é tema recorrente nas publicações da área. Em síntese, Lima e Guimarães (2019) elencam como fatores associados a tal problemática: desarticulação entre os serviços substitutivos (atenção especializada) e atenção básica, seja por preconceito dos profissionais, seja por dificuldades de comunicação ou por desconhecimento sobre os fluxos assistenciais, agravados pela incipiência dos esforços de aproximação entre os serviços; pouca flexibilidade nos fluxos assistenciais, cristalizando a construção de trajetos assistenciais mais dinâmicos; falta de sistematização para as trocas de informações sobre os usuários e para os encaminhamentos dentro da rede; intervenções fragmentadas e pouco flexíveis; dificuldades políticas, inclusive desinteresse pela saúde mental e precarização dos vínculos trabalhistas.

Uma das dificuldades é que, no atual contexto da atenção em rede, alguns temas (componentes temáticos) - a exemplo do transtorno mental e do uso abusivo de álcool e outras drogas -, por várias questões, vão ficando segregados. Barreiras vão sendo postas, transformando as curvas do território em labirintos que circunscrevem especialidades e especialistas. Igualmente difícil é reconhecer que, para fazer valer a integralidade da atenção, é preciso 'emaranhar' as linhas de cuidado, 'transdisciplinarizar', e, enfim, admitir a coexistência de múltiplas facetas nos processos saúde-doença de um usuário, que, em última instância, é um ser multidimensional.

Assim, aceitar a relação dialógica que se estabelece entre os espaços dentro/fora dos serviços da RAPS e apostar na interdisciplinaridade e na intersetorialidade parece-nos uma alternativa para fazer fluir o cuidado e as relações em rede; dado que, quando se cuida de maneira integral, a intersetorialidade e a articulação para a continuidade do cuidado se tornam condição *sine qua non* à prática. Quando se reconhece a necessidade de compartilhamento do cuidado, aí está implícita a visão integral do sujeito e o reconhecimento da limitação do serviço, e até mesmo do setor saúde, em dar conta do sujeito e sua essência bio-psico-social-espiritual.

## **2.2 REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E A EFETIVIDADE DO TRATAMENTO DE SAÚDE MENTAL DE BASE TERRITORIAL NO BRASIL: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA**

A Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), provocou reflexões sobre a forma como os ditos "loucos" eram tratados pela sociedade. A assistência em saúde mental era centrada nas internações psiquiátricas, onde as pessoas em sofrimento mental encontravam-se desprovida de direitos sobre o processo saúde-doença. A reforma psiquiátrica foi responsável por modificações significativas na assistência às pessoas portadoras de transtornos mentais (AMARANTE, 1995).

Com as práticas de desospitalização e a criação de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, surge em 2011, com a regulamentação da Portaria nº 3.088, um novo arranjo organizativo de serviços e estratégias, que propõe a integralidade e continuidade do cuidado no território, bem como a integração e interação de diferentes atores e equipamentos de saúde, por meio da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). (BRASIL, 2011).

Tal proposta organizacional para a saúde mental, oriunda do modelo de Redes de Atenção à Saúde (RAS), compreende componentes de diversos níveis de atenção, entre eles a Atenção Primária à Saúde (APS), na qual estão alocadas as Unidades Básicas de Saúde (UBS), que tem como equipe a Estratégia Saúde da Família (ESF).

A Atenção Primária à Saúde é reconhecida mundialmente como a responsável pela solução dos principais problemas de saúde da comunidade, incluso a mental, com o foco no cuidado continuado em território. A RAPS estabelece os pontos de atenção para o atendimento de pessoas com problemas mentais, incluindo os efeitos nocivos do uso de crack, álcool e outras drogas. A Rede integra o Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2010).

Dentre os serviços que integram a RAPS, estão as Estratégia Saúde da Família (ESF), por ser um serviço comunitário de maior proximidade com a família e as comunidades, centrado na participação popular e na promoção do autocuidado, tornou-se essencial para a integração entre o portador de transtorno mental, equipe multiprofissional, família e comunidade na reabilitação psicossocial, atendendo ao sujeito em todos os seus aspectos, garantindo o exercício pleno e possível de sua cidadania (BRASIL, 2010).

A RAPS considera que todos os pontos de atenção à saúde da população devem estar conectados para garantir a integralidade e a resolutividade das ações em saúde mental (BRASIL, 2011). Desta forma, foi realizado uma revisão sistemática de estudos que avaliam a Rede de Atenção Psicossocial e como acontece a articulação entre os diferentes pontos da rede, em especial na Atenção Primária em Saúde, visando a efetividade do tratamento de saúde mental de base territorial no Brasil.

Quando a saúde mental é integrada nos cuidados primário e na prevenção, há garantia de acesso a serviços de saúde mental a toda população, de forma descentralizada e em seu território. A saúde mental, também sendo prioridade nos cuidados primários de prevenção em saúde, facilita iniciativas realizadas junto da população e a promoção de saúde mental, assim como a monitorização e a gestão a longo-prazo de indivíduos afetados. Vale ressaltar ainda que segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Mundial de Médicos de Família, a maioria das pessoas com transtornos mentais que são tratadas em cuidados primários apresentam bons resultados, particularmente quando ligados a uma rede de serviços ao nível secundário e na comunidade, além de minimizar o estigma e a discriminação (OMS; WONCA, 2008).

Desta forma a pesquisa visa elaborar um levantamento sistemático da literatura nacional e internacional sobre a Rede de Atenção Psicossocial, com foco na atenção primária em saúde.

### 2.2.1 Metodologia

Foi realizado uma Revisão Sistemática (RS) de estudos que avaliam a Rede de Atenção Psicossocial e como acontece a articulação entre os diferentes pontos da rede, em especial na Atenção Primária em Saúde, visando a efetividade do tratamento de saúde mental de base territorial no Brasil. Foram incluídas pesquisas descritiva, exploratória e qualitativa que aborda a Rede de Atenção Psicossocial, com enfoque na Atenção Primária em Saúde. Examinou-se estudos que analisam pontos da RAPS em diferentes regiões / áreas do Brasil, com ênfase na APS, comparando diferentes locais / municípios / regiões em todo o país.

Conforme os padrões internacionais, esta revisão sistemática tem seu protocolo previamente registrado no banco de dados PROSPERO (International

Prospective Register of Systematic Reviews) 2021 CRD42021262086. Disponível em: [https://www.crd.york.ac.uk/prospero/display\\_record.php?ID=CRD42021262086](https://www.crd.york.ac.uk/prospero/display_record.php?ID=CRD42021262086) e seguiu as diretrizes para condução de revisões estabelecidas no protocolo PRISMA (Transparent Reporting of Systematic Reviews and Meta-analyses).

Para a realização desse estudo, foi realizado uma busca sistemática na Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), na Base de Dados Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), na BDEF – Enfermagem, na Index Psicologia - Periódicos técnico-científicos e na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), que concentra informações brasileiras e latino-americanas. Os descritores e operadores booleanos utilizados como estratégia de busca encontram-se na Tabela 1, sendo adotados os descritores de Ciências da Saúde criados pela BIREME.

TABELA 1- DESCRITORES E OPERADORES BOOLEANOS UTILIZADOS NA BUSCA DE ARTIGOS

Idioma	Descritores e operadores booleanos
Português	Atenção primária à saúde AND saúde mental AND NOT covid - 19 AND ("Atenção Primária à Saúde" OR "Saúde Mental" OR "Serviços de Saúde Mental" OR "Transtornos Mentais" OR "Saúde da Família" OR "Atenção à Saúde" OR "Estratégia Saúde da Família" OR "Acesso aos Serviços de Saúde" OR "Sistema Único de Saúde" OR "Política de Saúde") AND país_assunto:("américa do sul" OR "brasil") AND tipo:("artigo") AND país_afiliação:("^iBrasil^eBrasil^pBrasil^fBrésil")) AND (ano_cluster: [2011 TO 2021]).
Inglês	Primary health care AND mental health AND NOT covid - 19 AND ("Primary Health Care" OR "Mental Health" OR "Mental Health Services" OR "Mental Disorders" OR "Family Health" OR "Health Care" OR "Family Health Strategy" OR "Access to Health Services" OR "Unified Health System" OR "Health Policy") AND country_subject:("south america" OR "brazil") AND type:("article") AND country_affiliation:("^iBrazil^eBrasil^pBrasil^fBrésil")) AND (cluster_year:[2011 TO 2021]).
Espanhol	Atención primaria de salud Y salud mental Y NO covid - 19 Y ("Atención Primaria de Salud" O "Salud Mental" O "Servicios de Salud Mental" O "Trastornos Mentales" O "Salud Familiar" O "Cuidado de la Salud" O "Estrategia de Salud Familiar" O "Acceso a Servicios de Salud" O "Sistema Unificado de Salud" O "Política de Salud") AND country_subject:("sudamérica" OR "brasil") AND type:("article") AND country_affiliation:("^iBrasil^eBrasil^pBrasil^fBrésil") Y (año_clúster:[2011 A 2021]).

Fonte: Autora; dados da pesquisa, 2021.

Foi incluído estudos que contenham dados primários sobre a Rede de Atenção Psicossocial a partir da Atenção Primária em Saúde, publicados nas bases de dados elegíveis.

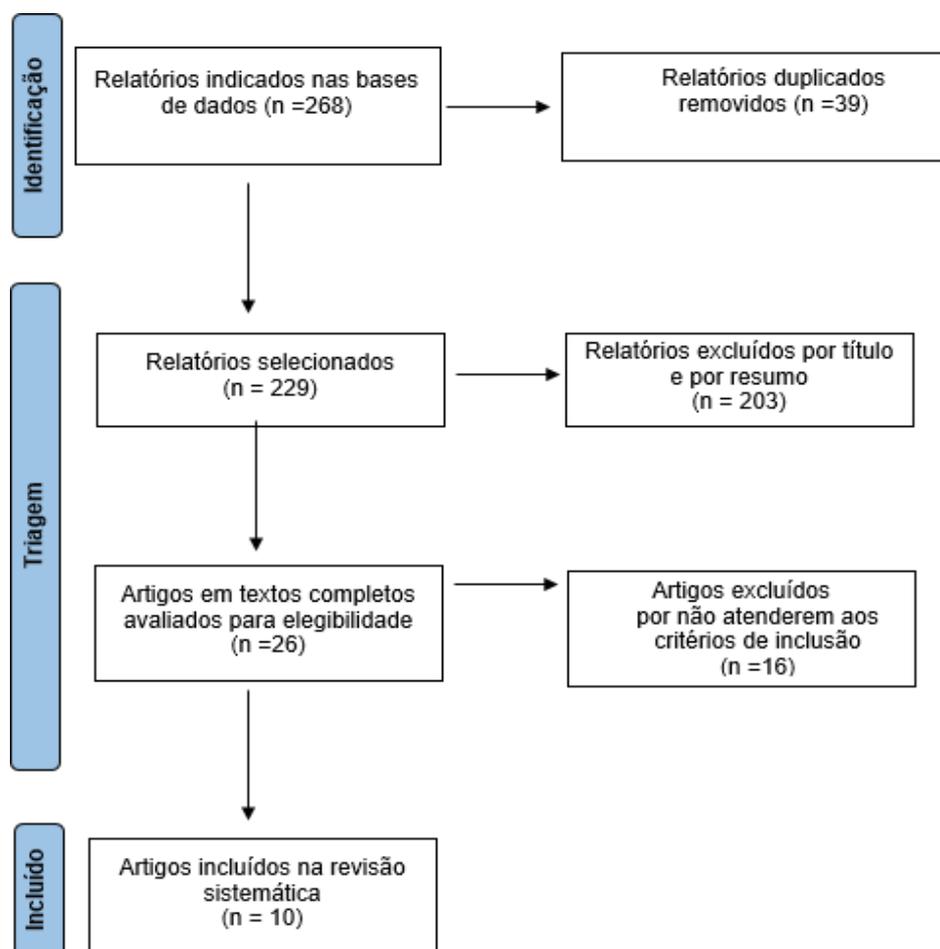
Os critérios de elegibilidade para inclusão de artigos são: (1) estudos sobre a Rede de Atenção Psicossocial no Brasil; (2) coleta de dados primários ou análise do conjunto de dados existente; (3) estudos descritivos, analítico, quantitativos e qualitativos; (4) data de publicação entre 2011 e 2021; e (5) publicados em inglês, espanhol ou português, a partir das bases de dados selecionadas. Um estudo é excluído se: (1) não se tratar da Rede de Atenção Psicossocial a partir da Atenção Primária em Saúde no Brasil ou não contiver dados primários; (2) não há resultados ou discussão sobre o papel da Atenção Primária em Saúde na Rede de Atenção Psicossocial; (3) relata uma revisão, não contém dados primários, é um artigo de opinião, estudo de caso, editorial, documento de política, resultado de conferência científica; (4) publicado em 2010 ou antes; (5) abordar outros pontos da Rede de Atenção Psicossocial em vez da Atenção Primária em Saúde.

A exposição se refere a Rede de Atenção Psicossocial, com enfoque na Atenção Primária em Saúde. Para efeito de comparação, foi analisado a organização e articulação da Rede de Atenção Psicossocial e a integralidade dessa rede com a Atenção Primária em Saúde no Brasil.

Os artigos resultantes da busca foram armazenados e gerenciados no Zotero, que é um gerenciador de citações (<https://www.zotero.org/>), seguindo as etapas: (1) exclusão de artigos duplicados; (2) leitura do título e resumos; (3) leitura na íntegra dos demais artigos e avaliação do viés (4) exclusão dos artigos de acordo com os critérios de exclusão; (5) Os resultados foram analisados.

Os estudos elegíveis, também foram inseridos no software N-VIVO (Versão 1.0) que subsidiou a codificação e análise das categorias.

IMAGEM 2 - FLUXOGRAMA DO PROCESSO DE SELEÇÃO E TRIAGEM DOS ARTIGOS, A PARTIR DO PROTOCOLO PRISMA



Fonte: Autora; adaptação do Fluxograma Prisma, 2022. (<http://www.prisma-statement.org/>)

A partir da estratégia de busca utilizando os descritores e operadores booleanos, conforme tabela 1, foram identificados 268 artigos. Nessa primeira etapa, foram excluídos 39 artigos duplicados, após, foram realizadas as leituras dos títulos e resumos individualmente, sendo excluídos nessa etapa 203 artigos, por não trazerem evidências sobre a Rede de Atenção Psicossocial com base na Atenção Primária em Saúde no Brasil. Diante disso foram selecionados 26 artigos para avaliação de elegibilidade, sendo que desses, 16 artigos não atenderam aos critérios de inclusão por não se tratar da Rede de Atenção Psicossocial a partir da Atenção Primária em Saúde no Brasil, ou por não haver resultados ou discussão sobre o papel da Atenção Primária em Saúde na Rede de Atenção Psicossocial. Sendo então incluídos 10 artigos para leitura na íntegra e análise dos resultados, conforme imagem 2.

### 2.2.2 Resultados e discussão

A partir da leitura integral dos 10 artigos incluídos nesta RS, conduziu-se uma síntese narrativa de resultados, categorizando os achados de acordo com a Rede de Atenção Psicossocial. A análise das características-chaves elencadas na RAPS e síntese dos dados foram realizadas de acordo com a disponibilidade de dados dos estudos elegíveis, sendo que a grande maioria dos estudos abordaram temas como, Centro de Atenção Psicossocial (80%), encaminhamento e apoio matricial (70%), medicalização e estratégias de cuidado no território (60%) e políticas pública (50%). Por outro lado temas como estigma/preconceito (30%), capacitação e reinserção social (40%), foram abordados por menos da metade dos artigos analisados. A descrição dos artigos com seus respectivos objetivos e análise da RAPS, encontra-se na Tabela 02.

TABELA 2 - CARATERIZAÇÃO DOS ARTIGOS INCLUIDOS NA RS, SEGUNDO ANO, AUTOR/A (S), TÍTULO, OBJETIVOS E ANÁLISE DA RAPS

Ano		Análise da RAPS			
Artigo	Autor/a (s)	Título	Objetivos	Abordado	Não abordado
<b>A</b>	2015 HIRDES, Alice	A perspectiva dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre o apoio matricial em saúde mental.	Objetivou-se investigar o AM em saúde mental na APS, na perspectiva dos profissionais generalistas, com vista à identificação das diretrizes, princípios e valores profissionais que permeiam o processo.	Apoio Matricial; encaminhamento; estigma/preconceito; capacitação e CAPS.	Estratégia de cuidado no território; medicalização; políticas públicas e reinserção social.
<b>B</b>	2011 ARCE et al	A práxis da Saúde Mental no âmbito da estratégia saúde da Família: contribuições para a construção de um cuidado integrado.	Analisar as práticas de saúde mental na atuação das equipes da estratégia saúde da Família de Brasilândia, no Distrito Federal, quanto a seus potenciais e limites para o cuidado integral aos sujeitos em situações de sofrimento mental na atenção primária.	Estratégia de cuidado no território; apoio matricial, medicalização; encaminhamento; capacitação; CAPS e políticas pública.	Reinserção social e estigma/preconceito.
<b>C</b>	2019 LIMA, D. K. R. R; GUIMARÃES, J.	Articulação da Rede de Atenção Psicossocial e continuidade do cuidado em território: problematizando possíveis relações.	O artigo discute os modos de articulação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), considerando a recursividade que se estabelece entre estes e as características do cuidado continuado em território.	Estratégia de cuidado no território; apoio matricial, medicalização; encaminhamento; CAPS; políticas pública e reinserção social.	Estigma/preconceito e capacitação.
<b>D</b>	2020 COUTINHO et al.	Articulations between the Global Mental Health project and the cultural aspects of care in the Psychosocial Care and Primary Health Care Network in Brazil	O artigo objetivou discutir a centralidade do conceito de cultura e suas implicações no projeto da Saúde Mental Global (SMG), numa perspectiva macro, mas também no âmbito local – mais especificamente no Sistema Único de Saúde (SUS) na relação entre os dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e atenção primária à saúde (APS).	Estratégia de cuidado no território; estigma/preconceito e medicalização.	Apoio matricial; encaminhamento; capacitação; CAPS; políticas pública, reinserção social.

<b>E</b>	2019 SOUZA et al.	Inclusion of mental health in primary health care: care strategy in the territory.	Analisar as estratégias, desafios e possibilidades da articulação entre a saúde mental e a atenção básica à saúde a partir da perspectiva de gestores da saúde.	Estratégia de cuidado no território; apoio matricial; estigma/preconceito; capacitação, CAPS e políticas públicas.	Encaminhamento; medicalização e reinserção social.
<b>F</b>	2017 BARBOSA et al.	O papel da atenção primária de saúde na constituição das redes de cuidado em saúde mental.	Caracterizar as práticas e estratégias de cuidado à Saúde Mental desenvolvidas pelas equipes de atenção primária na área urbana de Pesqueira/PE.	Estratégia de cuidado no território; apoio matricial, medicalização; encaminhamento; CAPS; capacitação e reinserção social.	Estigma/preconceito e políticas públicas.
<b>G</b>	2021 SAMPAIO, M. L.; JUNIOR, B. P.	Rede de Atenção Psicossocial: avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental.	Este estudo objetivou avaliar a estrutura e o processo de articulação do cuidado em saúde mental, tendo como foco os serviços integrantes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e outros dispositivos sociais e comunitários.	Apoio matricial; encaminhamento; medicalização; CAPS e reinserção social.	Estratégia de cuidado no território; estigma/preconceito; capacitação e políticas públicas.
<b>H</b>	2017 ESLABÃO et al.	Rede de cuidado em saúde mental: visão dos coordenadores da estratégia saúde da família.	Objetivou-se analisar a visão de coordenadores da Estratégia Saúde da Família (ESF) sobre a conformação da rede de saúde mental no município de Pelotas/RS.	Estratégia de cuidado no território; encaminhamento; medicalização; CAPS e políticas públicas.	Apoio matricial; estigma/preconceito; capacitação e reinserção social.
<b>I</b>	2015 GRYSCHKE, G.; PINTO, M. A. A.	Saúde Mental: como as equipes de Saúde da Família podem integrar esse cuidado na Atenção Básica?.	Esta revisão procurou entender como a Saúde Mental se insere na prática da Estratégia de Saúde da Família.	Apoio matricial; CAPS e políticas públicas.	Estratégia de cuidado no território; encaminhamento; medicalização; estigma/preconceito; capacitação e reinserção social.
<b>J</b>	2017 NÓBREGA et al.	Weaving the West Psychosocial Care Network of the municipality of São Paulo	Compreender como profissionais de serviços de saúde envolvidos no cuidado dos usuários em sofrimento psíquico percebem a organização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) da região Oeste do Município de São Paulo.	Encaminhamento e reinserção social.	Estratégia de cuidado no território, apoio matricial, medicalização; estigma/preconceito; capacitação; CAPS; políticas públicas.

Fonte: Autora; dados da pesquisa, 2022.

A maior parte dos estudos apresentaram análises de recortes territoriais específicos, sendo o Nordeste a região com maior porcentagem de pesquisa (30%) e somente 02 (20%) trataram de estudos com abrangência nacional. A Região Centro-Oeste, foi a que teve menor porcentagem (10%), não sendo identificado estudos na região Norte, em comparação aos 10 artigos elegíveis para essa RS. Sendo que a grande maioria (70%) trata-se de pesquisa qualitativa e publicada em português. Conforme tabela 3

TABELA 3 - ARTIGOS INCLUÍDOS SEGUNDO: TERRITÓRIO, TIPO DE PESQUISA, IDIOMA, BASE DE DADOS E REVISTAS.

<b>Território</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Porcentagem</b>
Nordeste	3	30%
Sul	2	20%
Sudeste	2	20%
Centro-Oeste	1	10%
Brasil	2	20%
<b>Tipo de Pesquisa</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Porcentagem</b>
Qualitativa	7	70%
Quali-Quantitativo	1	10%
Revisão de literatura	2	20%
<b>Idioma</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Porcentagem</b>
Português	7	70%
Inglês	3	30%
<b>Bases de Dados</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Porcentagem</b>
LILACS	9	90%
MEDLINE	1	10%
<b>Revistas</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Porcentagem</b>
Cad. Saúde Pública	1	10%
Ciência e saúde Coletiva	2	20%
Rev. Gaúcha de Enferm.	1	10%
PHYSIS (RJ)	3	30%
Rev. Brasilei. Enferm.	2	20%
Rev. Pesquisa (UFRJ; online)	1	10%

Fonte: Autora; dados da pesquisa, 2022.

### 2.2.2.1 Estratégia de cuidado no território

Um dos desafios hoje colocado para a implementação do atendimento integral em saúde mental na atenção básica está diretamente relacionado à questão da acessibilidade do cuidado territorial. Como aponta Souza et al (2019) que, para garantir o acesso à atenção em saúde mental os serviços precisam estar disponíveis para a população que dele necessita. Por isso há necessidade de os serviços estarem próximos aos locais de vida das pessoas.

Conhecer as características do território, pessoais e cotidianas dessa clientela pode fornecer importantes informações para o planejamento mais humanizado, compartilhado e coletivo da assistência oferecida ao cuidado em saúde mental.

Segundo De Certeau (1998 apud Coutinho et al., 2020, p.10),

Para tanto, torna-se fundamental que o clínico conheça o território, conceito-chave da atenção primária à saúde e da atenção psicossocial. É necessário se apropriar do território enquanto elemento estratégico – e principalmente tático, no sentido de que fala De Certeau (1998) – de articulação dessas redes e no cuidado integral à saúde, lembrando que quando se trabalha no território é preciso praticar a democracia psíquica, conhecer a cultura e conversar com seus interlocutores invisíveis.

Diante disso, como apontado por Eslabão et al. (2017), os profissionais devem repensar as ações de cuidado, visando ir para fora dos serviços, para além das paredes institucionais, indo ao encontro do usuário na rua, no bairro e na comunidade. Desta forma, a visita domiciliar é uma grande aliada, sendo uma prática em que os profissionais têm a possibilidade de atuarem no território adjunto com o usuário, estabelecendo vínculo entre a equipe de saúde e a comunidade, além de permitir que os profissionais identifiquem o risco e a vulnerabilidade dessas pessoas (BARBOSA et al., 2017, p.664).

Arce complementa que,

[...] o vínculo promovido pelo fato de a ESF representar um cuidado territorializado à saúde da população, viabilizado por meio das visitas domiciliares, caracteriza o principal potencial identificado pela equipe de saúde da Família (ARCE et al., 2011, p. 551).

Por outro lado, Lima e Guimarães (2019) em sua pesquisa sobre as características do cuidado produzido em território, evidenciaram em meio às práticas desenvolvidas, características como medicalização, fragmentação do sujeito e das práticas e desacolhimento.

#### 2.2.2.2 Apoio Matricial

O matriciamento ou apoio matricial é um modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica. (BRASIL, 2011).

Assim, o matriciamento se afirma como recurso de construção de novas práticas em saúde mental também junto às comunidades, no território onde as pessoas vivem e circulam, pela sua proposta de encontros produtivos, sistemáticos e interativos entre equipes da atenção básica e equipes de saúde mental.

O apoio é visualizado, na perspectiva dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família, como uma forma de resolver a demanda e minimizar o acesso aos serviços especializados. (HIRDES, 2015).

Por outro lado, Hirdes (2015, p. 380) ainda complementa que,

Há o consenso entre os profissionais que o apoio matricial (AM) qualifica as intervenções em saúde mental. Entretanto, os tensionamentos ocorrem à medida que o AM é utilizado como uma maneira de impedir o acesso aos serviços de atenção secundária, particularmente ao CAPS.

Este discurso traz outro questionamento, como nos municípios com menos de 15 mil habitantes, que não possuem serviços especializados como os Centro de Atenção Psicossocial, o que reforça a importância do apoio de uma equipe matricial em saúde mental.

[...] Demonstrou a importância do estabelecimento de redes de cuidado, que poderia contar neste território com o apoio de uma equipe matricial em saúde Mental, uma vez que a população da cidade não corresponde ao quantitativo mínimo necessário para a implantação de um CAPS. (ARCE et al., 2011, p. 560).

Lima e Guimarães (2019), complementa que, durante a sua pesquisa ficou evidente a fragilidade, especialmente na Atenção Primária a Saúde, em relação ao saber e ao fazer que envolvem o apoio matricial, apesar de reconhecerem a necessidade de tal prática para o cuidado em saúde mental de base comunitária.

Por outro lado, é notória a dificuldade que os usuários têm de entender o que é o matriciamento e de reconhecer a importância dessa prática para a continuidade do cuidado, evitando reinternações e potencializando outros espaços do cuidado para além dos serviços especializados em saúde mental. (LIMA; GUIMARÃES, 2019, p. 13).

Souza et al. (2019) relatou diferentes configurações desse apoio, algumas equipes têm instituído um espaço/horário para o matriciamento, onde os profissionais dos CAPS vão até a unidade básica para discutirem algumas situações e casos que demandam outro olhar dos profissionais da atenção básica; por vezes o matriciamento acontece num atendimento compartilhado, na realização de uma visita domiciliar conjunta; ou outros arranjos, que também foram encontrados. “[...] foi percebido que quando o apoio matricial acontece, ele potencializa a assunção da corresponsabilidade entre as equipes da atenção básica e dos CAPS. ” (SOUZA et al., 2019, p. 1760).

Sampaio e Junior (2021) identificaram outras articulações, com a atenção primária, como alguns casos de matriciamento entre Núcleo de Apoio a Saúde da Família - NASF e atenção básica, CAPS e equipes de saúde da família; estratégias preventivas e promocionais, como realização de grupos de tabagismo e de bem-estar; e acompanhamento longitudinal de casos pelas equipes de saúde da família, com o suporte do CAPS. No entanto, os autores, evidenciaram dificuldades das equipes de saúde da família (ESF) em acolher as demandas em decorrência de pré-conceitos com os usuários da saúde mental, sobrecarga assistencial, frágil formação profissional e ausência de fluxos e protocolos.

Mesmo diante disso, Barbosa et al. (2017) aponta, que a estratégia do matriciamento se torna importante nesse cenário, pois muitas vezes a participação de profissionais de saúde mental junto aos profissionais da atenção básica, nesses grupos, em coordenação conjunta, facilita o aprendizado dos profissionais das ESF quanto ao manejo dos aspectos subjetivos do processo grupal, perante os quais esses profissionais muitas vezes se sentem inseguros.

Desta forma, os limites evidenciados podem ser enfrentados com o apoio matricial, considerando como apontado por Arce et. al. (2011), que parte deles está relacionada ao processo de formação/capacitação dos profissionais, o que pode ser observado em diversas experiências de integração entre saúde Mental e saúde da Família no Brasil.

O apoio matricial permite ampliar o poder resolutivo local, alterar a lógica compartimentalizada de referência/contrareferência, pensar ações intersetoriais ampliadas, promover projetos terapêuticos em parceria e co-responsabilizar as outras instituições pertinentes no processo de atenção à saúde mental. Isso mobiliza diversos atores (médicos, enfermeiros, agentes comunitários, assistentes sociais, entre outros) para lidar com o andamento dos casos discutidos, propiciando uma ampla variedade de estratégias, enriquecendo e viabilizando a articulação de redes de cuidado. (GRYSCHK; PINTO, 2015).

### 2.2.2.3 Encaminhamentos: a lógica da referência e contra referência na RAPS

A referência e a contra referência em saúde são mecanismo do Sistema Único de Saúde (SUS), que favorecem a troca de informações, o trânsito do usuário no sistema, e a continuidade do cuidado. Em relação à integração entre os pontos da RAPS a principal dificuldade encontrada na maioria dos artigos analisados, é de uma rede que se articula de maneira fragmentada e sem parâmetros claramente definidos.

A esse respeito, Amorim e Dimenstein<sup>10</sup> (2018 citado por SAMPAIO; BISPO, 2021), referem que a desorganização das portas de entradas e a ausência de portas de saída e de fluxos de encaminhamentos definidos e reconhecidos contribuem para a fragilidade dos processos de descentralização e de conexão entre os pontos de atenção.

A dificuldade para sustentar o usuário quando este é encaminhado de um serviço para outro, é citado por Nóbrega et al. (2017), como encaminhamentos não

---

<sup>10</sup> Amorim AKMA, Dimenstein M. **Desinstitucionalização em Saúde Mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico no Rio Grande do Norte**. In: Lima AF, organizador. (Re)pensando a saúde mental e os processos de desinstitucionalização. Curitiba: Appris; 2018. p. 145-62.

qualificados, sem a real necessidade, que acabam gerando desgaste aos usuários e equipes.

Desse modo, a atuação em sua maioria se restringe a identificar e encaminhar os casos, não havendo uma responsabilização da equipe pelo acompanhamento do sofrimento mental dos sujeitos pertencentes àquela área de cobertura do programa. (ARCE et al., 2011).

Por outro lado, Hirdes (2015) defende a manutenção de um sistema de referência para os casos de difícil manejo; refratários ao tratamento; quadros agudos; para pessoas que se beneficiariam de psicoterapia e aqueles que desejam que o atendimento seja feito por um psiquiatra. Porém como aponta Barbosa et al. (2017), há falta da contra referência desses casos que são encaminhados para o serviço de especialidade acaba por prejudicar a continuidade do cuidado.

[...] porém não ocorre a contra referência ao serviço de atenção básica que acaba não possuindo mais informações sobre a evolução do tratamento desse usuário encaminhado. (BARBOSA et al., 2017, p.663).

Segundo Hirdes (2015) mesmo que exista o apoio matricial, ainda haverá necessidade de encaminhamentos para serviços de atenção secundária e terciária. Entretanto como não há oferta suficiente para a demanda, simplesmente os usuários ficam sem atendimento, gerando, na APS, filas de espera para encaminhamentos. Para equilibrar esta tensão acarretada na rede, os usuários findam por recorrer à porta aberta do CAPS na perspectiva de terem sua demanda contemplada. (LIMA; GUIMARÃES, 2019).

Para Eslabão (2017) não há trocas de corresponsabilidade entre os profissionais da rede, sendo que o encaminhamento, documento de referência e contra referência são a única informação em relação ao usuário, sendo que para haver um cuidado integral é preciso que os serviços através de seus profissionais se comuniquem realizando a discussão dos casos mais delicados. (ESLABÃO et al., 2017, p. 6)

#### 2.2.2.4 Medicalização

Segundo Arce et al. (2011) em determinados momentos da história, passou-se a ideia de que o cuidado aos transtornos mentais dependia unicamente do médico. O que ainda reflete, segundo Buchele, Borges e Coelho<sup>11</sup> (2006 citado por ARCE et al., 2011), a permanência do modelo de atenção primária em saúde mental centrado no médico, o que, de acordo com Brêda e Augusto<sup>12</sup> (2001 citado por ARCE et al., 2011), evidencia o processo de medicalização dos sintomas dos sujeitos, que ainda persiste no trabalho da APS.

Percebe-se uma prática associada ao uso indiscriminado do medicamento, que tem como pano de fundo a medicação como recurso de escolha em detrimento do acolhimento e de outras estratégias de suporte psicossocial. (LIMA; GUIMARÃES, 2019, p. 07).

A medicalização é descrita como uma das principais práticas da assistência ao usuário de saúde mental.

Na maioria das entrevistas os profissionais descrevem o uso do medicamento como a peça fundamental para o controle dos surtos ou até mesmo para evitá-los. Além dos profissionais, os próprios usuários e familiares ainda estão muito envolvidos no modelo medicamentoso, sendo considerado peça fundamental para o usuário a prescrição do medicamento, deixando de lado outras práticas que também são importantes para o tratamento desses usuários, como as oficinas terapêuticas. (BARBOSA et al, 2017, p.665).

É necessária atenção especial para esses casos de modo que eles não sejam medicalizados e o sujeito em sofrimento seja ouvido em suas demandas. Como aponta Coutinho et al. (2020), onde refere que em 30% dos casos há remissão dos sintomas simplesmente por serem acolhidos pela equipe individualmente ou em grupo.

---

<sup>11</sup> Buchele, D.I.P.I.; Borges, V.F.; Coelho, E.B.S. **A interface da saúde Mental na atenção Básica.** *Cogitare enferm*, v. 11, n. 3, p. 226-33, 2006.

<sup>12</sup>Brêda, M. Z.; Augusto, I.G.S. **O cuidado ao portador de transtorno psíquico na atenção básica de saúde.** *Ciênc. saúde coletiva*, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 471-480, 2001. Brêda, M.Z. et al. duas estratégias e desafios comuns: a reabilitação psicossocial e a saúde da família. *Rev Latino-am Enfermagem*, v. 13, n. 3, p. 450-452, maio-jun 2005

Desta forma, o caráter predominantemente medicamentoso e a fragilidade da atuação multiprofissional apontam para o risco da manutenção de serviços hegemonicamente biomédicos e desarticulados. (SAMPAIO; BISPO, 2021).

[...]em um serviço público, por exemplo, foi identificado um número altíssimo de usuários de psicofármacos, o que fere os objetivos de um cuidado voltado para a autonomia e a cidadania dos sujeitos. (ESLABÃO et al., 2017, p.7).

Por isso a importância de se discutir a medicalização da saúde mental entre os profissionais, para compreender que as necessidades dos usuários não se restringem a psicofármacos.

#### 2.2.2.5 Estigma e preconceito

A loucura traz consigo um histórico de estigma e este faz com que os considerados loucos sejam tratados de forma que a equidade encontra dificuldade para se materializar. (SOUZA et al., 2019).

No que tange à SMG, a questão cultural ganha destaque porque, sob o enfoque crítico, ajuda a acessar as formas pelas quais as disparidades socioeconômicas e as múltiplas formas de discriminação se cristalizam como significativas disparidades de saúde em todas as sociedades, sedimentando iniquidades na distribuição de problemas e recursos de saúde na população. (COUTINHO et al., 2020, p.06).

Segundo Hirdes (2015), a diminuição do estigma que as pessoas com transtorno mental carregam, emergiu como um valor a ser conquistado, além do estigma dos profissionais generalistas quanto ao atendimento de pessoas com um transtorno mental, que necessita ser superado, além do autoestigma e o estigma da sociedade.

#### 2.2.2.6 Capacitação

Segundo Souza et al. (2019), é preciso qualificar as equipes da Atenção Básica para a atenção psicossocial, e um dos dispositivos para a implementação dessa estratégia é o apoio matricial.

Hirdes (2015), avaliou a efetividade de intervenções em saúde mental, antes e após capacitações em saúde mental de 96 horas para médicos e enfermeiros generalistas da atenção primária a saúde para o cuidado compartilhado, e concluiu que a capacitação dos profissionais não está associada de forma consistente com o reconhecimento ou a gestão de problemas de saúde mental. Arce et al. (2011), complementa ainda que, a capacitação em saúde Mental, embora possibilite aos profissionais uma melhor identificação dos casos, devendo ser expandida para propiciar aos profissionais a apropriação de ferramentas de intervenção no âmbito da atenção primária, visando maior autonomia da equipe em relação à implementação de ações voltadas para os usuários com transtornos mentais.

Outra dificuldade relatada por Barbosa et al. (2017), é a falta de capacitações em saúde mental para os profissionais da atenção básica, pois eles relatam que seria uma forma de proporcionar um melhor atendimento para esse público específico.

#### 2.2.2.7 Centro de Atenção Psicossocial

De acordo com a Portaria nº 336/2002 os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) deverão integrar os atendimentos ambulatoriais de característica diária segundo a lógica do território. Portanto, é necessária a articulação do CAPS com os demais serviços de saúde, para garantir a estruturação de uma rede de cuidados eficiente, desde a atenção primária até a atenção terciária. (BARBOSA et al, 2017).

Hirdes (2015), observou em seu estudo que uma das dificuldades encontrada nesse processo reside na integração e na retaguarda do serviço especializado, o CAPS.

[...]Os participantes do estudo avaliam existirem rupturas entre os princípios do SUS da Reforma Psiquiátrica e o atendimento disponibilizado pelos CAPS, sobretudo no acolhimento transversal (entre equipes) e horizontal (disponibilidade de serviços no curso de um transtorno). (HIRDES, 2015, p.375).

No entanto, atualmente, um dos principais desafios dos CAPS reside na extensão de suas práticas e atividades no território. (SOUZA et al., 2019).

Considerando a reformulação da política de saúde mental, em que o cuidado deve ser voltado para o território, o CAPS é um ponto estratégico de cuidado na

rede. Porém, como apontado por Eslabão et al. (2017) o CAPS é identificado pelos gestores municipais como um serviço chave, e o principal ponto de atenção na rede, não dando ênfase nos outros pontos da RAPS.

Os gestores expõem uma visão mais restrita em relação aos dispositivos de cuidado em saúde mental ao expor fortemente o CAPS sem colocar os demais dispositivos e recursos territoriais que são importantes nesse cuidado. (ESLABÃO et al., 2017, p. 5).

Embora os CAPS sejam considerados estratégicos dentro da RAPS, cada vez mais a atenção em saúde mental tem sido compreendida como uma rede de cuidados que inclui a atenção básica, as residências terapêuticas, os ambulatórios, os centros de convivência, dentre outros recursos. No entanto, depara-se com a queixa da falta de instrumentalização desses profissionais para intervir na saúde mental, o que muitas vezes gera um encaminhamento precipitando desses pacientes para o CAPS. (GRYSCHEK; PINTO, 2015, p. 3256).

Assim, pode-se depreender que há tensionamentos e rupturas na articulação em rede, sobretudo no que concerne ao encaminhamento de pessoas ao CAPS.

Para Hirdes (2015, p.376), “Os profissionais do CAPS não aceitam a referência direta de um profissional da ESF, sob a justificativa de que existe o AM, sendo necessária a intercessão do apoiador”.

Desse modo, a fragilidade na integração entre a saúde mental e os demais serviços da rede e a sobrecarga de alguns serviços propiciaram a centralização do cuidado nos CAPS. (SAMPAIO; BISPO, 2021, p. 09).

Lima e Guimaraes (2019, p. 08), reconhecem que,

[...]uma lógica fragmentadora flutua entre os micro e macro contextos da saúde, atravessando a decomposição do corpo em partes, perpassando a organização fragmentada de políticas e sistemas de saúde e resvalando em práticas assistenciais segmentadas e com pouca comunicação com o contexto sociocultural de indivíduos e coletividades. Resquícios da razão cartesiana, na qual “separar para conhecer” é condição fundamental. É marcante a presença da especialidade médico-psiquiátrica e do serviço especializado de suporte à saúde mental – o CAPS.

Desta forma, como aponta Arce et al. (2011), a integração com um CAPS, sob a perspectiva do apoio matricial, poderia promover mudanças na realidade observada, sem sobrecarga as equipes.

### 2.2.2.8 Políticas Públicas

Segundo Costa et al.<sup>13</sup> (2011 citado por LIMA; GUIMARÃES, 2019), na esfera jurídico-política, a promulgação da Lei 10.216, seguida de um arcabouço normativo de leis, portarias e decretos ministeriais, reorientou a assistência em saúde mental no Brasil, o que findou por legitimar uma série de serviços que devem funcionar de forma articulada e pautada na assistência em território. Desta forma, as ações das equipes devem ser ampliadas, mas outras ações que também devem ser viabilizadas, são os investimentos dos gestores em equipamentos de saúde preconizados por diversas políticas públicas. (ARCE; et al, 2011).

De acordo com Souza et al. (2019, p. 1758),

A expansão dos serviços comunitários em saúde mental tem sido objeto de constante debate entre gestores, profissionais e formuladores de políticas públicas da área, e é importante considerar que os serviços precisam refletir as prioridades dos usuários, constituírem-se em serviços móveis e estar próximos à casa das pessoas, além disso, o tratamento deve ser baseado em projetos terapêuticos singulares.

Dessa forma, observa-se a importância na constituição de políticas capazes de organizar e criar projetos para a produção de serviços na comunidade, espaços para a fala, para o encontro e para a produção de experiências positivas, pois como aponta Eslabão et al. (2017), é um direito do usuário encontrar em seu próprio território o tratamento necessário para o seu sofrimento psíquico e, a partir daí, articular-se com uma rede de atenção psicossocial.

Segundo Gryscek e Pinto (2015, p. 3261),

[...]deve-se aplicar e fortalecer Políticas Públicas de saúde mental, que incluem: o compromisso dos gestores com a expansão da SM na AB; a criação de diretrizes para as ações de SM; a promoção de condições para implantação da SM por meio de contratação de especialistas para o AM, bem como qualificar esse apoio para integrar a rede; articulação de políticas intersetoriais para atuar nos determinantes sociais do processo saúde-doença; promover o cuidado em rede, compartilhando o saber sobre psicotrópicos evitando a medicalização desnecessária; e incentivar a formação de especialistas em SM que saibam corresponsabilizar e

---

<sup>13</sup> COSTA, N. R. et al. **Atores, política pública e instituições da Reforma Psiquiátrica brasileira.** Ciência e Saúde Coletiva, v. 16, n. 12, p. 4576, 2011.

favoreçam a participação do portador de transtorno mental na escolha do tratamento e terapêutica.

Por fim, não basta somente as equipes de saúde desejarem se capacitar, mas é importante que haja preocupação da Gestão em saúde em viabilizar e incentivar esse processo. (GRYSCHEK; PINTO, 2015).

#### 2.2.2.9 Reinserção Social

Segundo Barbosa et al. (2017), no contexto da atenção primária de saúde do município estudado, o controle da medicação é a principal prática de cuidado desenvolvida na saúde mental, comprometendo os princípios preconizados pela Política Nacional de Saúde Mental para a reinserção social do usuário e o fortalecimento de sua autonomia.

Lima e Guimarães (2019), apontam o Centro de Convivência-CC, como uma estratégia potente para inclusão social e desenvolvimento de práticas alternativas de cuidado.

[...] este dispositivo aparece como um recurso terapêutico importante para a redução do tempo de permanência do usuário dentro do serviço. Na vivência do usuário, o CC exala liberdade e movimento, exercício de corpo, mente e cidadania. (LIMA; GUIMARÃES, 2019, p. 10).

Ainda de acordo com Sampaio e Bispo (2021), no que diz respeito à articulação com o território, ocorreram mobilizações dos profissionais para tentativa de inserção dos usuários nos espaços sociais, de escolarização e geração de renda, além de participações ativas em espaços artísticos e culturais. “A inserção nestes espaços possibilita novas expressões de vida, autonomia e sociabilidade, favorecendo a construção de um novo lugar social a estes sujeitos. ” (SAMPAIO; BISPO, 2021, p. 12).

É fundamental construir ações que propiciem ou fortaleçam a (re)inserção dos usuários com transtorno mental no convívio comunitário, com medidas que caminhem na sua valorização enquanto cidadãos de direitos. (NÓBREGA et al., 2017, P. 1022).

Assim, parcerias com dispositivos fora do campo da saúde, como os espaços de cultura e lazer devem ser mais explorados e valorizados para consolidar o eixo estratégia de reabilitação psicossocial.

### 2.2.3 Considerações finais

Por meio dos estudos analisados conclui-se que essa rede de serviços ainda está em desenvolvimento, pontua-se a importância do cuidado de base territorial, a fim de fortalecer esse modelo de atenção em rede, mas que porém essa rede necessita de ampliação e implantação de infra-estrutura extra-hospitalar mais próxima ao cotidiano dos usuários de saúde mental, para que não sobrecarregue os insuficientes serviços substitutivos de assistência caracteristicamente comunitária, abordagens assistenciais inadequadas até a desassistência em alguns casos.

No que tange ao cuidado compartilhado em rede e a comunicação entre os pontos, o estudo demonstrou uma rede fragmentada, e por vezes conflituosa, com precariedade na comunicação, conforme referido nas falas oriundas dos artigos C, G, H e J, aonde pontuam as dificuldades dos serviços para o trabalho em rede. Como o não reconhecimento dos fluxos de cuidado e as fragilidades nos meios de comunicação, criando assim, obstáculos no cuidado integral e continuado, fragmentação do sujeito e das práticas, especialização não comunicante e desacolhimento. E com isso, as estratégias e práticas relacionadas ao cuidado em saúde mental ainda estão muito voltadas às consultas com especialista. Analisou-se por meio dos artigos F, G, I e J, que as equipes da estratégia de saúde da família nem sempre se sentem capacitados para lidar com a demanda de saúde mental, focando assim em ações que priorizam os encaminhamentos para serviços especializados como o CAPS, o que ocorre pela insegurança e incapacidade para manejar casos de saúde mental, mesmo que sejam usuários de baixa complexidade, além da falta de escuta dos profissionais sobre as necessidades da pessoa. Esses desdobramentos indicam limitações para o desenvolvimento do cuidado integral e longitudinal.

Outro ponto importante, e que precisa ser alvo de discussão entre os profissionais da atenção básica, diz respeito a medicalização da saúde mental. Os artigos C, D, F, G, H e I, pontuam intervenções predominante na terapêutica

medicamentosa, o que acaba por fragilizar a atuação multiprofissional, direcionando para o risco da manutenção de serviços hegemonicamente biomédicos e desarticulados, o que acaba por ferir os objetivos da reforma psiquiátrica. Desta forma ações voltadas ao cuidado à saúde mental, não devem ser deixadas de lado pelos profissionais da atenção básica, pois as necessidades dos usuários não se restringem a psicofarmacos.

Diante disso, pode-se inferir pela análise dos artigos A, B, E e I que o Apoio Matricial possibilita novos requerimentos e processos de trabalho no território, mostrando assim potencial de transformação de saberes e práticas. Há o consenso entre os artigos analisados que o Apoio Matricial capacita e qualifica as intervenções em saúde mental, por meio de um processo contínuo de supervisão.

Os dados analisados por si só não inviabilizam o desempenho dos profissionais em suas funções, nem pode ser atribuído como única causa para os problemas, mas sinaliza a necessidade de se problematizar as fragilidades que afloram com a criação da RAPS. Uma rede que deve acontecer de forma comprometida, realizando e estabelecendo trocas de cuidado, informações, flexibilidade e ações conjuntas com o comprometimento na continuidade da terapêutica. Uma rede de atenção para além de encaminhamentos, referência, contra referência e trocas de receitas, estabelecendo um cuidado em conjunto, articulando o território e outros setores, que atenda de forma efetiva às necessidades sociais e de saúde dos usuários e famílias.

### **2.3 A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DO MUNICÍPIO DE GUARATUBA-PR NA PERSPECTIVA DOS TRABALHADORES DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: TECENDO CUIDADOS**

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) coloca em prática uma política de caráter descentralizadora, que conjugada à gratuidade e universalidade, o torna o maior sistema público de saúde do mundo. Transcorridos 30 anos do processo de implantação e implementação do SUS, o Ministério da Saúde (MS), em 2006, estabeleceu como eixo estruturante do sistema de saúde, a Atenção Básica em Saúde. Para sua operacionalização, define a Estratégia Saúde da Família (ESF) como desenho organizacional prioritário para o fortalecimento da Atenção, a fim de contribuir na viabilização e concretização dos princípios do SUS. A ESF atua em um território geograficamente definido, com uma equipe multiprofissional, realizando ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, e tem se tornado a estratégia prioritária na consolidação da assistência básica brasileira (VELOSO et al, 2013).

A atenção básica vinculada com a saúde mental, deve acontecer o mais precocemente possível, pois são as equipes (ESF) que conhecem a realidade local e constituem a porta de entrada para o sistema de saúde. Sendo assim, espera-se a resolutividade de um grande número de problemas, em saúde mental ou em outras áreas. Além disso, por sua proximidade com famílias e comunidades podem realizar ações de promoção à saúde mental e ser um recurso para a ressocialização dos portadores de transtornos mentais.

As ações de saúde mental na atenção básica, conforme sugere o Ministério da Saúde (MS), por meio da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), devem transcender o modelo tradicional, medicalizante e investir em promoção da saúde, considerando a singularidade das pessoas, seu protagonismo, rompendo com o estigma da doença. (VELOSO et al, 2013).

A partir das reformas sociais formuladas no processo de redemocratização do Brasil entre os anos 1980 e 1990 são definidas políticas sociais de saúde como parte da constituição da cidadania social, com a reorganização da atenção básica a partir dos Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), atuam no acompanhamento, prevenção de doenças e orientação de crianças, adolescentes, idosos, grávidas e lactantes, através de

visitas feitas regularmente em domicílio. O programa serviu como base para o lançamento, em 1994, do Programa de Saúde da Família (PSF), como parte de uma estratégia de reestruturação do modelo assistencial do SUS, visando o aprofundamento da municipalização e o fortalecimento da chamada atenção primária, ou seja, a prevenção de doenças e o atendimento aos casos de menor complexidade. O PSF traz inúmeras inovações e desafios. Por meio dele, equipes multidisciplinares, um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde, passam a trabalhar em Unidades de Saúde da Família, nas casas dos pacientes e nas comunidades, e se concentram na integração da assistência médica com ações preventivas e de promoção da saúde, sendo um primeiro contato do paciente com o sistema de saúde local. Essas equipes são responsáveis pelo cuidado da população adscrita de seu território<sup>14</sup> – de 2.000 a 3.500 pessoas (BRASIL, 2017) – em todas as fases da vida.

Tais estratégias visam à reorientação do modelo tradicional, centrado na rede ambulatorial hospitalar e com ênfase na cura das doenças já estabelecidas, para uma forma de assistência na qual seja privilegiada a integralidade do atendimento. A proposta é romper com a lógica medicalizante, verticalizada, individualista, centrada no médico e pouco resolutiva que reinava e ainda hoje se faz amplamente presente no trabalho de saúde desenvolvido no país (DIMENSTEIN, 2004).

---

<sup>14</sup> População Adscrita: população que está presente no território da UBS, de forma a estimular o desenvolvimento de relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado e com o objetivo de ser referência para o seu cuidado. (BRASIL, 2017). Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)

FIGURA 4 - PRINCIPAIS TRAJETORIA NA SAÚDE



FONTE: A autora (2021).

Passados doze anos da apresentação do projeto de lei, pelo então deputado Paulo Delgado, em 6 de abril de 2001 é sancionada a Lei nº 10.216, conhecida como “lei da reforma psiquiátrica” ou “lei antimanicomial”. Baseada em um modelo assistencial, a legislação visa reforçar os direitos de pessoas com transtornos mentais. Entre outros aspectos, busca a desinstitucionalização da atenção, que passa a ser feita através de serviços ambulatoriais, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Serviços de Residências Terapêuticas (SRT). A lei também estimula a participação familiar no tratamento, regula internações involuntárias, voluntárias e compulsórias, e propõe a exigência de assistência integral ao usuário

Em 30 de dezembro, através da Portaria nº 4.279/2010, são instituídas as Redes de Atenção à Saúde (RAS). As RAS foram formuladas com o intuito de superar a fragmentação existente na assistência, bem como o modelo de atenção à saúde fundamentado em ações curativas, centrado no cuidado médico e estruturado com serviços de saúde dimensionados a partir da oferta.

A partir de 2011, com a regulamentação da Portaria nº 3.088, é instituída a RAPS, que surge como um novo arranjo organizativo de serviços e estratégias, que propõe a integralidade e continuidade do cuidado, a integração e interação de serviços e a construção de vínculos horizontais entre atores e setores, em contraposição à fragmentação de programas e práticas clínicas, ações curativas isoladas em serviços e especialidades. (BRASIL, 2011).

Neste sentido, busca-se discutir os modos de articulação da RAPS, nas perspectivas dos trabalhadores das equipes de estratégia de saúde da família, considerando a recursividade que se estabelece entre estes e as características do cuidado continuado em território, tendo como cenários as unidades básicas de saúde do município de Guaratuba. Desta forma, compreender como os profissionais da ESF, entendem o que seja a rede de atenção à saúde mental poderá apontar caminhos necessários para uma efetiva mudança do paradigma psiquiátrico, a fim de superar o modelo asilar. Assim, o objetivo deste estudo foi analisar as concepções dos profissionais das equipes de ESF acerca da Rede de Atenção Psicossocial do município.

### 2.3.1 Material e Método

A pesquisa em questão na rede de atenção psicossocial do município de Guaratuba, é de caráter descritivo, analítico, de abordagem qualitativa.

O método qualitativo, que, para Minayo (2008), responde a questões muito particulares por trabalhar com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores, das atitudes, em um nível de realidade que não é visível, precisa ser exposta e interpretada, primeiramente, pelo próprio pesquisador. Consiste em estudo de caso, ou seja, estudo aprofundado/detalhamento exaustivo a respeito da rede de atenção Psicossocial - RAPS no município de Guaratuba. A definição da amostragem será não probabilística intencional devido à relevância em buscar fontes estratégicas na aplicação da Política Pública em questão.

Vale ressaltar ainda que essa pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFPR/SCS em dezembro de 2020, sendo que se encontra aprovado desde dezembro do mesmo ano. Perante registro, aponta-se o CAAE 39730220.9.0000.0102, sendo o número do parecer 4.465.459.

## A- Técnicas e instrumentos

Na primeira fase da pesquisa foi realizado levantamento bibliográfico e o estabelecimento do contato com a secretaria municipal da saúde, unidades básicas de saúde e profissionais a serem pesquisados.

Durante o mês de junho de 2021, foi realizada a segunda fase da pesquisa, com observação, entrevistas e atividades de grupo para fazer uma leitura da dinâmica de Atenção Primária em Saúde Mental, na cidade de Guaratuba; as entrevistas com profissionais de Saúde (enfermeiros e médicos) e o trabalho de grupo focal com os Agentes Comunitários de Saúde.

Como instrumentos para a coleta de pesquisa foram utilizadas: dezoito (18) entrevistas semiestruturada por pautas - junto aos profissionais de saúde (enfermeiros e médicos), observação sistemática e discussão em grupo focal junto aos Agentes Comunitários de Saúde.

A entrevista, segundo Minayo (2008), é uma forma privilegiada de obter informações, já que o seu processo de interação social está sujeito a mesma dinâmica das relações existentes na própria sociedade. Nesta proposta a entrevista foi semi diretiva onde o entrevistado era provocado a falar através de algumas questões pré-estabelecidas, mas também tem a liberdade de acrescentar informações que entender relevante.

Na atividade de grupo focal, foram realizados seis (06) grupos, onde participaram vinte e três (23) AC. A proposta foi de que através de perguntas disparadoras sobre o papel deste profissional da atenção primária nas intervenções da saúde mental, possa desenrolar um debate capaz de explicitar o pensamento destes profissionais em relação ao usuário, a forma de atendê-lo e encaminhá-lo dentro da Rede de Atenção Psicossocial. Conforme Morgan (1997) a técnica de grupo focal para coleta de dados acontece por meio das interações grupais ao se discutir um tópico especial sugerido pelo pesquisador. Esta técnica representa uma posição intermediária entre a observação participante e as entrevistas em profundidade e é relevante enquanto fonte de compreensão do processo de construção das percepções, atitudes e representações sociais dos grupos humanos.

## B- Fase de coleta de dados

Após aprovação pelo devido Comitê de Ética, foi iniciado a fase de coleta de dados com assinaturas dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido pelos participantes da pesquisa.

A partir do contato com a coordenação das Unidades Básicas de Saúde - UBS, todos os profissionais (conforme critério de inclusão) dos serviços foram convidados a participar dessa pesquisa, sendo as diferentes formas de coleta de dados (entrevista semiestruturada e estratégia de grupo focal) organizadas de acordo com as disponibilidades dos profissionais e a dinâmica do serviço.

As entrevistas foram gravadas com aparelho áudio de mp3 e posteriormente transcritas, todos os dados coletados foram utilizados especificamente e exclusivamente para os propósitos de pesquisa e será destruído e descartado sem possibilidade de ser remontado, 05 (cinco) anos após o término do estudo.

Como instrumentos para a coleta de pesquisa foram utilizados, tal e qual, na parte de técnicas e instrumentos, entrevista semi estruturada - junto aos profissionais de saúde (enfermeiros (as) e médicos (as)), observação sistemática e discussão em grupo focal junto aos Agentes Comunitários de Saúde.

A fim de assegurar a confidencialidade dos participantes da pesquisa, foram utilizados números de 1 a 18 para identificar os profissionais da saúde (médicos (as) e enfermeiros (as)) e nos grupos focais com os ACS foram utilizados: grupo 1 (nomes de cidades), grupo 2 (nomes de carros), grupo 3 (nomes de estados), grupo 4 (nomes de frutas), grupo 5 (cores), grupo 6 (nomes de país). Vale ressaltar ainda que, toda vez que o entrevistado citou nome de algum profissional específico, ou outra pessoa, o nome foi substituído por “fulana(o)”, “ciclana(o)” e/ou “beltrana(o)”.

### C- Caracterização do local e amostra da pesquisa

A cidade de Guaratuba, está localizada no litoral do estado do Paraná, e tem em sua municipalização o marco legal em 29 de abril de 1771, atualmente com 251 anos. Em relação a dados populacionais, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)<sup>15</sup> aponta estimativa para 2020 de 37.527 pessoas, Guaratuba é a

---

<sup>15</sup> Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, 2021. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/guaratuba/panorama>

segunda mais populosa, e em extensão territorial 1.326,670km<sup>2</sup> das cidades do litoral paranaense, sendo Paranaguá a cidade mais populosa do litoral com 154.936 habitantes e Guaraqueçaba a cidade com maior extensão territorial 2.017,03km<sup>2</sup>. Segundo o IPARDES (2010) o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM)<sup>16</sup> é de 0,717, sendo este um valor considerado alto. Guaratuba pertence a 1<sup>o</sup> regional de saúde<sup>17</sup>, que é composta pelos setes municípios do litoral paranaense e tem a sua sede no município de Paranaguá, conforme figura abaixo.

FIGURA 5 - MAPA DO LITORAL DO PARANÁ



FONTE: Secretaria do Estado do Paraná, 2021.

Os serviços de saúde pública ofertado pelo município, consiste em serviços de atenção primária e secundária. Sendo 12 serviços de atenção primária e 05 secundária. Conforme quadro abaixo.

<sup>16</sup> Os dados utilizados foram extraídos dos Censos Demográficos do IBGE. (1) O índice varia de 0 (zero) a 1 (um) e apresenta as seguintes faixas de desenvolvimento humano municipal: 0,000 a 0,499 - muito baixo; 0,500 a 0,599 - baixo; 0,600 a 0,699 - médio; 0,700 a 0,799 - alto e 0,800 e mais - muito alto. Fonte: Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social, 2021. Disponível em: <http://www.ipardes.gov.br>

<sup>17</sup> As Regionais de Saúde são as unidades administrativas da SESA distribuídas em todo o território paranaense visando descentralização de serviços e redução das barreiras geográficas para melhor atender ao cidadão. Fonte: Secretária de Estado da Saúde do Paraná, 2021. Disponível em: <http://www.saude.pa.gov.br/a-secretaria/regionais-de-saude>.

QUADRO 1 - EQUIPAMENTOS DE SAÚDE PÚBLICA DO MUNICÍPIO DE GUARATUBA

INSTITUIÇÃO	GESTÃO	NATUREZA JURÍDICA	QUANTIDADE	TIPOS DE ATENÇÃO
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	MUNICIPAL	ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA	01	SECUNDÁRIA
FARMACIA BASICA MUNICIPAL DE GUARATUBA	MUNICIPAL	ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA	01	PRIMÁRIA
POSTO DE SAÚDE <sup>18</sup>	MUNICIPAL	ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA	04	PRIMÁRIA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE <sup>19</sup>	MUNICIPAL	ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA	07	PRIMÁRIA
SAMU 192 GUARATUBA	MUNICIPAL	ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA	01	SECUNDARIA
CENTRO DE ESPECIALIDADES ELIANE NEREIDAS	DUPLA	ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA	01	SECUNDÁRIA
PRONTO SOCORRO MUNICIPAL	DUPLA	ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA	01	SECUNDÁRIA
HOSPITAL MUNICIPAL DE GUARATUBA	ESTADUAL	ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA	01	SECUNDÁRIA

FONTE: A autora (2021) baseado no CNES

É no nível de atenção primária que há o contato inicial para prevenção e redução de risco de doenças. Neste nível, não há tratamentos complexos ou combate a doenças. Ele trata do contato inicial para promoção de saúde. Para isso, há realização de exames e consultas de rotina, que são importantes para manter uma vida saudável. Também ocorrem nessa etapa campanhas de conscientização para incentivar a população a tomar vacinas ou prevenir hipertensão arterial, por

<sup>18</sup> **Posto de Saúde:** Unidade destinada à prestação de assistência a uma determinada população, de forma programada ou não, por profissional de nível médio, com a presença intermitente ou não do profissional médico. Fonte: Ministério da saúde; DATASUS, 2022. Disponível em: [http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/cnes/tipo\\_estabelecimento.htm](http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/cnes/tipo_estabelecimento.htm).

<sup>19</sup> **Unidade Básica de Saúde:** Unidade para realização de atendimentos de atenção básica e integral a uma população, de forma programada ou não, nas especialidades básicas, podendo oferecer assistência odontológica e de outros profissionais de nível superior. A assistência deve ser permanente e prestada por médico generalista ou especialista nestas áreas. Fonte: Ministério da saúde; DATASUS, 2022. Disponível em: [http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/cnes/tipo\\_estabelecimento.htm](http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/cnes/tipo_estabelecimento.htm).

exemplo. Dependendo do estado de saúde da pessoa, ela pode ser encaminhada para cuidados secundários ou terciários. O nível de atenção primário é de suma importância à medida que se vê o aumento significativo do desenvolvimento de doenças não transmissíveis, como os transtornos mentais, por exemplo, e que poderiam ser evitadas com cuidados primários.

A complexidade do atendimento no nível da atenção secundária é maior e o paciente já entra em contato com profissionais da saúde mais especializados, como psiquiatra, psicólogos, terapeutas ocupacional, assistente social entre outros. Nesta fase, o processo de atendimento é mais personalizado e reforça os cuidados necessários para recuperação da saúde.

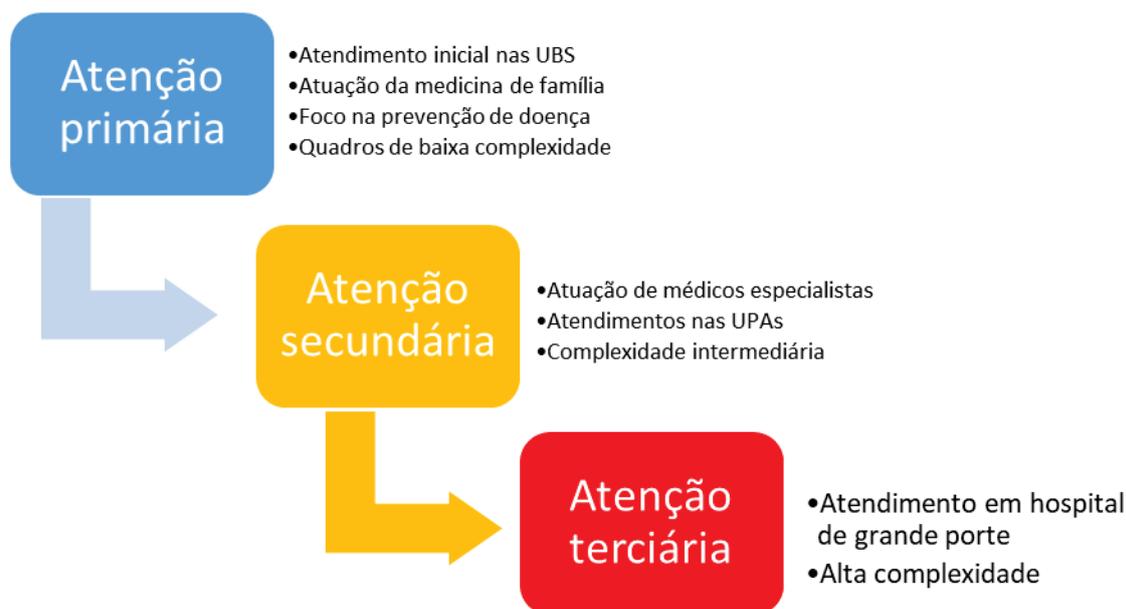
Já na atenção terciária geralmente, o paciente foi encaminhado para este nível após passar pelo primário ou secundário. É um atendimento altamente especializado para pacientes que podem estar internados e precisam de cirurgias e exames mais invasivos. Nesta etapa, o paciente pode ter surtos psicóticos<sup>20</sup> que representam risco à sua vida, necessitando em alguns casos de internação psiquiátrica.

O município de Guaratuba não dispõe de serviços de atenção terciária, como internações psiquiatra, nesse caso o município utiliza como ponto de apoio a Central de Regulação de Leitos em Saúde Mental, que está sediada em Curitiba/PR e vinculada diretamente ao Sistema Estadual de Regulação para casos de necessidade de hospitalização. Os estabelecimentos de saúde vinculado ao SUS, estão autorizados a fazer a solicitação de leito diretamente à Central de Regulação de Leitos em Saúde Mental pelo sistema on-line. Em Guaratuba as unidades credenciadas são o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Pronto Socorro. (SOUSA; MARTINS, 2015).

---

<sup>20</sup> Os principais sintomas do surto psicótico são alterações comportamentais agudas causadas principalmente por alucinações ou delírios. As pessoas em surto psicótico costumam perder o contato com a realidade e reagem de maneira muito diferente do habitual. <https://hospitalsantamonica.com.br/surto-psicotico-causas-sintomas-e-prevencao/>

FIGURA 6 - NÍVEIS DE ATENÇÃO A SAÚDE



FONTE: A autora (2021)

As equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), devem estabelecer vínculos de compromisso e responsabilidade entre seus profissionais de saúde e a população por meio do conhecimento dos indivíduos, famílias e dos recursos disponíveis nas comunidades; da busca ativa dos usuários e suas famílias para o acompanhamento ao longo do tempo dos processos de saúde doença, que os acometem ou poderão acometer; do acolhimento e do atendimento contínuo ao longo do tempo. Destaca-se que, mesmo quando o usuário é assistido por outro serviço especializado ou quando se indica uma internação, este continua a ser de responsabilidade da equipe de ESF (BRASIL,2006)

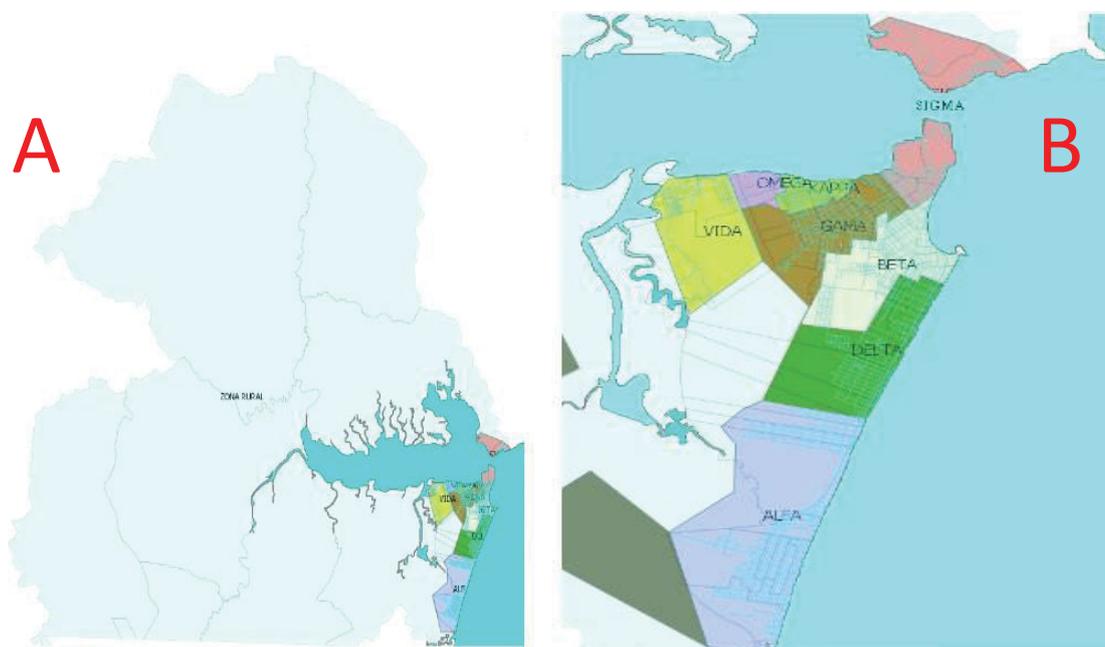
Diante dessa rede de cuidados que compõem a RAPS, a atenção básica foi selecionada como objeto de pesquisa, visando o cuidado no território, através das equipes ESF. A presente pesquisa foi realizada nas sete (07) Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Guaratuba/PR, sendo seis (06) UBS na área urbana e uma (01) UBS na área rural.

TABELA 4 - EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE GUARATUBA

CNES	UNIDADE BASICA DE SAUDE	EQUIPE	PROFISSIONAL DE SAÚDE	AGENTES DE SAÚDE	POPULAÇÃO ADSTRITA (AGOSTO 2021)
2682915	UBS-COROADOS	ESF-ALFA	1 MÉDICO CLÍNICO	3 ACS	4.505 PESSOAS
			1 ENF <sup>a</sup> ESF		
		1 TEC. ENF. ESF	2 ACS		
		1 MÉDICO ESF			
ESF-ZETA	1 ENF <sup>a</sup> ESF	1 TEC. ENF.			
ALFA-BUCAL		1 CIRURGIÃO DENTISTA ESF	1 AUX. SAÚDE BUCAL ESF		
3356094	UBS-FIGUEIRA	ESF-DELTA	1 MÉDICO ESF	4 ACS	6.576 PESSOAS
			1 ENF <sup>a</sup> ESF		
		1 TEC. ENF. ESF	4 ACS		
		1 MÉDICO ESF			
ESF-BETA	1 ENF <sup>a</sup> ESF	1 TEC. ENF. ESF			
5115043	UBS-COHAPAR	ESF-IOTA	1 MÉDICO ESF	4 ACS	6.909 PESSOAS
			1 ENF <sup>a</sup> ESF		
		1 TEC. ENF. ESF	4 ACS		
		1 MÉDICO ESF			
ESF-GAMA	1 ENF <sup>a</sup> ESF	1 TEC. ENF. ESF			
2682923	UBS-PIÇARRAS	ESF-KAPPA	1 MÉDICO ESF	4 ACS	6.024 PESSOAS
			1 ENF <sup>a</sup> ESF		
		1 TEC. ENF. ESF	3 ACS		
		1 MÉDICO ESF			
ESF-OMEGA	1 ENF <sup>a</sup> ESF				
2557320	UBS-MIRIM	ESF-VIDA	1 MÉDICO ESF	4 ACS	3.581 PESSOAS
			1 ENF <sup>a</sup> ESF		
		1 TEC. ENF. ESF	1 CIRURGIÃO DENTISTA ESF		
		1 MÉDICO ESF			
VIDA BUCAL		1 AUX. SAÚDE BUCAL ESF			
2683008	UBS-CAIEIRAS	ESF-SIGMA	1 ENF <sup>a</sup> ESF 1 TEC. ENF. ESF	3 ACS	2.556 PESSOAS
2682966	UBS-CUBATÃO	ESF-ZONA RURAL	1 MÉDICO ESF 1 ENF <sup>a</sup> ESF 1 TEC. ENF. ESF	4 ACS	1.278 PESSOAS
<b>TOTAL</b>	<b>07 UBS</b>	<b>11-EQUIPES ESF</b> <b>2- EQUIPES DE SAUDE BUCAL</b>	<b>10 MÉDICOS ESF</b> <b>11 ENF<sup>a</sup> ESF</b> <b>10 TEC. ENF. ESF</b> <b>2 CIRURGIÃO DENTISTA ESF</b> <b>2 AUX. SAÚDE BUCAL ESF</b>	<b>39 ACS</b>	<b>31.429 PESSOAS</b>

FONTE: A autora (2021) baseado no CNES e SISAB.

FIGURA 7 - DIVISÃO TERRITORIAL POR ESF



FONTE: Secretaria Municipal da Saúde, 2021.

LEGENDA: Figura A: Extensão territorial da ESF da área rural e Figura B: Extensão territorial das 06 UBS da área urbana, divididos entre as ESF.

Os participantes foram recrutados para essa pesquisa segundo os seguintes critérios de inclusão:

Profissionais que atuam na rede de atenção básica como agente comunitário de saúde, enfermeiro (a) e médico (a), que atuem na sua unidade de referência, há pelo menos, seis meses e que se dispuserem a participar dessa pesquisa, mediante assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que garantirá a fidedignidade dos dados e o sigilo.

E os participantes poderão ser dispensados da pesquisa de acordo com os seguintes critérios de exclusão:

Profissionais com idade inferior a 18 anos ou que trabalhem no serviço há menos de seis meses; ou ainda, que se recusem a assinar o TCLE.

TABELA 5 - AMOSTRA DA PESQUISA

Unidade de Saúde	Profissionais de saúde	Agente comunitário de saúde	Critérios de exclusão
UBS Coroados	2 Médicos (as) 2 Enfermeiros (as)	03 ACS	Não houve
UBS Figueira	2 Médicos (as) 2 Enfermeiros (as)	04 ACS	Não houve
UBS Cohapar	1 Médico (a) 2 Enfermeiros (as)	07 ACS	1 Médico (a) se recusou a participar
UBS Piçarras	2 Médicos (as) 1 Enfermeiro (a)	05 ACS	Não houve
UBS Mirim	1 Médico (a) 1 Enfermeiro (a)	03 ACS	Não houve
UBS Caieiras	1 Enfermeiro (a)	01 ACS	Não houve
UBS Cubatão (Zona Rural)	1 Médico (a)	*****	1 Enfermeiro (a), estava há menos de seis meses trabalhando na unidade de referência.
<b>TOTAL</b>	<b>18 Profissionais de saúde</b>	<b>23 ACS</b>	<b>02 profissionais de saúde não participaram</b>

FONTE: A autora (2021)

Foram dois grupos de participantes pesquisados: a) o dos profissionais de Saúde (médicos (as) e enfermeiros (as)); e b) o dos agentes comunitários de saúde.

a) Os profissionais foram abordados na fase de coleta de dados (entrevistas) sendo abordados profissionais de nível superior (médicos (as) e enfermeiros (as)), independente do sexo dos participantes. Foram entrevistados dezoito (18) profissionais, sendo nove (9) médicos (as) e nove (9) enfermeiros (as) das sete (7) UBS do município de Guaratuba.

b) Os participantes desse grupo se caracterizam como agentes comunitários de saúde (de qualquer sexo) que atuam em unidades básicas de saúde - UBS do município de Guaratuba. Foram realizados seis (06) grupos focais, totalizando 23 ACS entrevistados. Considerando que o município tem sete (07) UBS distribuídas no território, não foi realizado grupo focal na zona rural.

#### D – Fase da Análise de dados

Esta última fase visa investigar como está organizada a Assistência Primária em Saúde Mental no município de Guaratuba/PR, através dos dados qualitativos levantados na pesquisa de campo realizadas nas UBS do município.

Os dados qualitativos, coletados por meio de entrevistas e grupos focais, após serem gravados e transcritos, foram inseridos no software N-VIVO que subsidiou a codificação e análise das categorias. O N-VIVO tem como objetivo ajudar a organizar e analisar os dados não numéricos ou não estruturados, permitindo classificar e organizar as informações. Dessa codificação e análise foram geradas nuvens de palavras, que estão expostas nas discussões dos resultados, sendo que todas as ilustradas geradas pelas nuvens de palavras estão disponíveis na sessão de apêndice.

O software N-VIVO tem sido utilizado amplamente e reconhecido nas pesquisas qualitativas, trazendo mais robustez às análises, e por consequência, produzindo resultados mais confiáveis e com mais chances de publicação nos melhores periódicos científicos. Todas as informações foram compiladas e analisadas perante a literatura de Desenvolvimento Territorial Sustentável e a legislação na área de Políticas Públicas de Saúde Mental.

#### 2.3.2 Apresentação dos resultados

A análise de todo material coletado, referente às entrevistas com os profissionais de saúde e os grupos focais com os ACS, trouxe um vasto universo de dados e conhecimento que serão interpretados ao longo de três tópicos: A práxis da saúde mental no contexto da atenção primária, o apoio matricial em saúde mental e a Rede de atenção psicossocial do município na perspectiva dos profissionais da ESF. Os resultados apresentados visam caracterizar o que de mais relevante se observou na proposta de se analisar as práticas em saúde mental das equipes de saúde da Família de Guaratuba.

Antes de adentrarmos na análise das questões problematizadora é importante ressaltar que a pesquisa foi realizada durante um período pandêmico em

que o mundo está vivenciando com a COVID-19<sup>21</sup>. As entrevistas foram realizadas durante o período de maio e junho de 2021, ou seja, há pouco mais de um ano do início da pandemia.

A pandemia de COVID-19 está sendo um desafio sem precedentes para a ciência e para a sociedade, cobrando respostas rápidas e diversas dos sistemas de saúde que precisou se reorganizar, em todos os seus componentes, para o seu enfrentamento. A elevada contagiosidade do SARS-CoV-2, levou os serviços de saúde a adotarem medidas de precaução e proteção, e assim não expor a população e os profissionais a risco de infecção pelo vírus, o que agravaria ainda mais a situação. Nesse sentido, os atendimentos presenciais na atenção primária e em alguns serviços especializados, como o CAPS e ambulatório do município, foram suspensos, quase na sua totalidade. Segundo Teixeira et al. (2020), é recomendado que a interação das equipes com os usuários e a comunidade, seja mediante ferramentas digitais como WhatsApp e telefone, para a realização de teleconsulta, garantindo a oferta de ações de forma segura, de modo que não haja descontinuidade e agravamento das condições dos usuários em tratamento. Porém, essa não foi a realidade encontrada na pesquisa de campo, onde a maioria dos atendimentos eletivos e de prevenção em saúde, inclusive de saúde mental, não estavam sendo realizados no último ano nas unidades básicas de saúde, pois o foco das equipes de saúde ficou quase que exclusivamente voltados para conter o avanço e agravo da COVID-19.

A gente vem com uma anormalidade da saúde coletiva no momento, a coletiva ela tem por vezes um atendimento diferenciado no sentido de prevenção, no momento de pandemia a gente não tá conseguindo executar o trabalho da saúde coletiva a gente tem atendido a demanda, e trabalhado mais no momento com os agendamentos de vacinação e com as gestantes que é a única demanda agendada que a gente não parou de atender e aos poucos a gente tem tentado voltar a trabalhar com prevenção, com atendimento agendado. (Entrevistada 9, 2021).

O perfil de cuidado da Atenção Básica é bastante estratégico, pela facilidade de acesso das equipes aos usuários e vice-versa, e devido a pandemia, esse perfil de cuidado no território por um bom tempo não pode ocorrer.

---

<sup>21</sup> A COVID-19 é uma doença infecciosa causada pelo novo Corona vírus (SARS-CoV-2) e tem como principais sintomas febre, cansaço e tosse seca. Fonte: Organização Mundial da Saúde, 2021. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>

Antes da pandemia a rotina de trabalho era sair fazer cadastro, fazer visita, levar uma receita levar um remédio dependendo da pessoa, se era acamada ou não. Agora na pandemia ficou mais restrito as nossas condições, a gente ficou um tempo até sem sair pra área, assim a gente já não sabe mais todos os moradores que temos [...]. Mas assim, bem no começo teve que levar remédio somente pra esses COVID's, casos de COVID né, a gente teve que levar somente pra eles receitas, somente pra eles, então o restante ficou meio que tipo abandonados. Agora com o tempo que a gente tá conseguindo levar um pouco mais de atenção pra esse pessoal. (ACRE, Grupo focal 3, 2021).

Foi visível a necessidade externalizada pelos entrevistados, em ter que retomar o quanto antes a rotina da unidade, e a angústia em saber as consequências dessa interrupção repentina e prolongada das consultas eletivas e/ou de rotina e da falta de acompanhamento das doenças crônicas que possivelmente irá repercutir no agravamento dos casos e conseqüentemente sobrecarga do serviço.

Agora com a pandemia tá bastante complicado porque a gente acaba não tendo uma rotina certa né "fulana", então agora que nós estamos voltando com tudo diferenciado eu ainda não consegui voltar com a puericultura, estou com a cabeça quente com a saúde mental, então a nossa rotina tem sido paciente chegando, alguns tão marcados, mas a coisa ficou um pouco sem pé sem cabeça, nesse sentido. Já faz o que, 1 ano e meio que a gente tá nessa confusão e acabou despedaçando a estratégia de saúde da família. (Entrevistada 16, 2021).

E é nesse cenário de retomada, onde os profissionais de saúde tiveram que se reinventar, se superar, e enfrentar seus medos, angústias e frustrações, que vamos explorar a rede de atenção psicossocial, como um desafio a mais para os profissionais da APS.

#### 2.3.2.1 A prática da saúde mental no contexto da atenção primária

Ao analisar o fluxo de atendimento e a relação que as ESF têm com a saúde mental, foi percebido alguns desafios em relação aos usuários que demandam cuidado em saúde Mental na unidade de saúde da Família do município de Guaratuba.

A primeira delas é o (pré)conceito relacionado ao tema, insegurança e receio dos profissionais de saúde. Apesar da importância do tratamento das doenças mentais na APS, a realização de práticas em saúde mental na Atenção Básica suscita muitas dúvidas, falta de interesse, estigma e receios dos profissionais de saúde.

Eu tenho todas as dificuldades, eu não gosto de saúde mental, porque na minha época de estágio da faculdade, eu fazia lá no San Julian, então pra mim foi bem traumático, eu tenho bastante dificuldade em relação há saúde mental, não me faz bem. (Entrevistada 02, 2021).

Esse aí (saúde mental) é o meu ponto mais, acho que posso te dizer que é um dos meus pontos mais fraco [...]. (Entrevistada 08, 2021).

Toda. Sou bem realista, não é muito minha área, dificuldades mesmo digamos de constatar, diagnosticar corretamente certo, eu diria quase toda por isso estou pedindo socorro. (Entrevistada 17, 2021).

[...]particularmente eu não gosto de saúde mental, não tenho habilidade com saúde mental então assim eu atendo porque tem que atender [...]. (Entrevistada 11, 2021)

Neste estudo, os profissionais mencionaram não ter afinidade e disponibilidade para dar sustentação às ações específicas que as pessoas com transtornos mentais requerem no âmbito das UBS. Referem, como exemplo, que o usuário de saúde mental demanda maior tempo da equipe, além do fluxo intenso que é vivenciado pelos profissionais, conforme evidenciado nas falas a seguir:

[...] mas realmente a dificuldade é tempo, o paciente com saúde mental, depressivos por exemplo, você precisa de um tempo maior né pra sentar pra conversar que você acaba não tendo [...]. (Entrevistada 16, 2021).

[...] Eu não tenho tempo de escuta ativa, então assim é muito dinâmico, pelo menos essa unidade aqui é muito dinâmica, então eu não tenho quem acolha, eu não tenho quem faça esse acolhimento e essa conduta terapêutica [...]. (Entrevistada 11, 2021)

[...] Eu não tenho conseguido mais fazer esse atendimento de acolhida pro meu paciente, primeiro por conta da demanda[...]. (Entrevistada 09, 2021)

[...] por dia você atende, mais ou menos doze paciente de manhã doze pacientes de tarde, [...], de vinte quatro pacientes, as vezes você vê seis ou mais num dia que precisa, que solicita e indica o que já está usando, algum outro medicamento psiquiátrico. Então é bastante, é bastante, o fluxo é bastante. (Entrevistada 15, 2021).

Desta forma como identificar as necessidades singulares da pessoa em sofrimento mental, se o sujeito deve ser ouvido para estabelecer um vínculo, e um diálogo qualificado, para que assim seja possível identificar quais técnicas e tecnologias irão de fato, atender as demandas do usuário. A escuta qualificada torna a prática da clínica ampliada possível, pois de que outra maneira seria possível considerar a singularidade do sujeito e complexidade do processo saúde/doença,

levando em consideração que o primeiro não se resume ao segundo? (SANTOS, 2019).

Segundo Santos<sup>22</sup> (2014 citado por SANTOS 2019), a escuta qualificada possibilita o encontro com a subjetividade do indivíduo, e pode ser definida como o ato de estar sensível ao que é comunicado e expresso através de gestos e palavras, ações e emoções.

Neste sentido, Brasil (2013) destaca que o usuário pode não ter consciência de seus conflitos e sofrimentos com o que diz, pensa ou faz, e que o profissional da atenção básica pode atuar como interlocutor facilitando o manejo das angústias cotidianas que podem levar a somatizações ou complicações clínicas. Afirma ainda que, pelo fato da escuta ser uma prática comum no dia-a-dia das pessoas, mesmo daquelas sem formação no campo da saúde, atribui-se a ela um valor inferior em detrimento de outras condutas técnicas, entretanto ela possibilita ao usuário e profissional a percepção e significação do sofrimento, além de elaboração de um plano terapêutico que atenda as especificidades do indivíduo.

Diante desse desafio imposto no cuidado das pessoas em sofrimento mental, e pela inexistência de oferta de quaisquer ações específicas para estes usuários na ESF, encaminhar diretamente para os serviços especializados em saúde mental, acaba sendo, o principal recurso utilizado nas UBS.

Os profissionais mencionaram que realizam os encaminhamentos para o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) ou para psicologia. Consideram que este tipo de encaminhamento é uma transferência de atribuição, pois os profissionais não reconhecem como sua competência a atenção a estas pessoas na UBS. Realizam o encaminhamento para o que consideram como serviço especializado em saúde mental, conforme demonstram os discursos a seguir:

Bom a saúde mental a dificuldade que a gente tem aqui é de encaminhar, porque você não consegue é tratar no posto, você tem que ter um acompanhamento fora, e a nossa dificuldade é essa, é esse acompanhamento fora[...]. (Entrevistada 05, 2021)

Bom aqui especificamente, aqui na unidade, nós não temos grupo de saúde mental então o que a gente faz aqui atende esses casos e encaminha pro

---

<sup>22</sup> SANTOS, Jussara da Paixão dos. A escuta qualificada – instrumento facilitador no acolhimento ao servidor readaptado. 24 f. Monografia (Especialização em Gestão de Pessoas). São Paulo: Programa FGV in company, 2014.

CAPS, e aqui a gente fica só na retaguarda pra renovar receitas [...]. (Entrevistada 04, 2021).

Os profissionais consideraram os encaminhamentos como uma ação resolutiva que realizam, pois estão ofertando o que o município tem de mais especializado em saúde mental. Tal conduta revela a falta de capacitação continuada, o que resulta em desconhecimento da mudança de modelo de atenção que preconiza ações em saúde mental, com atendimento na UBS, incluindo avaliação clínica do profissional. Não obtendo meios para resolver a situação na Atenção Primária, realiza-se o encaminhamento. (ROTOLI, 2019).

Outra prática associada, é o uso indiscriminado do medicamento, que tem como pano de fundo a medicação como recurso de escolha em detrimento do acolhimento e de outras estratégias de suporte psicossocial.

[...] simplesmente o que nós estamos fazendo com saúde mental lá é acompanhar as receitas que nos são mandadas certo, e administração de medicamentos e algum outro caso contado ou dificuldade a gente informa para o CAPS [...]. (Entrevistada 17, 2021).

[...] eu poderia fazer algo mais antes de entrar com o tratamento medicamentoso mas por conta do pouco tempo que a gente pode dedicar às vezes a gente entra de vez colocando alguma medicação[...]. (Entrevistada 15, 2021).

Segundo Lima e Guimarães (2019), que defende que a ideia não é desfazer dos benefícios da medicação psicotrópica para o sujeito que apresenta transtornos mentais ou está em situação de abuso de álcool e outras drogas, mas problematizar a redução da segunda situação à primeira, colocando em questão, os efeitos de um discurso que naturaliza a existência e os sofrimentos e que revela a banalização do diagnóstico e o uso irrestrito de medicações como intervenção diante da vida.

[...] A minha dificuldade maior é essa em relação a medicalização, e assim o que eu acho que eu sinto mais falta é das dinâmicas porque eu sou muito daquela teoria que a saúde mental ela seria muito mais efetiva se eu pudesse trazer essa população pra dentro da unidade[...]. (Entrevistada 14, 2021).

[...] ah você como médico está ali pra renovar receita, eu nunca acreditei nisso, nunca achei que, não foi pra isso que eu vim pro mundo[...]. (Entrevistada 16, 2021)





pessoa que tá precisando de uma assistência na saúde mental ou com problema psiquiátrico [...]. (MARACUJA; grupo focal 04, 2021).

Então, sempre vem alguém da família e comunica a gente que tem uma pessoa né, com deficiência, tem um usuário, daí a gente acompanha essa família aí passamos para o chefe né e em equipe a gente acompanha essa família. (ARGO; grupo focal 02, 2021).

O ACS é apresentado por Nunes et al.<sup>23</sup>. (2002, citado por SANTOS; NUNES, 2014) como uma pessoa que convive com a realidade e as práticas de saúde do bairro onde mora e trabalha, um ator que veicula as contradições e, ao mesmo tempo, a possibilidade de um diálogo profundo entre esses dois saberes e práticas. Santos; Nunes (2014), ainda complementam que, a participação esperada do familiar no cuidado é descrita pelos ACS como marcação de consultas, auxílio no gerenciamento do tratamento farmacológico, busca por apoio em serviços de saúde e inserção das pessoas em sofrimento mental nas atividades comunitárias e vínculos com vizinhos e outros membros da família extensa.

Os agentes comunitários de saúde têm um papel fundamental, pois permitem a interação entre as equipes da Estratégia de Saúde da Família e a comunidade, através da realização de visitas domiciliares regulares, monitoramento de indicadores de saúde e promoção da saúde e prevenção de doenças, principalmente através de iniciativas educacionais (BRASIL, 2010).

As funções exercidas pelos ACS em relação à comunidade vão bem além do atendimento usual e programado de visita às casas, realização de atendimentos, encaminhamentos e acompanhamentos. Por serem da comunidade e conhecerem os serviços de saúde, eles são a todo o tempo questionados sobre diversos serviços (LOTTA, 2006).

Segundo Giugliani et al. (2011 citado por COUTINHO et al., 2020), uma revisão sistemática de estudos brasileiros apontou que os ACS realizam intervenções benéficas em diversos campos da saúde por estabelecerem compromisso e confiança com a população que atendem, conhecerem os recursos

---

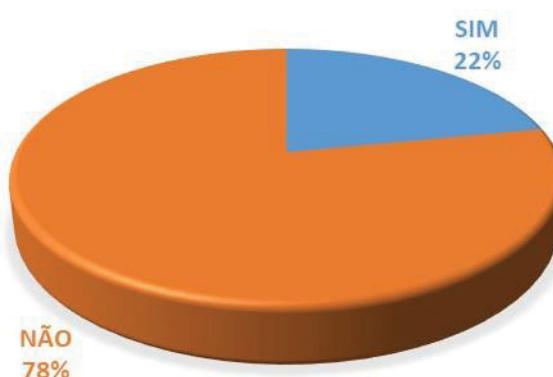
<sup>23</sup> NUNES, M.O. et al. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1639-1646, 2002.



base no que aponta Figueiredo e Campos<sup>24</sup> (2009, citado por CHIAVERINE et al, 2011) um suporte técnico especializado que é ofertado a uma equipe interdisciplinar em saúde a fim de ampliar seu campo de atuação e qualificar suas ações.

Quando questionados se existiam ações de matriciamento em saúde mental, 78% dos entrevistados (profissionais de saúde e ACS) responderam que no momento não existe nenhum apoio matricial, conforme ilustrado no gráfico a seguir.

GRÁFICO 1 - AÇÕES DE MATRICIAMENTO



FONTE: A autora (2021)

Alguns profissionais, identificaram as articulações em rede como um apoio matricial, conforme relatado a seguir.

Na verdade, o matriciamento que eu acabo fazendo é quando eu tenho alguma dúvida eu converso com o fulano, puxo ali no whats, que nem com o beltrano veio a primeira vez com aquele pé dele aberto, eu falei: fulano conhece esse paciente parece que ele foi andando daqui pra Matinhos assim, assim assado, porque eu não conhecia ele desde outubro, então daí esse é o nosso matriciamento, meio que de boca [...]. (Entrevistada 14, 2021).

A gente faz isso, mas não é presencial né, a gente faz basicamente via whatsapp, mas existe sim essa conversa sim, não é aquela coisa formal por conta da pandemia mesmo, mas existe. (Entrevistada 05, 2021).

---

<sup>24</sup> FIGUEIREDO, M. D.; CAMPOS, R. O. Saúde mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 129-138, 2009

A Portaria GM/MS nº 854, de 22 de agosto de 2012, definiu em seu artigo 5º, a utilização do Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS) para o registro mensal das ações de saúde realizadas durante o período de atendimento ao usuário do SUS (BRASIL, 2012). O procedimento 03.01.08.030-5 - matriciamento de equipes da atenção básica, foi descrito nesta Portaria, assim:

Apoio presencial sistemático às equipes de atenção básica que oferte suporte técnico à condução do cuidado em saúde mental através de discussões de casos e do processo de trabalho, atendimento compartilhado, ações intersetoriais no território, e contribua no processo de cogestão e corresponsabilização no agenciamento do projeto terapêutico singular. (BRASIL, 2012).

O parâmetro do Ministério da Saúde (MS) é de doze (12) ações de matriciamento por ano, uma por mês, porém não foi identificado durante a pesquisa esse apoio presencial e sistemático da equipe de saúde mental, segundo os entrevistados antes da pandemia houve um movimento inicial do apoio matricial, mas que não teve continuidade.

A gente já discuti algumas vezes, já fizemos algumas reuniões, nos propomos a fazer, mas não saiu do planejamento. (Entrevistada 07, 2021).

Já teve gente que veio aqui faz reunião, que nem a última vez, faz mais de seis meses, quase um ano, mas somente a reunião explicações né, mas aqui mesmo a gente não tem esse acompanhamento direto. (GUARATUBA; grupo focal 01, 2021).

Neste contexto de luta e conquista, o matriciamento em saúde mental formulado por Gastão Wagner em 1999, surge como uma importante estratégia para fazer valer tal articulação, de modo a garantir um cuidado ampliado à saúde, por meio da interação dialógica entre os diversos saberes indispensáveis à produção de saúde. (GONÇALVES *et al.* 2011).

Algumas das diretrizes gerais do Matriciamento em Saúde Mental, de acordo com o Caderno de Atenção Básica do MS, nº 27. (BRASIL, 2010), inclui o item 7, onde refere que a educação permanente deve ser o dispositivo fundamental para a organização das ações de saúde mental na Atenção Primária.

Conforme aponta o gráfico 02 a maioria dos profissionais de saúde nunca realizaram capacitações em saúde mental, e os que relataram já ter feito, reconhecem que foi a muito tempo. Em contrapartida todos os entrevistados pontuaram a importância de realizarem cursos na área da saúde mental.

Nunca participei, é importante né, até pra mim conhecer, ainda mais que eu tenho um pouco de receio. (Entrevistada 18, 2021).

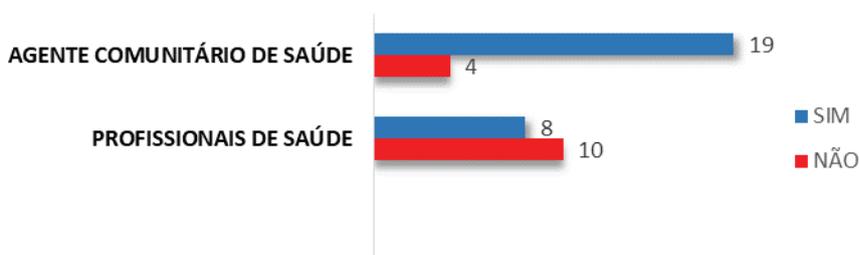
Considero importante, se tivesse a disponibilidade de fazer eu faria. O último curso de saúde mental que eu fiz já faz alguns cinco anos o último. (Entrevistada 07, 2021).

[...] É muito importante e faz muito tempo que não tem nada em relação a saúde mental, nada presencial que on-line tem, mas uma das dificuldades também que as vezes aparece cursos on-line que é no nosso horário de serviço aí a gente não consegue participar do mesmo jeito e aí fora do horário de serviço pelo menos espontaneamente eu não busco isso né então é uma das dificuldades também, se ausentar do serviço pra fazer algo assim. (Entrevistada 11, 2021).

Saúde mental tenho dificuldade principalmente na questão de atualização, porque eu acabo me focando muito na parte das outras enfermidades né de hipertensão, diabetes e a parte de saúde mental acabo deixando um pouquinho de lado e acabo não me atualizando nessa parte deixo pro pessoal da referência[...]. (Entrevistada 7, 2021).

Em contrapartida a maioria dos ACS realizam capacitações relacionada ao tema.

GRÁFICO 2 – CAPACITAÇÃO EM SAÚDE MENTAL

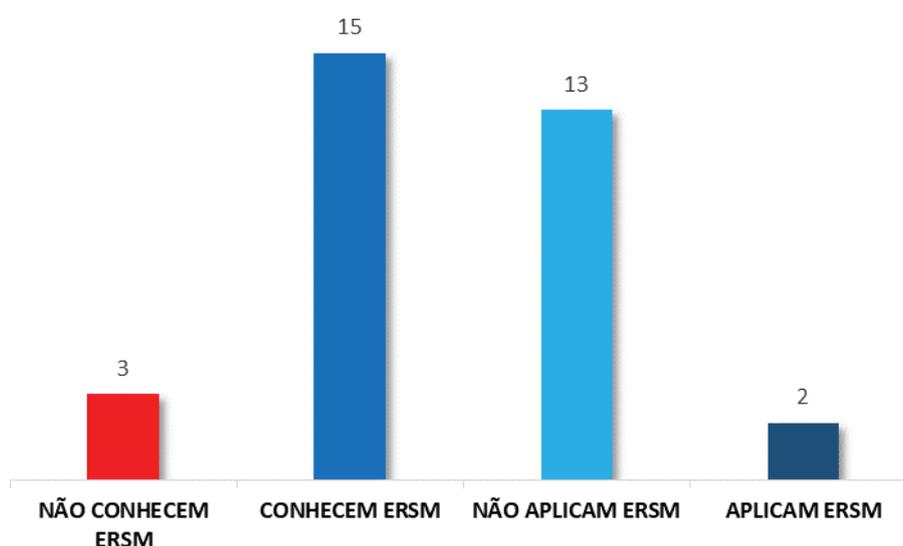


FONTE: A autora (2021)

Desta forma, não podemos esperar que profissionais formados no paradigma do tratamento, na centralização nos sintomas, no reducionismo terapêutico, tenham um desempenho de clínica ampliada, sem que para isso tenham formação na área. (HIRDES e SCARPARO, 2013).

Construído em 2014, o Instrumento de Estratificação de Risco em Saúde Mental foi revisado em 2020<sup>25</sup> a partir de contribuições do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Paraná (Cosems/PR), das Regionais de Saúde e dos municípios, visando qualificar o compartilhamento do cuidado entre a Atenção Primária à Saúde (APS) e a atenção especializada em saúde mental. É uma ferramenta que amplia o olhar técnico e facilita o dimensionamento da demanda em saúde mental no território.

GRÁFICO 3 – ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO EM SAÚDE MENTAL – ERSM



FONTE: A autora, 2021.

Embora a maioria dos entrevistados relataram conhecer a ERSM, eles referem não usar em sua rotina de trabalho, atribuindo a dificuldade na aplicação e/ou falta de conhecimento e principalmente, falta de tempo, como motivos para não estratificarem o usuário de saúde mental.

[...] eu tive muita dificuldade eu peguei duas pessoas, não sei se eram os ideais, mas eu fiquei mais de uma hora e eu me envolvi muito ali e cada pergunta que eu fazia a pessoa se prolongava, e a gente não tem esse tempo na unidade né. É o tempo todo eles chamando pra avaliar um

<sup>25</sup> Instrutivo para aplicação do instrumento de estratificação de risco em saúde mental. <https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/Saude-Mental>.

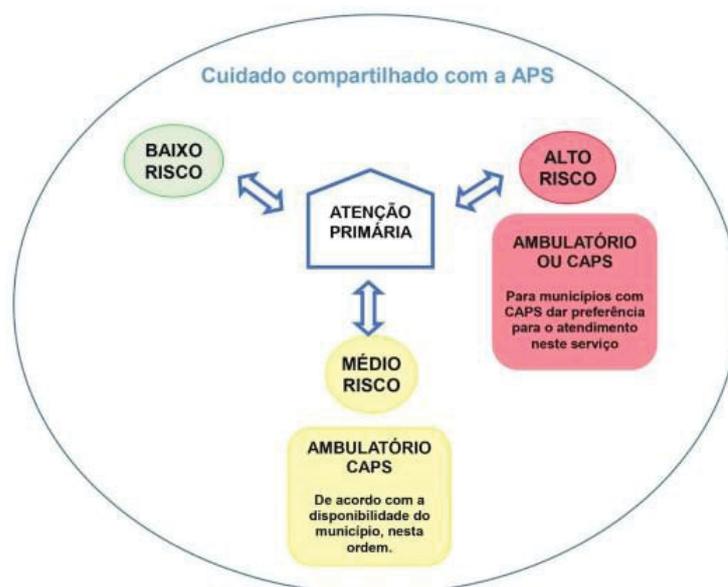
paciente no curativo, vê um negócio no medicamento[...]. (Entrevistada 03, 2021).

[...] a escala não é tão simplinha e eu acho pra mim não é simples, e precisa de tempo que é outra coisa, precisa de tempo e as vezes o fluxo é maior e você acaba de fazer a entrevista nem tão profunda, mas um pouquinho mais superficial[...]. (Entrevistada 15, 2021).

Diante disso, pode-se afirmar que o tempo é um fator determinante no trabalho e, conseqüentemente, na produtividade do trabalhador, seja qual for a tarefa desempenhada. O que torna extremamente importante como apontado por Mello; et. al (2007), propostas metodológicas que auxiliem o planejamento e avaliação do uso do tempo do trabalhador da área da saúde no desempenho de suas atividades.

A estratificação de risco é uma estratégia para identificar e reconhecer as necessidades de saúde dos usuários da Rede de Atenção à Saúde (RAS), considerando que pessoas com uma mesma condição de saúde podem necessitar de níveis diferentes de atenção conforme a duração da condição, a urgência de intervenção, o escopo dos serviços requeridos e a capacidade de autocuidado. Pessoas com menor risco são melhor atendidas por estratégias focadas na Atenção Primária à Saúde (APS) e no autocuidado apoiado, enquanto pessoas de médio e alto risco têm maior necessidade de atenção profissional e cuidados especializados. (MENDES, 2012).

FIGURA 11 - FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO NA RAS CONFORME ERSM



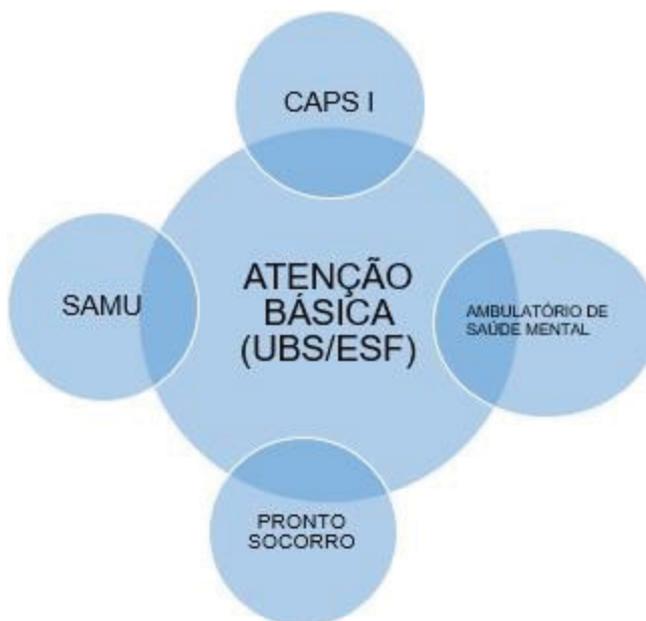
FONTE: Secretaria da Saúde do Estado do Paraná, 2021.

### 2.3.2.3 A Rede de atenção psicossocial do município na perspectiva dos profissionais da Equipe de Saúde da Família.

Em contraposição à fragmentação de programas e práticas clínicas, ações curativas isoladas em serviços e especialidades, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) surge como um novo arranjo organizativo de serviços e estratégias, que propõe a integralidade e continuidade do cuidado, a integração e interação de serviços e a construção de vínculos horizontais entre atores e setores. (BRASIL, 2011).

Os componentes da rede de atenção psicossocial do município consistem na atenção básica em saúde, por meio das setes (07) UBS, atenção psicossocial, com um (01) Centro de Atenção Psicossocial tipo 1, um (01) ambulatório de saúde mental, atenção de urgência e emergência que consistem em um (01) Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e um (01) Pronto Socorro, conforme figura abaixo.

FIGURA 12 - EQUIPAMENTOS DA SAÚDE QUE COMPÕEM A RAPS DO MUNICIPIO DE GUARATUBA



FONTE: A autora (2021) baseado no CNES.

Considerando a importância da integração e articulação dos serviços em rede para a continuidade do cuidado em saúde mental de base territorial, os entrevistados foram indagados se conhecem, e como é a sua relação com a Rede

de Atenção Psicossocial de Guaratuba. A grande maioria dos entrevistados (profissionais de saúde e ACS), relatam não conhecer a rede em sua totalidade.

[...] eu não sei como que funciona exatamente, o que que faz o que exatamente, mas eu sei que dentro do município a gente tem o CAPS [...]. (AMAZONAS; grupo focal 03, 2021).

Eu também não conheço essa RAPS, a única coisa é o CAPS [...]. (PARANÁ; grupo focal 03, 2021).

Conheço, conheço a equipe do CAPS, o ambulatório de psiquiatria[...]. (Entrevistada 07, 2021).

A articulação da rede em análise é pontual e prioriza os serviços especializados em saúde mental (CAPS).

[...] é uma boa via de integração pra mim o CAPS, é uma boa via entendeu, eu nunca fiquei na mão com o CAPS. Com o restante da rede não tenho o menor contato, é insano, não é? (Entrevistada 16, 2021).

[...] Em relação ao CAPS em si a gente tem bastante facilidade a gente liga ou encaminha um paciente eles devolvem um paciente pra gente manda e-mail a gente escreve carta a mão mesmo relatando o problema do paciente, não tenho dificuldade com o CAPS[...]. (Entrevistada 13, 2021).

Segundo Chiaverini et.al. (2011), a Atenção Primária à Saúde (APS) tem importante papel na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) por ser a principal porta de entrada, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede de atenção à saúde. As pessoas acometidas por transtorno mental, decorrentes ou não do uso de substâncias psicoativas, desde alterações leves até as mais graves, devem ter o seu cuidado na APS da mesma forma como as que sofrem das demais condições crônicas de saúde.

Desse modo, a fragilidade na integração da RAPS propiciaram a centralização do cuidado no CAPS e no ambulatório de saúde mental, gerando encaminhamentos desnecessários e aumento na fila de espera dos especialistas (psiquiatria e psicologia). Conforme ilustrado na figura abaixo.

FIGURA 13 - NUVEM DE PALAVRAS: REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL



os serviços; pouca flexibilidade nos fluxos assistenciais, o que acaba por cristalizar a construção de trajetos assistenciais mais dinâmicos, intervenções fragmentadas e pouco flexíveis, além de dificuldades políticas e precarização dos vínculos trabalhistas.

No cenário atual da atenção em rede, alguns temas, como saúde mental e abusivo de álcool e outras drogas, por várias questões, vão ficando segregados. Barreiras estão sendo erguidas, transformando as curvas do território em labirintos que circundam especialidades e especialistas. Reconhecer que, para fazer valer a integralidade do cuidado, é preciso emaranhar as linhas de cuidado, transdisciplinarizar e, sobretudo, aceitar a coexistência de múltiplos aspectos nos processos saúde-doença de um usuário, que, em última instância, é um ser multidimensional. (LIMA, 2019).

### 2.3.3 Considerações finais

É em meio à complexa teia, que envolve profissionais, usuários e os diversos serviços e espaços territoriais, que a presente investigação buscou refletir a Rede de Atenção Psicossocial, na perspectiva das equipes da Atenção Primária a Saúde do município de Guaratuba.

Buscou-se com esta pesquisa desvendar as características do cuidado produzido em território e evidenciou-se em meio às práticas desenvolvidas características como medicalização, preconceito, desinformação, desacolhimento, desarticulação e intervenções que priorizam os serviços especializados em psiquiatria/ saúde mental, em detrimento de estratégias formais de articulação como o matriciamento em saúde mental. A articulação da rede em análise se apresentou de forma pontual, de modo que, um cuidado pautado na especialidade, na medicalização e na fragmentação é produto e produtor de uma rede que se articula pontualmente, num alinhavo disparado por rótulos e intersubjetividades.

Considerando o resgate dos questionamentos elencados previamente à exploração dessa rede, se tornou viável abranger alguns posicionamentos. A atenção primária é fundamental para uma ação eficaz em saúde mental, já que nesta área a complexidade está atuando de forma invertida. No cuidado em saúde, a complexidade tem um caminho ascendente: da rede básica com intervenções mais simplificadas para a rede terciária que vai operar com recursos mais especializados.

Porém isso não vem ocorrendo no que diz respeito a saúde mental, onde a maioria dos usuários já estão inseridos na rede especializada, e o grande desafio dessa rede de cuidado territorial pesquisada, é atender a essas pessoas na atenção primária, com todos os desafios que esse tipo de atenção implica, já que atua junto à pessoa em seu território e em meio a suas relações sociais.

Assim, práticas de saúde não devem centrar-se na doença, mas sim no sujeito. Nesta perspectiva, a escuta qualificada possibilita o encontro com a subjetividade do indivíduo, e pode ser definida como o ato de estar sensível ao que é comunicado. Porém é necessário que o profissional esteja disposto e disponível a ouvir, pois a partir do momento que o profissional se disponibiliza a ouvir de forma ética e empática o usuário é possível acolher e criar vínculo.

Entretanto um dos maiores questionamentos elencados, diz respeito a falta de tempo, e o quando a falta dessa ação repercute na qualidade da assistência prestada, comprometendo por sua vez, o ato de escutar os usuários, o que é ocasionado pelo excesso de trabalho relatado pelos entrevistados.

Desta forma, podemos entender que o ato de escutar está comprometido pela falta de pessoas e de tempo dos profissionais de saúde, ficando em segundo plano, a necessidade do paciente ser ouvido nessa fase que se encontra fragilizado pela doença e todas as consequências que ela traz. Refletir o gerenciamento de serviço de saúde e o dimensionamento de pessoal é uma tarefa fundamental, desde que seja agregada a importância, não só em tarefas concretas, no agir, mas também no ouvir e no sentir.

No âmbito da atenção à saúde em rede, há avanços discretos desenhando o cenário local que se materializam nas angústias e insatisfações relatadas pelos profissionais, demonstrando anseio em mudanças, porém sem saber por onde começar, essas iniciativas podem ser reconhecidas por nós enquanto “ilhas de resistência”.

A situação pandêmica vivenciada pela COVID 19 foi a principal limitação dessa pesquisa. Talvez se essa rede de cuidado territorial, tivesse sido investigada num momento aonde os profissionais dos diferentes pontos da RAPS, e em especial da Atenção básica, não tivessem vivenciando uma realidade totalmente atípica, imposta pelo distanciamento social, aonde os agentes comunitários de saúde estivesse atuando em seus territórios, aonde os atendimentos eletivos e de

promoção e prevenção em saúde não tivessem totalmente suspensos, muitas das vezes por receio das equipes e gestores, e principalmente pela falta de apoio das esferas Federais e Estaduais com orientações sistemáticas e pontuais de manejo da crise vivenciada, acarretando aos municípios de pequeno e médio porte, se valerem por muitas vezes de bom senso e boa vontade, o que acabou por acarretar em um total desarranjo dos serviços, que aos poucos estão sendo remontados. Com isso identificamos no produto ora apresentado apenas um retrato da realidade local. Desta forma, sugere-se que seja investigado outros pontos da Rede de Atenção Psicossocial do município de Guaratuba.

### 3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A reforma psiquiátrica Brasileira busca mudanças na forma de tratamento das pessoas com sofrimento mental, através da inclusão social e promoção da cidadania. No entanto muitos parâmetros idealizados pela reforma psiquiátrica ainda estão em andamento. Com isso um novo dispositivo vem fortalecer os parâmetros da reforma e dar suporte a rede de apoio que é a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, uma rede de saúde mental integrada, articulada e efetiva, com foco nos serviços de base comunitária e que atua na perspectiva territorial.

A RAPS fortalece a ideia de que somente uma organização em rede, e não apenas um serviço, é capaz de enfrentar à complexidade das demandas de inclusão de pessoas que há a muitos anos são estigmatizadas, em um país de acentuadas desigualdades sociais.

Porém quando partimos da perspectiva teórica para prática, é possível identificar a recursividade que se estabelece nesse cuidado em rede e territorial, como o trabalho em rede nem sempre acontece, por falta de capacitação permanente aos profissionais, equipe reduzida e muitas vezes com resistência e preconceitos, funcionando na maioria das vezes na lógica da referência e contra referência, com intervenções predominantes na terapêutica medicamentosa. Esses pontos foram amplamente discutidos na presente dissertação, tanto no capítulo 2.2 da revisão sistemática, como no capítulo 2.3 da pesquisa de campo, o que nos faz inferir que tais limitações e dificuldades que a RAPS enfrenta, não faz parte apenas da realidade de um pequeno município litorâneo do Paraná, mas infelizmente de uma realidade nacional, que carece de políticas públicas com maiores investimentos e incentivos em serviços de base territorial voltados para saúde mental. Afinal não há saúde sem saúde mental.

Para encerrar esta narrativa, mas não para concluir, pois precisamos persistir, resistir e continuar lutando e acreditando na saúde mental – de acordo com os pressupostos da Luta Antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica – assim como a luta pelo SUS e pelas políticas públicas.

## REFERÊNCIAS

ÁLISSAN, K. L. M. et al. Práticas em saúde mental na estratégia saúde da família: um estudo exploratório. **Rev. Pesqui. Cuidado é Fundamental**, Rio de Janeiro, v.7, n.1, pp.1905-1914, jan.-mar. 2015. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/5057/505750945015.pdf>. Acesso em: 01 junho 2021. DOI: 10.9789/2175-5361.2015.v7i1.1905-1914.

ALVAREZ, A. P. E. et al. Núcleo de Apoio à Saúde da Família e os desafios para a saúde mental na atenção básica. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 29, n. 04, nov. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290405>. Acesso em: 31 maio 2021.

AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995.

ARCE, V. A. R. et al. A práxis da Saúde Mental no âmbito da Estratégia Saúde da Família: contribuições para a construção de um cuidado integrado. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 21, n. 2, pp. 541-560, jul. 2011. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312011000200011>>. Acesso em: 01 junho 2021.

ARRUDA, C. et al. Redes de atenção à saúde sob a luz da teoria da complexidade. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm**, Rio de Janeiro, v.19, n.1, p.169-173, jan./mar. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/RGjRnvjbyMstF7VF6wtr7LD/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 16 abril 2021.

BARROS, S. et al. Saúde mental na atenção primária: processo saúde-doença, segundo profissionais de saúde. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, v. 72, n. 6, p. 1609-1617, out. 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0743>. Acesso em: 31 maio 2021.

BARBOSA, B. V. F. et al. O papel da atenção primária de saúde na constituição das redes de cuidado em saúde mental. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 659-668, jul. 2017. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/5523>. Acesso em: 31 maio 2021. DOI: 10.9789/2175-5361.2017.v9i3.659-668.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtorno mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

\_\_\_\_\_. **Portaria 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002**. Dispõe sobre o Funcionamento dos Serviços de CAPS. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

\_\_\_\_\_. 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, novembro de 2005.

Disponível:

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15\\_anos\\_Caracas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf). Acesso em: 27 outubro 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família.** Brasília; 2006.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010.** Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Série A. Normas e Manuais Técnicos, **Cadernos de Atenção Básica, n. 27.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2010. Disponível em [http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos\\_ab/abcd27.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd27.pdf). Acesso em 09 novembro 2021.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.** Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 854, de 22 de agosto de 2012.** Altera Tabela de Procedimentos dos Centros de Atenção Psicossocial – RAAS. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt0854\\_22\\_08\\_2012.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt0854_22_08_2012.html). Acesso em 09 novembro 2021.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica: Saúde mental.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_34\\_saude\\_mental.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf). Acesso em 10 abril 2022.

\_\_\_\_\_. **PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde(SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html). Acesso em 25 fevereiro 2022.

\_\_\_\_\_. **Nota Técnica nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS.** Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível: [http://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/cuidados\\_prevencao\\_drogas/obid/legislacao/nota\\_saudemental.pdf](http://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/cuidados_prevencao_drogas/obid/legislacao/nota_saudemental.pdf). Acesso em: 27 outubro 2019.

BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1989.

CASTELLS, M. **A sociedade em rede – A era da informação**: economia, sociedade e cultura. v.1. São Paulo: Paz e Terra, 1999.

CABRAL, M. F. C. T. et al. Utilização do paradigma da complexidade no campo da saúde: revisão de escopo. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, fev. 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0235>>. Acesso em 20 outubro 2021.

CAMPOS, R. O. et al. Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, pp. 4643-4652, dez. 2011. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001300013>>. Acesso em: 01 Junho 2021.

CARDOSO, L.; GALERA, S. A. F. O cuidado em saúde mental na atualidade. **Revista da Escola de Enfermagem da USP [online]**. São Paulo, v. 45, n. 3, pp. 687-691, jun. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000300020>. Acesso em: 30 Janeiro 2022.

COUTINHO, M. F. C. et al. Articulations between the Global Mental Health project and the cultural aspects of care in the Psychosocial Care and Primary Health Care Network in Brazil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 30, n. 02, Sept. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/MBw7HPYKVh39cNTxWMyY4qK/?lang=en#> Acesso em: 31 maio 2021. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300219>.

CHAZAN, L. F. et al. O apoio matricial na Atenção Primária em Saúde no município do Rio de Janeiro: uma percepção dos matriciadores com foco na Saúde Mental. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 29, n. 02, set. 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290212>>. Acesso em: 31 maio 2021.

CHIAVERINI, D. H. et al. **Guia Prático de Matriciamento em saúde mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde: Cento de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_pratico\\_matriciamento\\_saudental.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saudental.pdf). Acesso em: 17 outubro 2020.

DIMENSTEIN, M. et al. Determinação social da saúde mental: contribuições à psicologia no cuidado territorial. **Arq. bras. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 69, n. 2, p. 7287, fev. 2017. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-52672017000200006&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672017000200006&lng=pt&nrm=iso)>. Acessos em 16 jul. 2021.

DIMENSTEIN, M. A reorientação da atenção em saúde mental: sobre a qualidade e humanização da assistência. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 24, n. 4, pp. 112-117, dez. 2004. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1414-98932004000400013>>. Acesso em 31 outubro 2021.

ESLABÃO, A. D. et al. Rede de cuidado em saúde mental: visão dos coordenadores da estratégia saúde da família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Rio Grande do Sul, v. 38, n. 1, maio 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.01.60973>>. Acesso em 31 maio 2021.

FERREIRA, J. T. et al. Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): Uma Instituição de Referência no Atendimento à Saúde Mental. **Rev. Saberes**, Rolim de Moura, vol. 4, n. 1, p. 72-86, jan.-jul. 2016. Disponível: <https://facsapaulo.edu.br/wp-content/uploads/sites/16/2018/05/ed5/7.pdf>. Acesso em 15 setembro 2020.

FOUCAULT, M. **Resumo dos cursos do Collège de France: 1970-1982**. Tradução de Andrea Daher. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1997.

FURTADO, J. P. et al. A concepção de território na Saúde Mental, **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, vol.32, n.9, out. 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X2016000902001&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2016000902001&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 11 agosto 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00059116>.

GONCALVES, D. A. et al. Estudo multicêntrico brasileiro sobre transtornos mentais comuns na atenção primária: prevalência e fatores sociodemográficos relacionados. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol.30, n.3, p.623-632, mar. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/q37TMyXRjLhjnN4GMGDWwbQ/abstract/?format=html&lang=pt>. Acesso em 22 outubro 2020. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00158412>.

GRYSCHKE, G.; PINTO, A. A. M. Saúde Mental: como as equipes de Saúde da Família podem integrar esse cuidado na Atenção Básica?. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro v. 20, n. 10, pp. 3255-3262, out. 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320152010.13572014>>. Acesso em 31 maio 2021.

HIRDES, A. A perspectiva dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre o apoio matricial em saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, pp. 371-382, fev. 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232015202.11122014>>. Acesso em 31 maio 2021.

HIRDES, A.; SCARPARO, H. B. K. O labirinto e o minotauro: saúde mental na Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, pp. 383-393, fev. 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232015202.12642013>>. Acesso em 01 junho 2021.

LIMA, F. G. et al. O perfil atual da saúde mental na atenção primária brasileira. **Comun. ciênc. Saúde**, Brasília, v. 23, n. 2, pp.143-148, abr.-jun. 2012. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/revista\\_ESCS\\_v23\\_n2\\_a05\\_perfil\\_atual\\_saude\\_mental\\_atencao.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/revista_ESCS_v23_n2_a05_perfil_atual_saude_mental_atencao.pdf). Acesso em 01 junho 2021.

LIMA, D.K.R.R.; GUIMARÃES, J. A Rede de Atenção Psicossocial sob o olhar da complexidade: quem cuida da saúde mental? **Saúde debate**. Rio de Janeiro, vol.43, n.122, pp. 883-896, jul.-set. 2019. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/QK3J4xBsBVYGNT3ZBJcqhfh/abstract/?lang=pt>. Acesso em 01 dezembro 2020.

LIMA, D. K. R. R.; GUIMARÃES, J. Articulação da Rede de Atenção Psicossocial e continuidade do cuidado em território: problematizando possíveis relações. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 29, n. 03, nov. 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290310>>. Acesso em 31 maio 2021.

LOBOSQUE, A.M. **Experiências da loucura**. Rio de Janeiro: Garamond; 2001.

LUKES, S. **Power: a radical view**. London: Macmillan, 1974.

MELLO, M. C. de; FUGULIN, F. M. T; GAIDZINSKI, R. R. O tempo no processo de trabalho em saúde: uma abordagem sociológica. **Acta Paulista de Enfermagem [online]**, São Paulo, v. 20, n. 1, pp. 87-90, out. 2007. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-21002007000100015>>. Acesso em 14 abril 2022.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária a saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MINAYO, M.C.S. **O desafio da pesquisa social**. Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade. Petrópolis, 2008, RJ: Vozes.

MORIM, E. **A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento**. 8ª ed. -Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003.

MORIN, E. **O Método 5: A Humanidade da Humanidade e a Identidade Humana**. Porto Alegre: Sulina, 2002.

MORIN, E. **Introdução ao pensamento complexo**. 5. ed. Porto Alegre: Sulina; 2015

MOYSES, S. T.; SÁ, R. F de. Planos locais de promoção da saúde: intersetorialidade(s) construída(s) no território. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, vol.19, n.11, p.4.323-4.329, ago. 2014. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n11/1413-8123-csc-19-11-4323.pdf>. Acesso em: 26 outubro 2019. DOI: 10.1590/1413-812320141911.11102014.

NÓBREGA, M. P. S. S. et al. Weaving the West Psychosocial Care Network of the municipality of São Paulo. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 70, n. 5, pp. 965-972, Sep-Oct 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0566>>. Acesso em: 31 maio 2021.

NOBREGA, M. P. S. S. et al. Atitudes de enfermeiros de cuidados primários frente à doença mental: comparação Brasil-Portugal. **Acta paul. Enferm.**, São Paulo, v. 33, out. 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2020ao01456>. Acesso em: 31 maio 2021.

OMS; WONCA. **Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários: uma perspectiva global**. Lisboa: Editora Who Press, 2008. Disponível: [https://www.who.int/eportuguese/publications/Integracao\\_saude\\_mental\\_cuidados\\_p\\_rimarios.pdf](https://www.who.int/eportuguese/publications/Integracao_saude_mental_cuidados_primarios.pdf). Acesso em: 26 outubro 2019.

OPAS/OMS Brasil – Organização Pan-americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. Suicídio é grave problema de saúde pública e sua prevenção deve ser prioridade, afirma OPAS/OMS. **Folha informativa**. Brasília, 15 de maio 2018. Disponível: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5674:suicidio-e-grave-problema-de-saude-publica-e-sua-prevencao-deve-ser-prioridade-afirma-opas-oms&Itemid=839](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5674:suicidio-e-grave-problema-de-saude-publica-e-sua-prevencao-deve-ser-prioridade-afirma-opas-oms&Itemid=839). Acesso em: 21 outubro 2020.

OPAS/OMS Brasil – Organização Pan-americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. Uma pessoa morre por suicídio a cada 40 segundos, afirma OMS. **Folha informativa**. Brasília, 09 de set. 2019. Disponível: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=6017:suicidio-uma-pessoa-morre-a-cada-40-segundos-afirma-oms&Itemid=839](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6017:suicidio-uma-pessoa-morre-a-cada-40-segundos-afirma-oms&Itemid=839). Acesso em: 21 outubro 2020.

ROTOLI, A. et al. Mental health in Primary Care: challenges for the resoluteness of actions. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, mar. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2018-0303>. Acesso em: 07 novembro 2021.

SAMPAIO, M. L.; BISPO, J. P. Rede de Atenção Psicossocial: avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental. **Cadernos de Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 3, abr. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00042620>. Acesso em: 31 maio 2021.

SANTOS, M.; SILVEIRA, M. L. **O Brasil: território e sociedade no início do século XXI**. Rio de Janeiro: Record, 2001.

SANTOS, G. A.; NUNES, M. O. O cuidado em saúde mental pelos agentes comunitários de saúde: o que aprendem em seu cotidiano de trabalho?. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 24, n. 01, pp. 105-125, Jan-Mar 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312014000100007>. Acesso em: 01 Junho 2021.

SANTOS, A. B. Escuta qualificada como ferramenta de humanização do cuidado em saúde mental na Atenção Básica. **APS em Revista: Revista de Rede de Pesquisa em Atenção Primária a Saúde**, Universidade da Amazônia, v. 1, n. 2, pp. 170-179, Maio-Julho 2019, ISSN 2596-3317, DOI 10.14295/aps.v1i2.23. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/23/22>. Acesso em: 14 abril 2022.

SANTOS, A. M. et al. O matriciamento em saúde mental como dispositivo para a formação e gestão do cuidado em saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 30, n. 04, dec. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300409>. Acesso em: 31 maio 2021.

SARACENO, B. **Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidade possível**. Rio de Janeiro: Editora Te Cora, 1999.

SILVA, M.V. **O movimento da luta antimanicomial e o movimento dos usuários e familiares**. In: Conselho Federal de Psicologia, organizadores. Loucura, ética e política: escritos militantes. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2003.

SOUSA, M. C.; MARTINS, V. J. **Rede e Saúde Mental: norma geral de regulação do fluxo assistencial hospitalar em saúde mental**. Curitiba. Secretaria de Estado da Saúde, 2015. Disponível em: <http://www.documentador.pr.gov.br/documentador/pub.do?action=d&uuid=@gft-escriba-sesa@91800f27-0730-4f96-a620-d072a343e8b8&emPg=true>. Acesso em: 14 abril 2022.

SOUSA, F. S. P. de et al. Tecendo a rede assistencial em saúde mental com a ferramenta matricial. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 21, n. 4, pp. 1579-1599, jan. 2012. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312011000400021>>. Acesso em: 01 junho 2021.

SOUZA, J. de et al. Mental health in the Family Health Strategy as perceived by health professionals. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 70, n. 5 pp. 935-941, Sep-Oct 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0492>>. Acesso em: 31 maio 2021.

SOUZA, A. C. de et al. Inclusion of mental health in primary health care: care strategy in the territory. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, v. 72, n. 6, p. 1677-1682, out. 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0806>. Acesso em: 31 maio 2021.

TARRIDE, M.I. **Saúde pública: uma complexidade anunciada**. Rio de Janeiro; Fiocruz; 1998.

TEIXEIRA, M. G. et al. Reorganização da atenção primária à saúde para vigilância universal e contenção da COVID-19. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 29, n. 4, ago. 2020. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/ress/2020.v29n4/e2020494/#>. Acessado em: 6 Novembro 2021.

VASCONCELOS, E.M. **O poder que brota da dor e da opressão: empoderamento, sua história, teorias e estratégias**. São Paulo: Paulus, 2003.

VASCONCELOS, E.M. **Abordagens psicossociais. V. II: Reforma psiquiátrica e saúde mental na ótica da cultura e das lutas populares**. São Paulo: Hucitec, 2008

VELOSO, T. M. C.; SOUZA, M. C. B. M. Concepções de profissionais da estratégia saúde da família sobre saúde mental. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Rio grande do Sul, v. 34, n. 1, pp. 79-85, abr. 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1983-14472013000100010>>. Acesso em: 01 Junho 2021.

WENCESLAU, L. D.; ORTEGA, F. Saúde mental na atenção primária e Saúde Mental Global: perspectivas internacionais e cenário brasileiro. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v. 19, n. 55, pp. 1121-1132, ago. 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807-57622014.1152>>. Acesso em: 31 maio 2021.

## APÊNDICE 1- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, professor Clóvis Wanzinack (Administração Pública - docente da UFPR Litoral), e a psicóloga Zelayde Figueiredo Gomes (Mestranda do Programa de Pós-graduação em Desenvolvimento Territorial Sustentável – UFPR Litoral), estamos convidando vocês, **funcionários e colaboradores da atenção primária em saúde** que compõem a rede de atenção psicossocial; a participar de um estudo intitulado “Funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS): Uma perspectiva dos trabalhadores da atenção básica do município de Guaratuba/PR”. Com esta pesquisa espera-se conhecer as ações em saúde mental realizadas em rede no município de Guaratuba.

a) O objetivo desta pesquisa é investigar como a Rede de Atenção Psicossocial - RAPS está organizada no município de Guaratuba/ PR e como acontece a articulação entre os diferentes pontos da rede.

b) Caso você participe da pesquisa, será necessário:

- Responder um questionário, com duração média de 20 a 30 minutos, onde serão perguntados dados sobre você e sua experiência profissional e rotina de trabalho, além de perguntas para analisar o fluxo de atendimento aos usuários de saúde mental.

c) Todas as perguntas encontram-se em formulário impresso e gravadas, os quais serão armazenados pelo pesquisador responsável, com login e senha de maneira a proteger os dados e manter confidencialidade.

d) Os benefícios esperados com essa pesquisa é a ampliação do acesso à atenção psicossocial da população de Guaratuba, dando assim, ênfase em um serviço de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares. Também contribuirá para fortalecer as redes e as políticas públicas que garantam a integralidade no cuidado da pessoa com transtorno mental, bem como usuário de álcool e outras drogas, conforme preconizado pela Portaria nº 3088, que institui a RAPS.

---

Participante da Pesquisa e/ou Responsável Legal [rubrica]

---

Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE [rubrica]

---

Orientador [rubrica]

Obs.: Estes espaços para rubricas são destinados às primeiras páginas do

e) O pesquisador professor Clóvis Wanzinack responsável por este estudo poderá ser localizado no endereço: Rua Jaguariaíva, Tv. Caiobá, 512, Matinhos - PR, 83260-000, gabinete 06, [cloviswa@gmail.com](mailto:cloviswa@gmail.com), tel 41 3511-8300, no horário [14: as 16:00] para esclarecer eventuais dúvidas que [o senhor | a senhora | você] possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.

f) A sua participação neste estudo é voluntária e se [o senhor | a senhora | você] não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado.

g) As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas: professor Clóvis Wanzinack (Administração Pública - docente da UFPR Litoral), e a psicóloga Zelayde Figueiredo Gomes (Mestranda do Programa de Pós-graduação em Desenvolvimento Territorial Sustentável – UFPR Litoral). No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a **sua identidade seja preservada e mantida sua confidencialidade.**

h) O material obtido – questionários e áudios – serão utilizado unicamente para essa pesquisa e será destruído/descartado ao término do estudo, dentro de 5 anos.

i) As despesas necessárias para a realização da pesquisa não são de sua responsabilidade e [o senhor | a senhora | você] não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação.

j) O senhor | A senhora | Você] ao participar do estudo sinta algum desconforto durante a realização da entrevista, uma psicóloga da rede municipal de saúde (SUS) de Guaratuba estará disponível para atendimento gratuito, sempre que se fizer necessário.

k) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

---

Participante da Pesquisa e/ou Responsável Legal [rubrica]

---

Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE [rubrica]

---

Orientador [rubrica]

I) Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP/SD) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pelo telefone 3360-7259. O Comitê de Ética em Pesquisa é um órgão colegiado multi e transdisciplinar, independente, que existe nas instituições que realizam pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil e foi criado com o objetivo de proteger os participantes de pesquisa, em sua integridade e dignidade, e assegurar que as pesquisas sejam desenvolvidas dentro de padrões éticos (Resolução nº 466/12 Conselho Nacional de Saúde).

Eu, \_\_\_\_\_ li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim. Fui informado que serei atendido sem custos para mim se eu apresentar algum dos problemas relacionados no item J.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Guaratuba, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

---

[Assinatura do Participante de Pesquisa ou Responsável Legal]

---

[Assinatura do Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE]

## APÊNDICE 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO GF

Nós, professor Clóvis Wanzinack (Administração Pública - docente da UFPR Litoral) e a psicóloga Zelayde Figueiredo Gomes (Mestranda do Programa de Pós-graduação em Desenvolvimento Territorial Sustentável – UFPR Litoral), estamos convidando vocês, Agentes Comunitários da Saúde - ACS da atenção primária em saúde que compõem a Rede de Atenção psicossocial; a participar de um estudo intitulado “Funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS): Uma perspectiva dos trabalhadores da atenção básica do município de Guaratuba/PR”. Com esta pesquisa espera-se conhecer as ações em saúde mental realizadas em rede no município de Guaratuba.

a) O objetivo desta pesquisa é investigar como a Rede de Atenção Psicossocial - RAPS está organizada no município de Guaratuba/ PR e como acontece a articulação entre os diferentes pontos da rede.

b) Caso você participe da pesquisa, será necessário:

- Participar de um grupo focal, com duração média de 30 a 40 minutos, onde serão perguntados dados sobre sua rotina de trabalho e sua experiência profissional com atendimento de pessoas com transtorno mental, bem como usuário de álcool e outras drogas.

c) Para tanto você participará do grupo focal no seu local de trabalho, num local apropriado e que levará aproximadamente 30 a 40 minutos.

d) Todas as perguntas e discussões realizadas no grupo focal encontram-se em formulário impresso e serão armazenados pelo pesquisador responsável, com login e senha de maneira a proteger os dados e manter confidencialidade.

---

Participante da Pesquisa e/ou Responsável Legal [rubrica]

---

Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE [rubrica]

---

Orientador [rubrica]

Obs.: Estes espaços para rubricas são destinados às primeiras páginas do TCLE – não sendo necessário na última página pois já contém linha de assinatura.

e) Os benefícios esperados com essa pesquisa são que as discussões do grupo proporcione ampliação do acesso à atenção psicossocial da população de Guaratuba, dando assim, ênfase em um serviço de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares. Também contribuirá para fortalecer as redes e as políticas públicas que garantam a integralidade no cuidado da pessoa com transtorno mental, bem como usuário de álcool e outras drogas, conforme preconizado pela Portaria nº 3088, que institui a RAPS.

f) O pesquisador professor Clóvis Wanzinack, responsável por este estudo, poderá ser localizado no endereço: Rua Jaguariaíva, Tv. Caiobá, 512, Matinhos - PR, 83260-000, gabinete 06, [cloviswa@gmail.com](mailto:cloviswa@gmail.com), tel 41 3511-8300, no horário [14: as 16:00] para esclarecer eventuais dúvidas que [o senhor | a senhora | você] possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.

g) A sua participação neste estudo é voluntária e se [o senhor | a senhora | você] não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado.

h) As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas: professor Clóvis Wanzinack (Administração Pública - docente da UFPR Litoral), e a psicóloga Zelayde Figueiredo Gomes (Mestranda do Programa de Pós-graduação em Desenvolvimento Territorial Sustentável – UFPR Litoral). No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a **sua identidade seja preservada e mantida sua confidencialidade.**

i) O material obtido – questionários e áudios – serão utilizado unicamente para essa pesquisa e será destruído/descartado ao término do estudo, dentro de 5 anos.

---

Participante da Pesquisa e/ou Responsável Legal [rubrica]

---

Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE [rubrica]

---

Orientador [rubrica]

j) As despesas necessárias para a realização da pesquisa não são de sua responsabilidade e [o senhor | a senhora | você] não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação.

k) O senhor | A senhora | Você] terá a garantia de que caso tenha algum desconforto durante a realização do grupo, uma psicóloga da rede municipal de saúde (SUS) de Guaratuba estará disponível para atendimento gratuito, sempre que se fizer necessário.

l) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

m) Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP/SD) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pelo telefone 3360-7259. O Comitê de Ética em Pesquisa é um órgão colegiado multi e transdisciplinar, independente, que existe nas instituições que realizam pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil e foi criado com o objetivo de proteger os participantes de pesquisa, em sua integridade e dignidade, e assegurar que as pesquisas sejam desenvolvidas dentro de padrões éticos (Resolução nº 466/12 Conselho Nacional de Saúde).

Eu, \_\_\_\_\_ li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim. Fui informado que serei atendido sem custos para mim se eu apresentar algum dos problemas relacionados no item K.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Guaratuba, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_]

---

[Assinatura do Participante de Pesquisa ou Responsável Legal]

---

[Assinatura do Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE]

### APÊNDICE 3 - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI ESTRUTURADA - COM PARTICIPANTES QUE TRABALHAM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

**Apresentação:** Prezados (as), somos pesquisadores vinculados ao programa de mestrado em Desenvolvimento Territorial Sustentável da Universidade Federal do Paraná e estamos realizando uma pesquisa no município de Guaratuba, especificamente na atenção primária em saúde com os profissionais médicos (as) e enfermeiros (as) que trabalham com a saúde mental. Tudo bem falar sobre esse assunto com você?

Gostaríamos de contar com sua participação, respondendo às seguintes perguntas. Podemos fazer uma pausa a qualquer momento, ou parar a entrevista se você sentir qualquer incômodo. Se quiser conversar sobre qualquer assunto após a entrevista, sem a gravação, ficamos à disposição.

#### Dados do entrevistado:

Número de Identificação: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

Tempo de atuação na área: \_\_\_\_\_

Local de atuação: \_\_\_\_\_

Tempo de atuação na unidade de referência: \_\_\_\_\_

#### Questões norteadoras:

1. Quais são as principais atividades que você desenvolve no seu trabalho? Como é sua rotina de trabalho?
2. Como é para você trabalhar com Saúde Mental? Quais principais limitações e dificuldades você encontra?
3. Atualmente como está funcionando na sua unidade o fluxo de atendimento em saúde mental?
4. Você conhece a ficha de estratificação de risco em saúde mental? Utiliza na sua rotina de trabalho? Explique o que acha da escala? Caso não utilize, explique o motivo?
5. Você conhece a Rede de Atenção Psicossocial de Guaratuba? Como é sua relação com RAPS.
6. Na sua unidade existe alguma ação de matriciamento em saúde mental? Como isso auxilia nas suas atividades?
7. Já participou de cursos de capacitação em Saúde Mental? Considera importante?
8. Na sua opinião, o que precisa melhorar na RAPS do município?

Muito obrigada pela sua participação!

## APÊNDICE 4- ROTEIRO DE ENTREVISTA GF COM OS ACS

### Dados do entrevistado:

Número de Identificação: \_\_\_\_\_

Tempo de atuação como ACS: \_\_\_\_\_

Região em que atua: \_\_\_\_\_

### Questões norteadoras:

- 1 - Quais são as principais atividades que você desenvolve no seu trabalho? Como é sua rotina de trabalho?
- 2 – Como você identifica que um usuário tem demandas relacionadas à Saúde Mental?
- 3 – Quais são os encaminhamentos dados ao usuário identificado com demandas em Saúde Mental? Existe um roteiro ou orientação para estes encaminhamentos?
- 4 – Você conhece a Rede de Atenção Psicossocial de Guaratuba? Como é sua relação com RAPS.
- 5 – Na sua unidade existe alguma ação de matriciamento em saúde mental? Como isso auxilia nas suas atividades?
- 6 – Já participou de cursos de capacitação em Saúde Mental? Considera importante?
- 7 – Na sua opinião, o que precisa melhorar na RAPS do município?

Muito obrigada pela sua participação!

## APÊNDICE 5 – TERMO DE CONCORDÂNCIA



MUNICÍPIO DE GUARATUBA  
ESTADO DO PARANÁ  
SECRETARIA DA SAÚDE

Guaratuba, 26 de outubro de 2020.

Senhor (a) Coordenador (a),

Declaramos que nós da Prefeitura Municipal de Guaratuba – Secretária da Saúde, estamos de acordo com a condução do projeto de pesquisa Funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS): Uma perspectiva dos trabalhadores da atenção básica do município de Guaratuba/PR, sob a responsabilidade de Clóvis Wanzinack nas nossas dependências, tão logo o projeto seja aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR, até o seu final, cinco anos a partir da aprovação do CEP.

Estamos cientes que os participantes da pesquisa serão funcionários e colaboradores dos setores da saúde que compõem a rede de atenção psicossocial, bem como de que o presente trabalho deve seguir a Resolução 466/2012 (CNS) e complementares.

Da mesma forma, estamos cientes que os pesquisadores somente poderão iniciar a pesquisa pretendida após encaminharem, a esta instituição, uma via do parecer de aprovação do estudo exarado pelo Comitê de ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR.

Atenciosamente,

Gabriel Modesto de Oliveira  
Secretário Municipal da Saúde

Gabriel Modesto de Oliveira  
Secretário Municipal da Saúde  
Documento assinado eletronicamente

## APÊNDICE 6 – NUVEM DE PALAVRAS ENTREVISTAS

### NUVEM DE PALAVRAS Q1



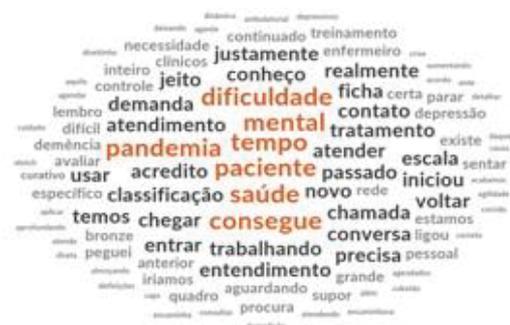
### NUVEM DE PALAVRAS Q2



### NUVEM DE PALAVRAS Q3



### NUVEM DE PALAVRAS Q4



### NUVEM DE PALAVRAS Q5



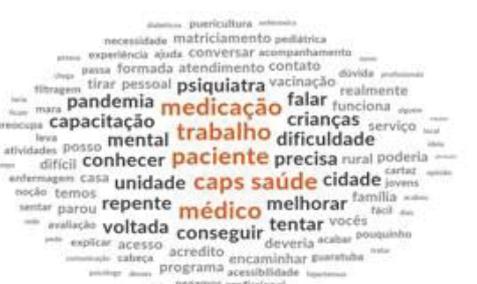
### NUVEM DE PALAVRAS Q6



### NUVEM DE PALAVRAS Q7



### NUVEM DE PALAVRAS Q8



## APÊNDICE 7 – NUVEM DE PALAVRAS GF

NUVEM DE PALAVRAS Q1



NUVEM DE PALAVRAS Q2



NUVEM DE PALAVRAS Q3



NUVEM DE PALAVRAS Q4



NUVEM DE PALAVRAS Q5



NUVEM DE PALAVRAS Q6



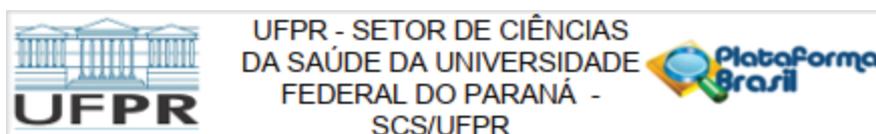
NUVEM DE PALAVRAS Q7







## ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** FUNCIONAMENTO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS) - Uma perspectiva dos trabalhadores da atenção básica do município de Guaratuba/PR

**Pesquisador:** Clóvis Wanzinack

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 39730220.9.0000.0102

**Instituição Proponente:** PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO TERRITORIAL

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 4.465.459

#### Apresentação do Projeto:

"Trata de projeto de pesquisa, oriundo do Programa de pós graduação em desenvolvimento territorial sustentável, intitulada: "Funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS): Uma perspectiva dos trabalhadores da atenção básica do município de Guaratuba/PR"

**Pesquisador Principal:** Clóvis Wanzinack;

**Colaboradores:** Zelayde Figueiredo Gomes;

**Local de Realização:** Município de Guaratuba/PR;

**Período de pesquisa:** Cinco anos a partir da aprovação do CEP.

#### 6. Material e Metodologia

A pesquisa...na rede de atenção psicossocial do município de Guaratuba, será de caráter qualitativo e quantitativo, observacional, transversal, prospectivo.

O método qualitativo...Consiste em estudo de caso, ou seja, estudo aprofundado/ detalhamento exaustivo a respeito da rede de atenção Psicossocial - RAPS no município de Guaratuba. A definição da amostragem será não probabilística intencional devido à relevância em buscar fontes estratégicas na aplicação da Política Pública em questão...

Seguindo os objetos da pesquisa podem ser considerados três fases para esta pesquisa:

**Endereço:** Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar

**Bairro:** Alto da Glória

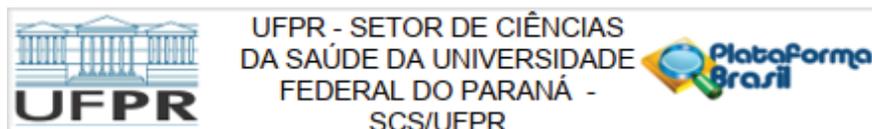
**CEP:** 80.060-240

**UF:** PR

**Município:** CURITIBA

**Telefone:** (41)3360-7259

**E-mail:** cometica.saude@ufpr.br



Continuação do Parecer: 4.465.459

#### A – Fase exploratória

...aproximação com a Secretaria Municipal de Saúde para processo de identificação dos pontos envolvidos na dinâmica da Política de Saúde Mental a partir da Atenção Primária e como atuam na articulação com a Rede de Atenção Psicossocial no município de Guaratuba...

...a exploração teórica dos conceitos de Redes, Território, Política Pública e Saúde Mental para compreensão das relações de poder estabelecidas e da conceituação de território explicitada dentro da Política de Saúde Mental ...

#### B- Fase de coleta de dados

...busca compreender como se dá o matriciamento na Assistência Primária em Saúde Mental e procurar identificar onde estão as principais fragilidades dessas Redes.

...os profissionais...dos serviços serão convidados a participar dessa pesquisa, sendo as diferentes formas de coleta de dados (entrevista fechada e estratégia de grupo focal) organizadas de acordo com as disponibilidades dos profissionais e a dinâmica do serviço. A entrevista fechada será realizada com os profissionais de Saúde Mental (enfermeiras(os) e médicos(as)) e o grupo focal será realizado com os Agentes Comunitários de Saúde. Será uma metodologia qualitativa, sendo utilizado dados secundários quantitativos para aprofundar a coleta de dados e a análise...

#### C – Fase da Análise de dados

...visa estabelecer comparações, através dos dados levantados e as diretrizes atuais da legislação da Política de Saúde Mental, entre a fase atual do município na implantação do matriciamento e as possibilidades de ampliar as ações e melhorar a qualidade de atenção aos usuários desta política...

#### Metodologia de análise dos dados

Os dados qualitativos coletados por meio de entrevistas e grupos focais, após serem gravados e transcritos, serão inseridos no software N-VIVO que irá subsidiar a codificação e análise das categorias...

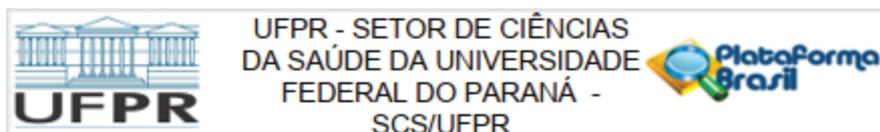
Cronograma de execução apresentado ao CEP, consta de novembro de 2020 até setembro de 2024.

#### Crítérios de Inclusão e Exclusão

Os participantes serão recrutados para essa pesquisa segundo os seguintes critérios de inclusão:

(1) Profissionais que atuam na rede de atenção básica como agente comunitário de saúde, enfermeiro e médico, que atuem na sua unidade de referência, há pelo menos, seis meses e que se dispuserem a participar dessa pesquisa, mediante assinatura de um Termo de Consentimento Livre

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar  
 Bairro: Alto da Glória CEP: 80.060-240  
 UF: PR Município: CURITIBA  
 Telefone: (41)3360-7259 E-mail: cometica.saude@ufpr.br



Continuação do Parecer: 4.465.459

e Esclarecido, que garantirá a fidedignidade dos dados e o sigilo; E os participantes poderão ser dispensados da pesquisa de acordo com os seguintes critérios de exclusão:

(1) Profissionais com idade inferior a 18 anos ou que trabalhem no serviço há menos de seis meses; ou ainda, que se recusem a assinar o TCLE.

#### Planos para o Recrutamento do Participante da Pesquisa

Todos os profissionais (agentes comunitários de saúde, enfermeiros e médicos) das unidades básicas de saúde do município de Guaratuba, serão convidados a participar dessa pesquisa. Dentre esses profissionais de saúde o recrutamento será conforme critérios de inclusão e disponibilidade e interesse do profissional em contribuir com a pesquisa. O convite a estes profissionais será feito em uma breve reunião organizada junto ao coordenador do serviço em cada UBS com apresentação do projeto e do TCLE.

#### Informações Relativas ao Participante da Pesquisa e Características da População a Ser Estudada

Serão dois grupos de participantes pesquisados: a) o dos profissionais de Saúde (médicos e enfermeiros); e b) o dos agentes comunitários de saúde.

a) Os profissionais serão abordados na fase de coleta de dados (entrevistas) serão abordados profissionais de nível superior (médicos e enfermeiros), independente do sexo dos participantes. Estima-se entrevistar 20 pessoas entre médicos e enfermeiros das sete Unidade Básicas de Saúde do município de Guaratuba.

b) Os participantes desse grupo se caracterizam como agentes comunitários de saúde (de qualquer sexo) que atuam em unidades básicas de saúde - UBS do município de Guaratuba. Estima-se formar sete grupos com 05 agentes comunitários de saúde em cada grupo, considerando que o município tem sete UBS distribuídas no território.\*

#### Objetivo da Pesquisa:

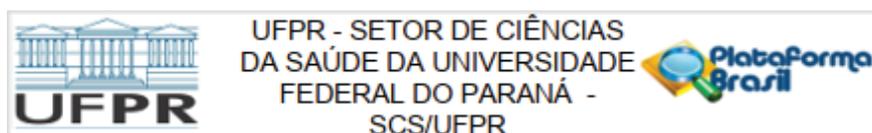
##### \*1.1 Objetivo Geral

Investigar como a Rede de Atenção Psicossocial - RAPS está organizada no município de Guaratuba/ PR e como acontece a articulação entre os diferentes pontos da rede, destacando avanços e desafios na superação dos paradigmas na Política de Saúde Mental na Atenção Primária em Saúde para ampliação da efetividade do tratamento de Saúde Mental.

##### 1.2 Objetivos Específicos

• Elaborar um levantamento da trajetória histórica da reforma psiquiátrica no Brasil, pontuando os movimentos sociais que culminaram na reforma sanitária e conseqüentemente na implantação dos

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar  
 Bairro: Alto da Glória CEP: 80.060-240  
 UF: PR Município: CURITIBA  
 Telefone: (41)3360-7259 E-mail: cometica.saude@ufpr.br



Continuação do Parecer: 4.485.459

serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico, sendo um deles a Rede de Atenção Psicossocial - RAPS.

- Identificar quais os pontos da rede estão envolvidos na dinâmica da política de saúde mental a partir da atenção primária e procurar identificar onde estão as principais fragilidades dessas redes.
- Estabelecer comparações, através dos dados levantados e as diretrizes atuais da legislação da política de saúde mental, entre a fase atual do município na implantação do matriciamento e as possibilidades de ampliar as ações e melhorar a qualidade de atenção aos usuários desta política.”

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

##### **\* Análise Crítica de Riscos e Benefícios**

##### **8.1 Quais os benefícios, diretos ou indiretos, para a população e a sociedade?**

Se tratando de uma pesquisa pioneira no município de Guaratuba, o tema coloca em pauta a desmistificação da saúde mental, e os profissionais que se propuserem a ajudar serão beneficiados pela produção de conhecimento científico. Poderá a partir deste, identificar as dificuldades e potencialidades locais e desenvolver suas práticas. A pesquisa constituirá também uma oportunidade para refletir sobre a própria prática profissional, bem-vinda a qualquer prática em saúde. Poderá desencadear um esforço em direção à implantação de uma política de saúde mental que, de fato, promova mudanças no uso e na gestão dos recursos e potencialidades dos territórios, afirmando coletivamente que a responsabilidade pelo cuidado é uma prática de vários agentes, instituições, sistema de saúde e sociedade.

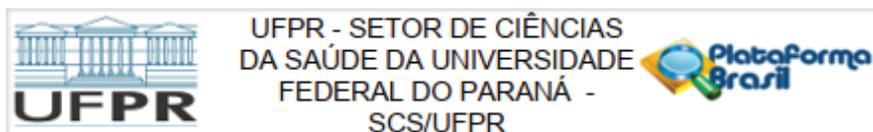
Pode-se inferir ainda, que a investigação da Rede de Atenção Psicossocial, o mapeamento do território, ampliará o acesso à atenção psicossocial da população de Guaratuba, dando assim, ênfase em um serviço de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares.

Fortalecendo as redes e as políticas públicas que garantam a integralidade no cuidado da pessoa com transtorno mental, bem como usuário de álcool e outras drogas.

##### **8.2 Quais os riscos inerentes ou decorrentes da pesquisa?**

Toda pesquisa que trata sobre o ser humano oferece riscos, sejam mínimos ou máximos. Entre esses riscos estão à quebra de sigilo e anonimato, de extravasamento de informações e exposição dos participantes envolvidos, alterações emocionais e psicológicas dos participantes da pesquisa, quando ao responder questões que os relembre de fatos dolorosos, sejam estes, físicos, emocionais, constrangimento, estresse. Este tipo de estudo apresenta o risco, mesmo que mínimo, diante do sigilo e anonimato, de

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar  
 Bairro: Alto da Glória CEP: 80.060-240  
 UF: PR Município: CURITIBA  
 Telefone: (41)3360-7259 E-mail: cometica.saude@ufpr.br



Continuação do Parecer: 4.465.459

extravasamento de informações e exposição dos participantes envolvidos nela. A fim de evitar tal risco, os nomes utilizados na pesquisa serão fictícios e nos instrumentos de coleta de dados haverá somente identificação por sequência numérica. Os instrumentos serão armazenados em arquivos pessoais das(os) pesquisadoras(es) com nome neste projeto e serão incinerados após cinco anos da realização da pesquisa. A pesquisa ocorrerá de acordo com a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, onde respeitará a autonomia dos indivíduos, a beneficência, a não maleficência, a justiça e a equidade.”

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O projeto de pesquisa é de financiamento próprio, prevê indenização e ressarcimento. Apresenta procedimentos para a garantia de sigilo e confidencialidade, porém na apresentação esse item aparece como risco. O estudo proposto apresenta metodologia adequada aos objetivos da pesquisa, o pesquisador compreende que não há participantes vulneráveis.

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

Todos os termos estão adequados.

**Recomendações:**

Não há.

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

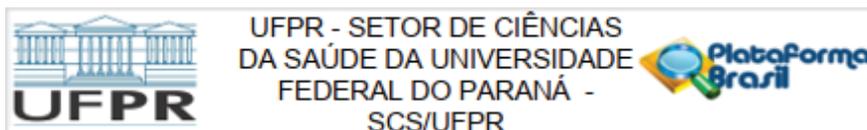
A respeito da análise as respostas das pendências apresentadas pelo pesquisador todas foram adequadas, recomenda-se aprovação. Vide respostas abaixo:

Carta de resposta as pendências:

1. No item 8.2 (p.21) "...Entre esses riscos estão à quebra de sigilo e anonimato, de extravasamento de informações e exposição dos participantes envolvidos, Este tipo de estudo apresenta o risco, mesmo que mínimo, diante do sigilo e anonimato, de extravasamento de informações e exposição dos participantes envolvidos nela..." Favor, rever esse risco, pois os pesquisadores devem garantir o sigilo e o anonimato das informações. Considerando a Resolução 466/12, IV.3. e) garantia de manutenção do sigilo e da privacidade dos participantes da pesquisa durante todas as fases da pesquisa.

1.1 Alterações realizadas no item 8.2 (p.21-22) "... Aos profissionais entrevistados para esta pesquisa entendemos que o risco é mínimo, apenas possível desconforto pelo tempo dispendido porque o participante terá que deixar seu serviço por aproximadamente 30 minutos, além de possíveis alterações emocionais e psicológicas dos participantes da pesquisa, quando ao responder questões que os relembre de fatos dolorosos, sejam estes, físicos, emocionais,

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar  
 Bairro: Alto da Glória CEP: 80.060-240  
 UF: PR Município: CURITIBA  
 Telefone: (41)3360-7259 E-mail: cometica.saude@ufpr.br



Continuação do Parecer: 4.465.459

constrangimento, estresse". (X) adequada.

2. No item 8.4 e 19 (p.22;26) "... Durante a pesquisa de campo a ser realizada na Rede de Atenção Psicossocial – RAPS no município de Guaratuba, caso algum participante sinta algum desconforto durante a realização de entrevista ou grupo focal, uma psicóloga da rede municipal de saúde (SUS) de Guaratuba estará disponível para atendimento, sempre que se fizer necessário. (Anexo sua carta de concordância). Favor incluir a carta de concordância em anexo, conforme o apontamento, pois não foi encontrada.

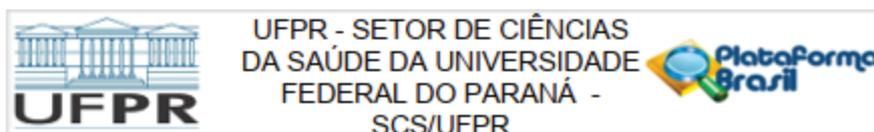
2.1 Incluída carta de concordância da psicóloga na Plataforma Brasil e em anexo ao projeto, conforme apontado no item 8.4 e 19 (p.22;26) (X) adequada.

1. No item dos dois TCLEs na (p.1) e) Alguns riscos relacionados ao estudo podem ser mínimos, diante do sigilo e anonimato, de extravasamento de informações e exposição dos participantes envolvidos nela..." Favor, rever esse risco, pois os pesquisadores devem garantir o sigilo e o anonimato das informações. Considerando a Resolução 466/12 IV.3 - O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido deverá conter, obrigatoriamente: e) garantia de manutenção do sigilo e da privacidade dos participantes da pesquisa durante todas as fases da pesquisa.

1.1 Alterações realizadas nos dois TCLEs o item e) (p.1) "A fim de evitar qualquer risco, que comprometa o sigilo e a privacidade dos participantes, os nomes utilizados na pesquisa serão fictícios e nos instrumentos de coleta de dados haverá somente identificação por sequência numérica. Os instrumentos serão armazenados em arquivos pessoais dos(as) pesquisadores(as) com nome neste projeto e serão incinerados após cinco anos da realização da pesquisa. A pesquisa ocorrerá de acordo com a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, onde respeitará a autonomia dos indivíduos, a beneficência, a não maleficência, a justiça e a equidade, bem como a garantia de manutenção do sigilo e da privacidade dos participantes da pesquisa durante todas as fases da pesquisa". (X) adequada.

2. Na (p.1) item f) ... No caso eventual de danos graves decorrentes da pesquisa você tem assegurado o direito à indenização nas formas da lei. "Neste item sugere-se ao pesquisador esclarecer melhor aos participantes de pesquisa os danos graves, as possibilidades de indenização preconizadas na Resolução 466/12, IV.3 - O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido deverá conter, obrigatoriamente: g) explicitação da garantia de ressarcimento e como serão cobertas as despesas tidas pelos participantes da pesquisa e dela decorrentes; e h) explicitação da garantia de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa. Considerar os conceitos de indenização e ressarcimento e repensar se a pesquisa em tela representa risco de DANO GRAVE ou riscos mínimos ou maiores que mínimos.

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar  
 Bairro: Alto da Glória CEP: 80.060-240  
 UF: PR Município: CURITIBA  
 Telefone: (41)3360-7259 E-mail: cometica.saude@ufpr.br



UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS  
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO PARANÁ -  
SCS/UFPR

Continuação do Parecer: 4.485.459

2.1 Alterações realizadas nos dois TCLEs o item f) (p.1) "No caso eventual de riscos maiores que o mínimo decorrentes da pesquisa você tem assegurado o direito à indenização nas formas da lei (Item II.22, e item IV.3, sub-item h, Resol. 466/2012)."

2.2 Consta nos termos de Consentimento Livre e Esclarecido, Resolução 466/12, IV.3 g) explicitação da garantia de ressarcimento e como serão cobertas as despesas tidas pelos participantes da pesquisa e dela decorrentes. Tais informações, encontra-se descrita no item m) (p.2) dos dois TCLEs. (X) adequada.

Favor inserir em seu TCLE e TALE o número do CAAE e o número do Parecer de aprovação, para que possa aplicar aos participantes de sua pesquisa, conforme decisão da Coordenação do CEP/SD de 13 de julho de 2020.

Após o isolamento, retornaremos à obrigatoriedade do carimbo e assinatura nos termos.

Qualquer dúvida, retornar e-mail ou pelo WhatsApp 41-3360-7259.

#### Considerações Finais a critério do CEP:

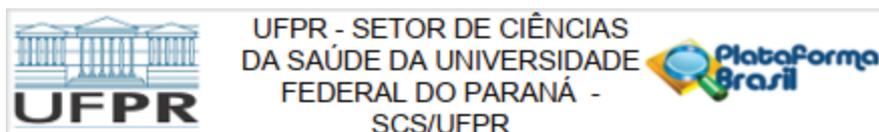
Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais e final, sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos, através da Plataforma Brasil - no modo: NOTIFICAÇÃO. Demais alterações e prorrogação de prazo devem ser enviadas no modo EMENDA. Lembrando que o cronograma de execução da pesquisa deve ser atualizado no sistema Plataforma Brasil antes de enviar solicitação de prorrogação de prazo.

Emenda – ver modelo de carta em nossa página: [www.cometica.ufpr.br](http://www.cometica.ufpr.br) (obrigatório envio)

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

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1630188.pdf	08/12/2020 11:35:49		Aceito
Projeto Detalhado	Projeto_de_pesquisa_CORRIGIDO.	07/12/2020	Clóvis Wanzinack	Aceito

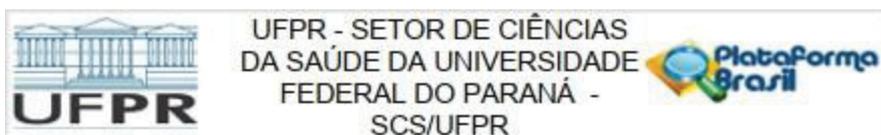
Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar  
 Bairro: Alto da Glória CEP: 80.060-240  
 UF: PR Município: CURITIBA  
 Telefone: (41)3360-7259 E-mail: [cometica.saude@ufpr.br](mailto:cometica.saude@ufpr.br)



Continuação do Parecer: 4.485.459

/ Brochura Investigador	docx	20:55:25	Clóvis Wanzinack	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_GRUPO_FOCAL_CORRIGIDO.docx	07/12/2020 20:54:56	Clóvis Wanzinack	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_PROFISSIONAL_SAUDE_CORRIGIDO.docx	07/12/2020 20:54:44	Clóvis Wanzinack	Aceito
Outros	CartaPendencias.docx	07/12/2020 20:54:25	Clóvis Wanzinack	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	02/11/2020 20:07:08	ZELAYDE FIGUEIREDO	Aceito
Outros	TERMO_SOLICITACAO_USODEVOZ.docx	30/10/2020 22:45:55	ZELAYDE FIGUEIREDO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_PROFISSIONAL_SAUDE.docx	30/10/2020 22:34:36	ZELAYDE FIGUEIREDO GOMES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_GRUPO_FOCAL.docx	30/10/2020 22:33:51	ZELAYDE FIGUEIREDO GOMES	Aceito
Outros	extratoata.pdf	30/10/2020 13:17:21	ZELAYDE FIGUEIREDO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	29/10/2020 20:01:24	Clóvis Wanzinack	Aceito
Outros	roteiro_entrevista_APS.docx	28/10/2020 22:19:50	Clóvis Wanzinack	Aceito
Outros	roteiro_entrevista_ACS.docx	28/10/2020 22:19:31	Clóvis Wanzinack	Aceito
Outros	DeclaracaoCompromissosEquipe.pdf	28/10/2020 22:18:40	Clóvis Wanzinack	Aceito
Declaração de concordância	ConcordanciaInstituicaoCoparticipante.pdf	28/10/2020 22:18:12	Clóvis Wanzinack	Aceito
Outros	Concordanciadosservicosenvolvidos.pdf	28/10/2020 22:12:54	Clóvis Wanzinack	Aceito
Outros	CartaCEP.pdf	28/10/2020 22:12:24	Clóvis Wanzinack	Aceito
Outros	CheckList.pdf	28/10/2020 22:10:26	Clóvis Wanzinack	Aceito
Outros	AnaliseMerito.pdf	28/10/2020 22:08:31	Clóvis Wanzinack	Aceito

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar  
 Bairro: Alto da Glória CEP: 80.060-240  
 UF: PR Município: CURITIBA  
 Telefone: (41)3360-7259 E-mail: cometica.saude@ufpr.br



Continuação do Parecer: 4.465.459

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

CURITIBA, 15 de Dezembro de 2020

---

Assinado por:  
IDA CRISTINA GUBERT  
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar  
Bairro: Alto da Glória CEP: 80.060-240  
UF: PR Município: CURITIBA  
Telefone: (41)3360-7259 E-mail: cometica.saude@ufpr.br

## ANEXO 2 – REVISÃO SISTEMÁTICA REGISTRO NO PROSPERO

**PROSPERO**  
International prospective register of systematic reviews

**NHS**  
National Institute for  
Health Research

**UNIVERSITY of York**  
Centre for Reviews and Dissemination

### Systematic review

*Fields that have an asterisk (\*) next to them means that they must be answered. Word limits are provided for each section. You will be unable to submit the form if the word limits are exceeded for any section. Registrant means the person filling out the form.*

#### 1. \* Review title.

Give the title of the review in English

A systematic review regarding the functioning of the Psychosocial Care Network (RAPS): A Primary Health Care workers' perspective Systematic review between 2011 and 2021

#### 2. Original language title.

For reviews in languages other than English, give the title in the original language. This will be displayed with the English language title.

A systematic review regarding the functioning of the Psychosocial Care Network (RAPS): A Primary Health Care workers' perspective Systematic review between 2011 and 2021

#### 3. \* Anticipated or actual start date.

Give the date the systematic review started or is expected to start.

01/07/2021

#### 4. \* Anticipated completion date.

Give the date by which the review is expected to be completed.

17/11/2021

#### 5. \* Stage of review at time of this submission.

Tick the boxes to show which review tasks have been started and which have been completed. Update this field each time any amendments are made to a published record.

Reviews that have started data extraction (at the time of initial submission) are not eligible for inclusion in PROSPERO. If there is later evidence that incorrect status and/or completion date has been supplied, the published PROSPERO record will be marked as retracted.

This field uses answers to initial screening questions. It cannot be edited until after registration.

The review has not yet started: No

**PROSPERO**  
International prospective register of systematic reviews



Review stage	Started	Completed
Preliminary searches	Yes	No
Piloting of the study selection process	Yes	No
Formal screening of search results against eligibility criteria	Yes	No
Data extraction	No	No
Risk of bias (quality) assessment	No	No
Data analysis	No	No

Provide any other relevant information about the stage of the review here.

**6. \* Named contact.**

The named contact is the guarantor for the accuracy of the information in the register record. This may be any member of the review team.

Clovis Wanzinack

Email salutation (e.g. "Dr Smith" or "Joanne") for correspondence:

Professor Wanzinack

**7. \* Named contact email.**

Give the electronic email address of the named contact.

cloviswa@gmail.com

**8. Named contact address**

Give the full institutional/organisational postal address for the named contact.

Rua Jaguaiaíva, 512 - Caiobá - Matinhos - PR - Brazil - 83260-000

**9. Named contact phone number.**

Give the telephone number for the named contact, including international dialling code.

+554799129915

**10. \* Organisational affiliation of the review.**

Full title of the organisational affiliations for this review and website address if available. This field may be completed as 'None' if the review is not affiliated to any organisation.

Federal University of Parana

Organisation web address:

<https://www.ufpr.br/>

**PROSPERO**  
International prospective register of systematic reviews



**11. \* Review team members and their organisational affiliations.**

Give the personal details and the organisational affiliations of each member of the review team. Affiliation refers to groups or organisations to which review team members belong. NOTE: email and country now MUST be entered for each person, unless you are amending a published record.

Professor Clovis Wanzinack. Federal University of Parana  
Ms Zelayde Figueiredo Gomes. Federal University of Parana

**12. \* Funding sources/sponsors.**

Details of the individuals, organizations, groups, companies or other legal entities who have funded or sponsored the review.

no

**Grant number(s)**

State the funder, grant or award number and the date of award

**13. \* Conflicts of interest.**

List actual or perceived conflicts of interest (financial or academic).

None

**14. Collaborators.**

Give the name and affiliation of any individuals or organisations who are working on the review but who are not listed as review team members. NOTE: email and country must be completed for each person, unless you are amending a published record.

**15. \* Review question.**

State the review question(s) clearly and precisely. It may be appropriate to break very broad questions down into a series of related more specific questions. Questions may be framed or refined using PI(E)COS or similar where relevant.

1. Which RAPS' aspects are involved in the dynamics of mental health policy based on Primary Care in

Brazil? What actions are developed in basic health units in Brazil regarding mental health?

3. Which comparisons can be established between the data collected and the current guidelines of Brazilian mental health policy legislation, considering the implementation of matrix support?

**16. \* Searches.**

State the sources that will be searched (e.g. Medline). Give the search dates, and any restrictions (e.g. language or publication date). Do NOT enter the full search strategy (it may be provided as a link or attachment below.)

We will perform a systematic search in the Medical Literature Analysis and Retrieval System Online

(MEDLINE), in the Latin American and Caribbean Health Sciences Literature (LILACS), in the Nursing

Database (BDENF) (technical-scientific periodicals on Psychology) and in the Virtual Health Library (BVS),

which concentrate Brazilian and Latin American information. The search terms and DeCS (Health Sciences Descriptors) headings that will be adopted are:

**PROSPERO**  
International prospective register of systematic reviews



Atenção primária à saúde E saúde mental E não covid-19

Primary health care AND mental health AND not covid-19

Atención primaria de salud Y salud mental Y no covid-19

The search strategy was planned with the support of an experienced professional librarian and will be carried out by two blind studies independently. The resulting articles will be stored and managed in the online version of EndNote (<http://www.endnote.com>; Thomson Reuters). The objective is to follow these steps: (1) read the title and abstracts of all articles identified by searching terms and descriptors in Health Sciences developed by BIREME (<http://DeCS.bvs.br/>); (2) exclude texts in different article formats and duplicate articles; (3) compare the two lists generated by each researcher independently; (4) discuss and get to a consensus between the two researchers; and (5) completely read the other articles.

#### 17. URL to search strategy.

Upload a file with your search strategy, or an example of a search strategy for a specific database, (including the keywords) in pdf or word format. In doing so you are consenting to the file being made publicly accessible. Or provide a URL or link to the strategy. Do NOT provide links to your search results.

Alternatively, upload your search strategy to CRD in pdf format. Please note that by doing so you are consenting to the file being made publicly accessible.

**Do not make this file publicly available until the review is complete**

#### 18. \* Condition or domain being studied.

Give a short description of the disease, condition or healthcare domain being studied in your systematic review.

In this review, we will include any type of methodological approach to studies that contain primary data from the Psychosocial Care Network about Primary Health Care. It includes quantitative and qualitative studies, ~~publications in the eligible databases~~ exclusion are: (1) studies on the Psychosocial Care Network in Brazil; (2) primary data collection or analysis of the existing dataset; (3) quantitative and qualitative studies; (4) publication date between 2011 and 2021; and (5) articles published in English, Spanish or Portuguese, from selected databases. A study is excluded if: (1) it is not from the Psychosocial Care Network of Primary Health Care in Brazil or does not contain primary data; (2) there are no results or discussion about the role of Primary Health Care in the Psychosocial Care Network in it; (3) it reports a review or is an opinion piece, a case study, an editorial, a policy document, gray literature or conference work; (4) it was published in 2010 or earlier; or (5) it focus on other points of the Psychosocial Care Network instead of Primary Health Care.

#### 19. \* Participants/population.

**PROSPERO**  
**International prospective register of systematic reviews**



Specify the participants or populations being studied in the review. The preferred format includes details of both inclusion and exclusion criteria.

For the purpose of this review, we will only include studies that focus on Primary Health Care in Brazil.

**20. \* Intervention(s), exposure(s).**

Give full and clear descriptions or definitions of the interventions or the exposures to be reviewed. The preferred format includes details of both inclusion and exclusion criteria.

The exhibition refers to the Psychosocial Care Network, with a focus on Primary Health Care. This review does not analyze the effects of interventions and may include qualitative and quantitative methods.

**21. \* Comparator(s)/control.**

Where relevant, give details of the alternatives against which the intervention/exposure will be compared (e.g. another intervention or a non-exposed control group). The preferred format includes details of both inclusion and exclusion criteria.

For comparison purposes, we will analyze the organization and articulation of the Psychosocial Care Network and its integrality in regard to Primary Health Care in Brazil.

**22. \* Types of study to be included.**

Give details of the study designs (e.g. RCT) that are eligible for inclusion in the review. The preferred format includes both inclusion and exclusion criteria. If there are no restrictions on the types of study, this should be stated.

The eligibility criteria for articles' inclusion are: (1) studies on the Psychosocial Care Network in Brazil; (2) primary data collection or analysis of the existing dataset; (3) quantitative and qualitative studies; (4) publication date between 2011 and 2021; and (5) articles published in English, Spanish or Portuguese, from selected databases. A study is excluded if: (1) it is not from the Psychosocial Care Network of Primary Health Care in Brazil or does not contain primary data; (2) there are no results or discussion about the role of Primary Health Care in the Psychosocial Care Network in it; (3) it reports a review or is an opinion piece, a case study, an editorial, a policy document, gray literature or conference work; (4) it was published in 2010 or earlier; or (5) it focus on other points of the Psychosocial Care Network instead of Primary Health Care.

**23. Context.**

Give summary details of the setting or other relevant characteristics, which help define the inclusion or exclusion criteria.

This review is proposed to include descriptive, exploratory and qualitative research that addresses the Psychosocial Care Network, with a focus on Primary Health Care. We intend to examine studies that analyzed points of the Psychosocial Care Network in different regions/areas of Brazil, with an emphasis on Primary Health Care, comparing different locations/municipalities/regions across the country.

**24. \* Main outcome(s).**

Give the pre-specified main (most important) outcomes of the review, including details of how the outcome is defined and measured and when these measurement are made, if these are part of the review inclusion criteria.

**PROSPERO**  
International prospective register of systematic reviews



We believe that systematic and longitudinal support from specialists and networking are essential to the decentralization in mental health, contributing to the discussion of Brazilian panorama, pointing out evidence of the inequalities' persistence in the national context, as well as possible gaps in some configurations of ~~the primary health network~~. We expect to find relevant data on the Psychosocial Care Network related to: (1) matrix support; (2) care strategies in the territory; (3) prejudice; (4) reference and counter-reference; (5) medicalization; (6) shared care; and (7) network articulation.

**Measures of effect**

Please specify the effect measure(s) for you main outcome(s) e.g. relative risks, odds ratios, risk difference, and/or 'number needed to treat.

**25. \* Additional outcome(s).**

List the pre-specified additional outcomes of the review, with a similar level of detail to that required for main outcomes. Where there are no additional outcomes please state 'None' or 'Not applicable' as appropriate to the review

We will consider as secondary any other outcome not listed as a primary one, which may bring relevant data about the Psychosocial Care Network based on Primary Health Care in Brazil.

**Measures of effect**

Please specify the effect measure(s) for you additional outcome(s) e.g. relative risks, odds ratios, risk difference, and/or 'number needed to treat.

**26. \* Data extraction (selection and coding).**

Describe how studies will be selected for inclusion. State what data will be extracted or obtained. State how this will be done and recorded.

The screening of each record and extraction of the full text will be carried out by two reviewers independently. The search strategy will be performed by two blind researchers independently. The resulting articles will be stored and managed in the online version of EndNote (<http://www.endnote.com>; Thomson Reuters). The objective is to follow these steps: (1) read the title and; (2) delete of duplicate articles; (3) compare the two lists generated by each researcher independently; (4) discuss and get to a consensus between the two researchers; (5) completely read the other articles and evaluate bias; (6) exclude articles according to the exclusion criteria; (7) analyze results and solve discrepancies.

**27. \* Risk of bias (quality) assessment.**

State which characteristics of the studies will be assessed and/or any formal risk of bias/quality assessment tools that will be used.

We suppose that eligible studies will vary according to their methodological approaches, including qualitative and quantitative methods. There is a wide range of tools to assess the quality and bias of studies. However, evaluating such biases and qualities is challenging task and there is no consensus to conduct it. The Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE) and the Equator Network

(Enhancing the Quality and Transparency of Health Research) provide support, with guidelines and tools for studies evaluation, that rises according to level of evidence. In order to minimize the risk of bias and assess quality of evidence for each included article, we will adopt Critical Appraisal Skills Program (CASP) checklist, which includes a CASP tool for evaluating qualitative studies, as well as quantitative studies, such as TRIALS, cohorts, case-controls, diagnoses, clinical predictions, economic evaluations and reviews. For cross sectional studies, which are not covered by CASP checklists, we will adopt Joanna Briggs Institute Analytical Cross Sectional Study Checklist. This process will be carried out independently by two different authors and any differences will be discussed and solved by them. Studies will be categorized according to the quality of evidence: very low (unclear), low, moderate or high.

#### 28. \* Strategy for data synthesis.

Describe the methods you plan to use to synthesise data. This must not be generic text but should be specific to your review and describe how the proposed approach will be applied to your data. If meta-analysis is planned, describe the models to be used, methods to explore statistical heterogeneity, and software package to be used.

We intend to provide a narrative synthesis, categorizing the findings according to the results of the Psychosocial Care Network: (1) matrix support; (2) care strategies in the territory; (3) prejudice; (4) reference and counter-reference; (5) medicalization; (6) shared care; and (7) network articulation. We intend to carry out a narrative analysis of each category and, if necessary, some categories can be grouped to give a better meaning to the collected data. We do not expect to conduct meta-analyses of data due to an expected large amount of variation in methodological approaches and outcome measures. However, if we find enough studies with similar methodologies that are considered suitable for meta-analyses, we will change our plan to accommodate them. In this case, continuous and categorical variables will be summarized according to the presentation of data from each study. Dichotomous outcome data will be described as hazard ratios with their 95% confidence intervals. It will also be indicated whether these results were adjusted for confounding factors. This review will present the results reported in the original studies, which implies that we will not reanalyze or recalculate data if a study does not report appropriate results. However, as indicated above, we will calculate the data, whenever possible, using the original information from the study. In addition, the data in the figures can be used if the information is reported in the text or table. In summary, data analysis and synthesis will be performed according to the availability of data from eligible studies, and statistical expertise will be consulted as needed. STATA software (version 14) will be used for all quantitative analyses. The entire report will be presented in accordance with the guidelines of the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis Protocols (PRISMA-P Statement).

#### 29. \* Analysis of subgroups or subsets.

State any planned investigation of 'subgroups'. Be clear and specific about which type of study or

**PROSPERO**  
**International prospective register of systematic reviews**



participant will be included in each group or covariate investigated. State the planned analytic approach.

None planned.

**30. \* Type and method of review.**

Select the type of review, review method and health area from the lists below.

**Type of review**

Cost effectiveness

No

Diagnostic

No

Epidemiologic

No

Individual patient data (IPD) meta-analysis

No

Intervention

No

Living systematic review

No

Meta-analysis

No

Methodology

No

Narrative synthesis

No

Network meta-analysis

No

Pre-clinical

No

Prevention

No

Prognostic

No

Prospective meta-analysis (PMA)

No

Review of reviews

No

Service delivery

No

Synthesis of qualitative studies

No

Systematic review

Yes

Other

**PROSPERO**  
International prospective register of systematic reviews



No

**Health area of the review**

Alcohol/substance misuse/abuse

No

Blood and immune system

No

Cancer

No

Cardiovascular

No

Care of the elderly

No

Child health

No

Complementary therapies

No

COVID-19

No

Crime and justice

No

Dental

No

Digestive system

No

Ear, nose and throat

No

Education

No

Endocrine and metabolic disorders

No

Eye disorders

No

General interest

No

Genetics

No

Health inequalities/health equity

No

Infections and infestations

No

International development

No

**PROSPERO**  
International prospective register of systematic reviews

Mental health and behavioural conditions  
No

Musculoskeletal  
No

Neurological  
No

Nursing  
No

Obstetrics and gynaecology  
No

Oral health  
No

Palliative care  
No

Perioperative care  
No

Physiotherapy  
No

Pregnancy and childbirth  
No

Public health (including social determinants of health)  
Yes

Rehabilitation  
No

Respiratory disorders  
No

Service delivery  
No

Skin disorders  
No

Social care  
Yes

Surgery  
No

Tropical Medicine  
No

Urological  
No

Wounds, injuries and accidents  
No

Violence and abuse  
No

### 31. Language.

Select each language individually to add it to the list below, use the bin icon to remove any added in error.  
English

There is not an English language summary

### 32. \* Country.

Select the country in which the review is being carried out. For multi-national collaborations select all the countries involved.

Brazil

### 33. Other registration details.

Name any other organisation where the systematic review title or protocol is registered (e.g. Campbell, or The Joanna Briggs Institute) together with any unique identification number assigned by them. If extracted data will be stored and made available through a repository such as the Systematic Review Data Repository (SRDR), details and a link should be included here. If none, leave blank.

### 34. Reference and/or URL for published protocol.

If the protocol for this review is published provide details (authors, title and journal details, preferably in Vancouver format)

Add web link to the published protocol.

Or, upload your published protocol here in pdf format. Note that the upload will be publicly accessible.

**No I do not make this file publicly available until the review is complete**

Please note that the information required in the PROSPERO registration form must be completed in full even if access to a protocol is given.

### 35. Dissemination plans.

Do you intend to publish the review on completion?

No

Give brief details of plans for communicating review findings.?

The review will be conducted as part of the Postgraduate Program in Sustainable Territorial Development, Coastal Sector of the Federal University of Paraná, by the first author of this review (Zelayde Figueiredo Gomes). We intend to publish it in a peer-reviewed journal. It will also be available as the final part of the Master's thesis in Sustainable Territorial Development and we hope to disseminate preliminary results at international conferences.

### 36. Keywords.

Give words or phrases that best describe the review. Separate keywords with a semicolon or new line. Keywords help PROSPERO users find your review (keywords do not appear in the public record but are included in searches). Be as specific and precise as possible. Avoid acronyms and abbreviations unless these are in wide use.

**PROSPERO**  
**International prospective register of systematic reviews**

  
**National Institute for  
Health Research**

**37. Details of any existing review of the same topic by the same authors.**

If you are registering an update of an existing review give details of the earlier versions and include a full bibliographic reference, if available.

**38. \* Current review status.**

Update review status when the review is completed and when it is published. New registrations must be ongoing so this field is not editable for initial submission.  
Please provide anticipated publication date

**Review\_Ongoing**

**39. Any additional information.**

Provide any other information relevant to the registration of this review.

**40. Details of final report/publication(s) or preprints if available.**

Leave empty until publication details are available OR you have a link to a preprint (NOTE: this field is not editable for initial submission). List authors, title and journal details preferably in Vancouver format.

Give the link to the published review or preprint.