

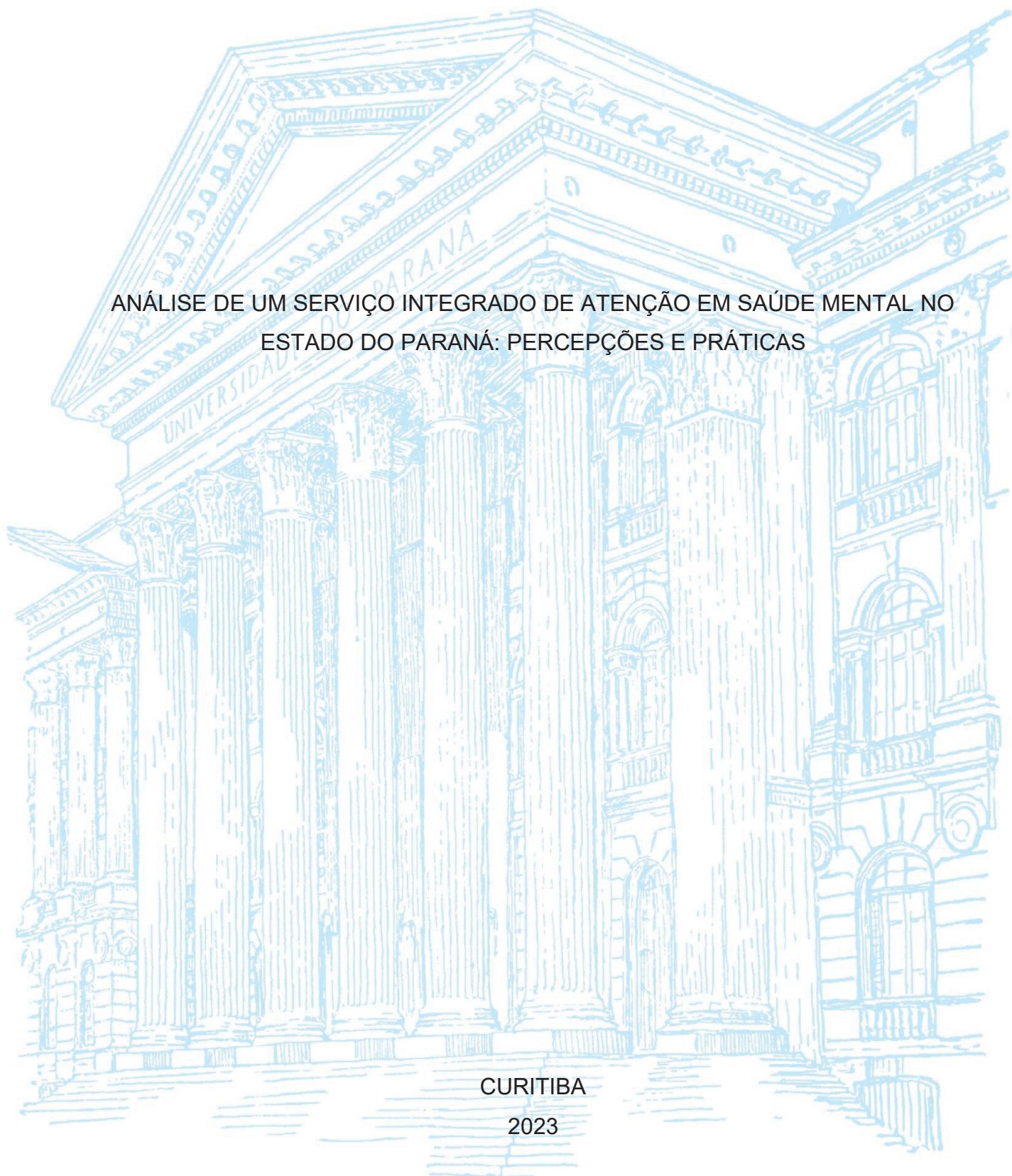
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

CLARILENE CLARO DOS SANTOS

ANÁLISE DE UM SERVIÇO INTEGRADO DE ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL NO
ESTADO DO PARANÁ: PERCEPÇÕES E PRÁTICAS

CURITIBA

2023



CLARILENE CLARO DOS SANTOS

ANÁLISE DE UM SERVIÇO INTEGRADO DE ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL NO
ESTADO DO PARANÁ: PERCEPÇÕES E PRÁTICAS

Dissertação apresentada ao curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Deivisson Vianna Dantas do Santos

Coorientador: Prof. Dr. Marcelo Kimati Dias

CURITIBA

2023

S237 Santos, Clarilene Claro dos

Análise de um serviço integrado de atenção em saúde mental no estado do Paraná: percepções e práticas [recurso eletrônico] / Clarilene Claro dos Santos. – Curitiba, 2023.

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná.

Orientadora: Prof. Dr. Deivisson Vianna Dantas do Santos
Coorientador: Prof. Dr. Marcelo Kimati Dias

1. Saúde mental. 2. Política pública. 3. Reforma dos serviços de saúde. 4. Reforma psiquiátrica. 5. Regionalização da saúde. I. Santos, Deivisson Vianna Dantas do. II. Dias, Marcelo Kimati. III. Programa Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná. IV. Título.



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO SAÚDE COLETIVA -
40001016103P7

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação SAÚDE COLETIVA da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da dissertação de Mestrado de **CLARILENE CLARO DOS SANTOS** intitulada: **Análise de um Serviço Integrado de Atenção em Saúde Mental no Estado do Paraná: percepções e práticas**, sob orientação do Prof. Dr. DEIVISSON VIANNA DANTAS DOS SANTOS, 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.

CURITIBA, 24 de Maio de 2023.

Assinatura Eletrônica

31/05/2023 11:20:12.0

DEIVISSON VIANNA DANTAS DOS SANTOS

Presidente da Banca Examinadora

Assinatura Eletrônica

31/05/2023 13:45:12.0

BRUNO FERRARI EMERICH

Avaliador Externo (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS)

Assinatura Eletrônica

28/06/2023 14:23:31.0

PEDRO GABRIEL GODINHO DELGADO

Avaliador Externo (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO)

AGRADECIMENTOS

Agradecimento especial ao professor Deivisson Vianna dos Santos, por ter me orientado e conduzido com paciência desde o início da pesquisa. Obrigada por todas as oportunidades de aprendizado e por acolher e acreditar nesta ideia que se transforma nessa dissertação.

Agradeço aos profissionais do SIMPR, pelo acolhimento e que generosamente contribuíram para realização desta pesquisa.

Agradeço ao Lucca Passow Carpinelli, acadêmico do curso de medicina e integrante do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da UFPR, por ter auxiliado com a realização das entrevistas e transcrição dos materiais utilizados neste estudo.

Agradeço ao professor Marcelo Kimati Dias, pelas inúmeras contribuições para concretização deste trabalho.

Agradeço a professora Renata Bellenzani, pelo aceite na participação da banca de qualificação e por suas contribuições.

Agradeço ao professor Bruno Ferrari Emerich pelas valiosas contribuições na banca de qualificação e defesa dessa pesquisa.

Agradeço ao professor Pedro Gabriel Godinho Delgado, pela pronta disponibilidade em participar da banca de defesa e por sua generosa contribuição ao trabalho.

Agradeço aos colegas do mestrado, que sempre demonstraram carinho, incentivo e apoio, presente ou remotamente (diga-se de passagem, na maior parte dos momentos).

Agradeço a equipe da Divisão de Atenção à Saúde Mental da Secretaria Estadual de Saúde do Paraná, por auxiliar e apoiar a construção dessa pesquisa.

Agradeço aos colegas da 5ª Regional de Saúde de Guarapuava, pelo auxílio e compreensão em vários momentos dessa trajetória.

Agradeço ao Maicon Henrique Lentsck, colega que gentilmente cedeu seu tempo para leitura deste trabalho, apresentando sugestões de melhoria para conclusão desse trabalho.

Agradeço a todos os amigos, que me acompanharam nesse processo e dividiram minhas angústias e alegrias.

Por fim, agradeço a minha família, pelo incentivo e compreensão, suportando minha ausência em vários momentos, mas com imenso amor sempre me apoiando.

RESUMO

Nos últimos anos, com a paralização da expansão de serviços substitutivos ao modelo manicomial, vivenciamos retrocessos e a criação de serviços com tipologias diferentes dos que surgiram nos anos subsequentes à lei da reforma psiquiátrica. Presenciamos por exemplo a criação de Centros de Atenção Psicossocial CAPS IV e a reedição dos ambulatórios de psiquiatria. No Estado do Paraná, o surgimento do equipamento denominado Serviço Integrado de Saúde Mental (SIM Paraná), unindo em um mesmo espaço diversos serviços (CAPS ad III e unidades de acolhimento), corrobora com a criação de serviços de tipologias diferentes. Tais serviços e arranjos, diferentes dos CAPS, possuem poucos estudos que caracterizam o seu funcionamento e analisam sua atuação territorial. Sendo assim, esta pesquisa pretende analisar um Serviço Integrado de Saúde Mental no Estado do Paraná, visando identificar a organização das equipes e os processos de gestão do serviço, além de caracterizar o perfil das ações e atividades do serviço. Trata-se de estudo conduzido em um serviço de referência para 20 municípios de uma região do Paraná. O SIMPR objeto desta pesquisa, é constituído por 1 CAPS ad III adulto, 1 CAPS ad III infante juvenil, 1 Unidade de Acolhimento adulto e 1 Unidade de Acolhimento infante juvenil. A pesquisa foi organizada pelas etapas de observação de campo e realização de entrevistas com profissionais e gestores do serviço. Os resultados foram conduzidos pela triangulação dos dados envolvendo ferramentas da avaliação qualitativa descritiva. Considerações: O estudo permitiu compreender e relacionar algumas das percepções dos trabalhadores e gestores, quanto ao cotidiano do SIM-PR, bem como identificar a complexidade que é operar a regionalização da saúde em grandes territórios. A proposta do SIMPR fortalece uma organização pautada em aspectos normativos que rememoram a instituição total, debilitando a relação com o território e favorecendo o arrocho do trabalhador. A experiência do SIMPR aponta para a necessidade de instituir processos de avaliação e monitoramento, pois o conjunto de serviços que constitui o SIMPR, apresenta um funcionamento com características mistas que por vezes se assemelha com um CAPS, outras com um ambulatório e por outras com um serviço hospitalar. Apesar de serem 4 serviços, a impressão é de que tratamos de 1 único serviço de apoio a região. A descentralização dos serviços de saúde conforme especificidades em cada território é um movimento mandatário em um SUS continental como no caso brasileiro. Entretanto, quando tal movimento não é acompanhado de uma política com propósitos e diretrizes que fiscalizem as práticas de tais serviços, as unidades tornam-se únicas e diferentes de qualquer tipologia existente no SUS.

Palavras-chave: Saúde mental. Políticas públicas. Avaliação. Regionalização. Reforma psiquiátrica.

ABSTRACT

In the last years, due to the stop of the substitute service expansion of the manicomial model, we have experienced regressions and the creation of services with different typologies from the ones that emerged in the subsequent years after the psychiatric reform law. For instance, we have seen the creation of Psychosocial Attention Centers (CAPS IV) and the re-edition of the psychiatric ambulatories. In the State of Paraná, the emerging service entitled Mental Health Integrated Service (SIM Paraná), uniting in the same space various services (CAPS ad III and shelter units), corroborates with the creation of services with different typologies. Such services and arrangements, unlike the CAPS, have few studies that characterize its performance and analyze its territorial action. Therefore, this research intends to analyze a Mental Health Integrated Service in the State of Paraná, aiming to identify the organization of the crews and the service management procedures, in addition to characterizing the profile of actions and activities of the service. This is a conducted study in a reference service for 20 cities in a certain region of Paraná. The SIMPR, object of this research, is constituted by 1 CAPS ad III adult, 1 CAPS ad III juvenile, 1 shelter unit for adults and 1 shelter unit for juveniles. The research was organized by the stages of field observation and performing interviews with professionals and service managers. The results were conducted by matching data involving descriptive qualitative evaluation tools. Considerations: the study has allowed to understand and relate some of the perceptions of the workers and managers, due to the daily routine of SIMPR, also to identify the complexity that is to operate the regionalization of health in big territories. The proposal of SIMPR strengths an organization guided in normative aspects that recalls the total institution, debilitating the relation with the territory and promoting worker crunch. The experience of SIMPR points to the necessity of instituting evaluation and monitoring procedures, since the set of services that constitutes the SIMPR shows a functioning with mixed features that either resembles a CAPS, or an ambulatory, or even a hospital service. Although being four services, the impression is that we treat only one service of support to the region. The health service decentralization according to the needs in each territory is a mandatory move in a continental SUS (Single Health System) as in the Brazilian case. However, when such movement is not followed by a policy with purposes and guidelines that supervises the practices of these services, the units become exceptional and different of any typology existing in SUS.

Keywords: Mental health. Public policies. Evaluation. Regionalisation. Psychiatric reform.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – MAPA POLÍTICO DO PARANÁ.....	38
FIGURA 2 – DISTRIBUIÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL - PARANÁ – 2019.....	40

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - POPULAÇÃO RESIDENTE NA 5ª REGIONAL DE SAÚDE.....	38
QUADRO 2 - DISTÂNCIA DOS MUNICÍPIOS ATÉ O MUNICÍPIO SEDE DA 5ª RS.....	39
QUADRO 3 - DISTRIBUIÇÃO DOS SERVIÇOS INTEGRADOS DE SAÚDE MENTAL DO PARANÁ – SIMPR.....	40
QUADRO 4 - CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES.....	49
QUADRO 5 - NÚMERO DE PROFISSIONAIS EXISTENTES NOS SERVIÇOS EM RELAÇÃO A PORTARIA MINISTERIAL QUE REDEFINE O CAPS AD III.....	62
QUADRO 6 - NÚMERO DE PROFISSIONAIS EXISTENTES NOS SERVIÇOS EM RELAÇÃO A PORTARIA MINISTERIAL QUE INSTITUI A UNIDADE DE ACOLHIMENTO.....	62

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – DISTRIBUIÇÃO DE CAPS NA REGIÃO SUL DO BRASIL – JUNHO DE 2022.....	33
TABELA 2 – DISTRIBUIÇÃO DE LEITOS NA REGIÃO SUL DO BRASIL – JULHO DE 2021	33
TABELA 3 – DISTRIBUIÇÃO DOS SERVIÇOS DA RAPS NA REGIÃO SUL DO BRASIL – JUNHO DE 2022.....	34
TABELA 4 – DEMOSNTRATIVO DOS VALORES FINACEIROS DESTINADOS AOS SERVIÇOS QUE CONSTITUEM O SIMPR.....	65

LISTA DE ABREVIATURAS OU SIGLAS

APS	- Atenção Primária à Saúde
BPA	- Boletim de Produção Ambulatorial
CAAE	- Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CAPS	- Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	- Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas
CRAS	- Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	- Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CEP	- Comitê de Ética e Pesquisa
CGMAD	- Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas
CIS	- Consórcio Intermunicipal de Saúde
CNES	- Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	- Conselho Nacional de Saúde
DAPES	- Departamento de Ações Programáticas Estratégicas
ESF	- Estratégia Saúde da Família
MS	- Ministério da Saúde
NAAB	- Núcleos de Apoio à Atenção Básica
NASF	- Núcleo de Atenção à Saúde da Família
OMS	- Organização Mundial de Saúde
OPAS	- Organização Pan-Americana da Saúde
PPGSC	- Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
PR	- Paraná
PTS	- Projeto Terapêutico Singular
RAS	- Rede de Atenção à Saúde
RAAS	- Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde
RAPS	- Rede de Atenção Psicossocial
RPB	- Reforma Psiquiátrica Brasileira
UFPR	- Universidade Federal do Paraná
RS	- Regional de Saúde
SAS	- Secretaria de Atenção à Saúde
SAPS	- Secretaria de Atenção Primária à Saúde
SES	- Secretaria Estadual de Saúde
SIA/SUS	- Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde

SCI	- Supervisão clínico-institucional
SENAD	- Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
SESA	- Secretaria Estadual de Saúde
SIMPR	- Serviço Integrado de Saúde Mental do Paraná
SRT	- Serviço de Residência Terapêutica
SUS	- Sistema Único de Saúde
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UA	- Unidade de Acolhimento

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
1.1	A REGIONALIZAÇÃO COMO ESTRATÉGIA PARA ORGANIZAÇÃO E INTEGRAÇÃO DE SERVIÇOS.....	17
1.2	MECANISMOS DE GOVERNANÇA REGIONAL	20
1.3	ARRANJOS ORGANIZATIVOS NA SAÚDE MENTAL	23
1.4	CENÁRIO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL	29
1.5	A REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE MENTAL NO ESTADO DO PARANÁ....	32
2.	OBJETIVOS	36
2.1	OBJETIVO GERAL.....	36
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	36
3.	MATERIAL E MÉTODOS.....	37
3.1	MOTIVAÇÃO E DESENHO DO ESTUDO.....	37
3.2	CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO	37
3.3	PROCESSO DE RECRUTAMENTO E COLETA DOS DADOS	40
3.3.1	Observação do campo.....	42
3.3.2	Entrevistas.....	43
3.4	TRATAMENTO E REFERENCIAL TEÓRICO DOS DADOS.....	45
3.5	ASPECTOS ÉTICOS.....	48
4.	APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	49
4.1	APRESENTANDO O SERVIÇO	49
4.2	ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE ATENÇÃO	53
4.3	RELAÇÃO COM O TERRITÓRIO	57
4.4	GESTÃO DO SERVIÇO	59
5.	DISCUSSÃO	64
5.1	CONCEPÇÃO DE SERVIÇOS TERRITORIAIS E A LIMITAÇÃO DE SERVIÇOS EM TERRITÓRIOS REGIONAIS E AMPLOS	64
5.2	A INCOMPLETUDE DOS SERVIÇOS E A INSTITUIÇÃO TOTAL COMO ELEMENTO PARA DISCUTIR A CONCENTRAÇÃO DE SERVIÇOS EM UM ÚNICO ESTABELECIMENTO	71
5.3	O QUE FUNDAMENTAM AS PRÁTICAS DE CUIDADO DENTRO DO SERVIÇO.....	78
6.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	85

REFERÊNCIAS.....	88
APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	102
APÊNDICE 2 – ROTEIRO ENTREVISTA COM PROFISSIONAL.....	106
APÊNDICE 3 – ROTEIRO ENTREVISTA COM GESTOR.....	108
ANEXO 1 – ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO EM SAÚDE MENTAL.....	110

1 INTRODUÇÃO

A descentralização e a regionalização das ações e serviços de saúde almejam produzir maior eficiência ao sistema de saúde. Dessa forma, os serviços buscam se adaptar às condições locais para garantir o acesso e a resolutividade necessária aos problemas de saúde da população (TEIXEIRA, 2007).

O processo de descentralização e regionalização das ações e serviços de saúde provoca a articulação e a integração da rede. Entretanto a criação de sistemas regionalizados de base territorial, ainda enfrenta inúmeros obstáculos para sua plena consumação (MENEUCCI, 2019). Sobre o aspecto da saúde mental, Neves e Dantas (2019) destacam que o investimento em estratégias que potencializem a integração da rede favorece a articulação da atenção em saúde mental com a atenção básica, principalmente quando combinam o cuidado no espaço do seu território, confrontando com os movimentos contrários à lógica da atenção psicossocial.

Considerando o contexto que envolve a política da regionalização e descentralização incluindo a atenção em saúde mental, esta pesquisa analisará como o arranjo de saúde denominado Serviço Integrado de Saúde Mental do Paraná (SIMPR) se organiza. Esse serviço contempla, em um mesmo espaço, um Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas III (CAPS AD III) adulto com Unidade de Acolhimento e um CAPS AD III infantojuvenil com Unidade de Acolhimento. Tal arranjo despertou o interesse em compreender como se desenvolvem os mecanismos para gestão do cuidado, como essa estratégia é capaz de equacionar os problemas que colaboram para estigmatizar e segregar uma população, além de identificar como os processos decisórios contemplam as necessidades da população dentro de um território.

Portanto, reconhecer a lógica de trabalho do SIMPR provoca discussões que envolvem o contexto real da vida das pessoas, ressaltando a importância de ações intersetoriais, bem como o reconhecimento e o aprimoramento de políticas públicas voltadas às pessoas com transtornos mentais, com associação ao uso de álcool e outras drogas e que a cada dia demandam de um cuidado em saúde organizado em rede.

Assim, diante da complexidade envolta na temática da descentralização e regionalização da saúde, em especial nos serviços de saúde mental, trilhou-se esse

percurso discorrendo, inicialmente, sobre a regionalização da saúde configurada pelos consórcios intermunicipais de saúde, destacando a relação entre os governos para organização desse processo. Em seguida apresenta-se os arranjos organizativos da saúde mental no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), contextualizando brevemente a atual ameaça à reforma psiquiátrica e conclui-se, abordando o cenário de regionalização da saúde mental no estado do Paraná.

1.1 A REGIONALIZAÇÃO COMO ESTRATÉGIA PARA ORGANIZAÇÃO E INTEGRAÇÃO DE SERVIÇOS

O processo de organização político-territorial do Sistema Único de Saúde, orientado a partir dos princípios da descentralização e regionalização instituídos pela Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, estabelece responsabilidades para os entes governamentais e promove arranjos regionalizados, que extrapolam os limites administrativos e criam uma relação de interdependência entre os governos. Esse processo é influenciado pela complexidade das distintas realidades territoriais, pela participação relevante dos entes estaduais e municipais na condução de políticas de saúde, bem como pela necessidade de incentivo financeiro por parte dos governos federal e estadual, para que possam apoiar a organização de serviços regionais (BRASIL, 1990; LIMA *et al.*, 2012a).

No contexto político e histórico do SUS, a articulação das ações num caráter de cooperação intergovernamental e a condução do processo de descentralização e regionalização no SUS ganham evidência com a publicação da Portaria nº 399, no ano de 2006. Essa portaria divulga o Pacto pela Saúde, consolidando as diretrizes para gestão do SUS dentro do Pacto de Gestão (BRASIL, 2006).

Já o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, dispõe sobre as regiões de saúde, sendo estas instituídas a partir de acordos políticos para organização dos serviços, compreendendo a conformação das Redes de Atenção à Saúde para seu funcionamento. Além disso, destaca que o planejamento da saúde no âmbito estadual deve ser organizado de maneira regionalizada para contemplar as necessidades dos municípios (BRASIL, 2011).

Recentemente, a edição da Resolução nº 37, de 22 de março de 2018, deliberou sobre o Planejamento Regional Integrado, sendo este um processo coordenado pelos estados. Todavia, sua construção ocorre de forma compartilhada

entre os entes governamentais e define as responsabilidades dos gestores. (BRASIL 2018).

Considerando o desenvolvimento das políticas que situam o processo de regionalização, Viana e Iozzi (2019) identificam que essas transformações territoriais convocam a organização dos entes federal, estadual e municipal em um arranjo de governança compartilhado, planejado com base nas necessidades e particularidades de saúde de cada região, operando em redes para que esse processo não se configure apenas como um aglomerado de serviços ou municípios e seja constituído de iniciativas pontuais.

Porém, no contexto da regionalização, Viana e Iozzi (2019) identificam escassas experiências que configuram arranjos regionais. Tal condição é reflexo da restrita interlocução de políticas setoriais e intersetoriais, resultado de uma conjuntura política, institucional e econômica que dificulta o processo de regionalização e descentralização.

Corroborando Viana e Iozzi (2019), Louvison (2019) aponta que o processo de regionalização por vezes enfrenta problemas de ordem estrutural para a ampliação de serviços descentralizados. Além disso, o processo de regionalização é prejudicado quando não fortalecido como política de estado, sem um alinhamento para ampliação da oferta direcionada dentro das redes temáticas.

Embora sejam reconhecidas inúmeras dificuldades para concretização da regionalização, a criação de sistemas regionalizados se justifica diante da necessidade de superar os impasses de um arcabouço institucional. Assim, a regionalização determina a gestão de uma rede de serviços organizada de forma diversificada e territorialmente dispersa, para que possa atuar a partir do grau de complexidade e da demanda de uma dada região (MENECCUCCI, 2019).

Compreendendo que a regionalização exige uma organização territorial dos serviços, resgata-se o conceito de regiões de saúde, ou seja, um espaço geográfico contínuo, composto por municípios circunvizinhos, definidos conforme suas identidades culturais, econômicas e sociais, as quais compartilham uma rede de comunicação, infraestrutura e transportes, com o objetivo de compor a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde, sendo instituída pelo Estado em articulação com os municípios (BRASIL, 2011b).

Para Ribeiro *et al.* (2017), a região de saúde vista a partir da governança territorial é um processo promotor e coordenador do desenvolvimento de políticas

com identidade de base territorial, envolvido por recursos ampliados de participação. No contexto das regiões de saúde, Shimizu *et al.* (2021) consideram a regionalização um processo político, que envolve a distribuição de poder dentro de um contexto de interrelações, situando as regiões de saúde como um espaço efetivo para sua operacionalização.

Seguindo a discussão em torno da regionalização, com enfoque na área temática da saúde mental, Macedo *et al.* (2017) demonstram que, na regionalização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), a persistência de vazios assistenciais, a presente desigualdade das condições socioeconômicas e a grande diversidade regional constituem-se como obstáculos que impactam as condições de acesso, a capacidade resolutiva das equipes, o cuidado continuado e a atuação no território. Além disso, o subfinanciamento, a dificuldade de colaboração entre os municípios, as múltiplas instâncias responsáveis pela coordenação, a predominante racionalidade técnica e mecanismos de regulação debilitados são aspectos que contribuem para a fragilidade de uma rede de saúde mental integrada e regionalizada.

Ainda sob a perspectiva da RAPS, para efetivação de uma rede integrada e regionalizada, Gama *et al.* (2020) apontam para a necessidade do aperfeiçoamento das relações intermunicipais, com a construção de acordos entre os entes governamentais para superação de disputas por recursos.

Considerando que a regionalização das ações e serviços de saúde consiste em um processo de articulação, integrado com a rede de atenção à saúde, o sucesso dessa estratégia é impulsionado por um planejamento territorial, construído em um espaço político de gestão compartilhado e organizado a partir de mecanismos clínicos, gerenciais e de governança (BRASIL, 2016b).

Assim, Ribeiro *et al.* (2017) destacam a necessidade de se analisar os processos político-negociais que identificam e justificam a construção de novas políticas e como os demais atores se envolvem nessa dinâmica territorial. Além disso é necessário verificar como os recursos são aplicados para o alcance dos objetivos propostos dentro de uma região, bem como seu acompanhamento e monitoramento, concluindo para a necessidade de assegurar a autonomia político-financeira para implementação de políticas públicas que respeitem as diferenças e particularidades da região.

1.2 MECANISMOS DE GOVERNANÇA REGIONAL

A regionalização da saúde se apresenta como possibilidade de transformação do SUS, quando associada à integração dos serviços, governança regional e gestão compartilhada, aliada com um planejamento e financiamento regional, tornando a região de saúde mais potente e permitindo que as redes de atenção tragam respostas as necessidades da população (SANTOS; CAMPOS 2015). É um processo que requer a pactuação de ações e serviços, instituindo novas estruturas formais com o objetivo de superar um planejamento pautado apenas nas realidades locais (BRASIL,2016b).

Desde a municipalização da saúde, a regionalização se apresenta como um desafio a ser superado. Nesse contexto, os Consórcios Públicos de Saúde surgem diante da necessidade de articulação entre os governos. A Lei Federal nº 11.107/2005, que dispõe sobre a contratação de consórcios públicos, regulamentada pelo Decreto Federal nº 6.107/2007, estabelece o consórcio público como um instrumento voluntário e de cooperação intermunicipal. Assim, diante das condições favoráveis e limitações que marcam os consórcios públicos de saúde, estes se caracterizam como estratégia para consolidação da regionalização (ANDRADE *et al.* 2022).

Foi a partir do movimento de descentralização da saúde que o interesse na cooperação intermunicipal foi despertado, especialmente nos municípios menores, diante da impossibilidade de ofertar serviços com ganhos de escala, contratação de recursos humanos especializados e aquisição de equipamento de alto custo (ROCHA, 2016). Conforme Andrade *et al.* (2022), no ano de 2015 aproximadamente 66,22% dos municípios brasileiros eram consorciados, já em 2022, em relação aos municípios paranaenses, cerca de 96,4% destes faziam parte de algum consórcio. Essa ação consorciada ocorre nas 22 Regiões de Saúde do Paraná, somando 26 Consórcios Públicos de Saúde (ROCHA, 2016).

O Estado do Paraná é considerado pioneiro na criação dos consórcios e a constituição destes é resultado de um processo influenciado pelo Estado, contando com a participação ativa dos municípios e da sociedade civil. Nesse processo, a ampliação da oferta de serviços de forma regionalizada e organizada a partir dos consórcios conta com o apoio técnico e financeiro do Estado. No que diz respeito à organização dos territórios dos consórcios, esta seguiu o padrão territorial

determinado predominantemente pela configuração territorial das regionais de saúde do Paraná (ROCHA, 2016).

Na visão de gestores estaduais de Minas Gerais, os consórcios se configuram como possibilidades de organização das ações e serviços em caráter regionalizado. Além disso, a cooperação intermunicipal é influenciada por embates e interesses políticos, exigindo um esforço por parte dos governos para que os consórcios sejam efetivos na adequação da oferta dos serviços (LEAL *et. al* 2019; ROCHA, 2016).

Diante da necessidade de ampliar os serviços aos municípios consorciados em uma dada região, Lui *et al.* (2020) apontam que os consórcios se apropriam do conceito de regionalização para captação de recursos junto ao Ministério da Saúde, buscando estabelecer convênios para aumentar a oferta de serviços médicos especializados e/ou de alto custo. Contudo, os consórcios atuam de forma independente, gerando descompassos e sobreposição de atividades por estarem desalinhados com as instâncias regionais de saúde.

Assim, o fortalecimento da regionalização pode ocorrer por meio dos consórcios, entretanto cabe ressaltar que esse processo exige uma gestão que atue sobre os principais problemas que envolvam a construção desses arranjos e sustentem o desenvolvimento de políticas ou programas a partir do espaço regional (ANDRADE *et al.* 2022; SHIMIZU *et al.* 2021).

Nesse sentido, no âmbito da gestão em saúde, o planejamento sob o enfoque de uma ação solidária deve considerar a identidade coletiva aliada à territorialização e às Regiões de Saúde, tudo isso somado a um agir coletivo e considerando as especificidades territoriais a partir das práticas, ações e instrumentos de gestão adotados (ANDRADE *et al.* 2022).

Algumas experiências nacionais de consórcios públicos na área da saúde demonstram como esse tipo de organização promove o acesso à saúde e o fortalecimento das discussões para construção de um processo mais democrático entre as regiões. Entretanto, Viana e Iozzi (2019) destacam que essas experiências ainda são pouco conhecidas.

A limitação das práticas que estimulam o processo relacional, o protagonismo e a construção de relações democráticas exige a construção de condições políticas e institucionais que propiciem um sistema de cogestão promotor da prática da gestão compartilhada (DORICCI, GUANAES-LORENZI, 2021; BRASIL, 2009).

Assim, com o propósito de favorecer uma gestão compartilhada, a organização dos processos decisórios convoca a participação dos usuários e dos trabalhadores, tornando as práticas de saúde mais democráticas (BRASIL, 2009).

Ratificando a complexidade que envolve o sistema de saúde, processos de avaliação ganham destaque frente à necessidade de reconhecer tanto o funcionamento quanto a eficácia do sistema de saúde. Sendo assim, ao estabelecer um processo avaliativo, é possível identificar se um determinado serviço está adequado para alcançar os resultados esperados e, a partir dessa análise, favorecer a tomada de decisão (CONTANDRIOPOULS *et al.* 1997).

Conforme Minayo (2011) a prática de avaliação de instituições vem ganhando destaque no mundo, porém, no Brasil ainda é um processo recente. A instituição de práticas de avaliação pode ser introduzida nos mais variados locais e de diferentes formas:

[...] ora como uma ação externa que analisa determinada intervenção ou problema, ora como etapa do planejamento e da gestão das instituições, de programas e projetos e no seu sentido mais nobre, acompanhando concomitantemente as ações voltadas a mudanças desde o seu primeiro desenho. (MINAYO, 2011, p. 1).

Os avanços nos processos de avaliação ganham importância, especialmente quando reconhecidos como uma área de conhecimento específica, pois conseguem promover o crescimento dos indivíduos, grupos institucionais e sistemas a partir da consolidação de conhecimentos e parcerias, correção de rumos, além de promover o compromisso dos diferentes atores em busca do aperfeiçoamento. Nesse processo, as atividades de autoavaliação, formulação de projetos, discussão de instrumentos e dos resultados contemplam a visão de quem atua na intervenção e as indagações de quem financia (MINAYO, 2011).

No campo da saúde mental, a avaliação da qualidade traz contribuições para a análise dos processos de trabalho em novos serviços de saúde. O exercício de avaliação permite refletir sobre a clínica realizada nesses serviços, promovendo a qualificação dos processos de trabalho, considerando a assistência e seus resultados (SCHMIDT, FIGUEIREDO, 2007). A avaliação de políticas e programas sob o prisma de uma avaliação sistêmica se caracteriza como um recurso para aprendizado organizacional, pautado por um conjunto de valores e princípios da

atuação do Estado, que consolida a legitimidade social das políticas (JANNUZZI, 2016).

Apesar das dificuldades, estratégias de avaliação são importantes. Mas, no que diz respeito à área da saúde mental, são identificadas fragilidades e a necessidade de análises que contemplem a avaliação de serviços de saúde mental no Brasil. Nesse sentido, a avaliação das práticas em saúde mental se torna relevante, uma vez que é possível tirar esses serviços da invisibilidade, permitindo reconhecer e discutir as práticas de cuidado. Contudo, esses processos de avaliação ainda são incipientes e, por vezes, não alcançam todos os profissionais (MENDES; ROCHA, 2016).

Dentro desse contexto de desenvolvimento do Sistema Único de Saúde, discute-se os avanços na área da saúde mental. Na tendência de evolução das práticas de saúde, o modelo de atenção hospitalocêntrica passa a ser substituído por um modelo de atenção orientado para um cuidado personalizado, com a atenção psicossocial implementada por uma rede assistencial de base comunitária e territorial. Essa mudança do modelo assistencial em saúde mental implica um processo de análise e reflexão frente as conquistas advindas do Movimento da Reforma Psiquiátrica. Esse movimento não é finito e traz a necessidade de discutir as novas questões que surgiram diante do avanço da reforma, destacando as práticas dos serviços e da gestão (SEVERO *et al.*, 2020; COUTO, 2007; TENÓRIO, 2007).

1.3 ARRANJOS ORGANIZATIVOS NA SAÚDE MENTAL

Considerando todo o movimento que contextualiza a trajetória da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), a Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, é um marco importante para reorientação da saúde mental, pois redireciona o modelo assistencial com recomendação para construção dos serviços de base territorial e corresponsabilidade do cuidado (PITTA, 2011). Assim, os preceitos do modelo da atenção psicossocial, sustentados por ações intersetoriais, com estratégias de cuidado voltadas para uma atenção humanizada e centrada no indivíduo, com garantia de autonomia e liberdade das pessoas, constituem as diretrizes para o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial (BRASIL, 2011a).

Diante da grande diversidade regional do país, o Ministério da Saúde adotou a estratégia das Redes de Atenção à Saúde para superar a fragmentação da atenção e da gestão. Assim a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, define a Rede de Atenção à Saúde (RAS) como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde que, integrados, buscam garantir a integralidade do cuidado e assegurar à população ações e serviços com efetividade e eficiência (BRASIL, 2010a).

Nesse arranjo, encontra-se a Rede de Atenção Psicossocial, instituída pela Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, a qual se apresenta como um conjunto de ações e serviços que, articulados, são capazes de ofertar o cuidado continuado e integral em saúde mental, levando em consideração as particularidades do território e necessidades da população (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2016a).

Trabalhar em rede requer das pessoas ou instituições envolvidas a compreensão do contexto regional em que estão inseridas, de tal forma que essa é a condição para alcance da qualidade, viabilidade e factibilidade das propostas de intervenção (SILVA, 2014). A integração dos serviços permite que a rede se articule além da simples definição das portas de entrada, pois possibilita a organização das ações e dos serviços de modo racional, permeando territórios, de tal modo que o cuidado se torna qualificado e facilitado dentro da rede (SANTOS; ANDRADE, 2011).

Entretanto, a rede não pode ser compreendida apenas como uma integração entre os serviços existentes. É fundamental que essa relação vislumbre ações e processos que otimizem seus recursos e meios e, para que isso aconteça, é necessário que essa relação interorganizacional esteja definida de maneira que cada indivíduo envolvido reconheça suas responsabilidades e identifique os objetivos dessa organização em rede (SANTOS; ANDRADE, 2011).

Considerando a lógica territorial, a rede de saúde mental é composta pelas unidades de atenção básica, consultório na rua, serviços residenciais terapêuticos, unidades de acolhimento, Núcleos de Atenção à Saúde da Família (NASF), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Centros de convivência e cultura, Programa De Volta pra Casa, entre outros, estando todas essas estratégias inseridas na comunidade (BRASIL, 2011a).

A implementação de políticas públicas de saúde mental, pautadas nas diretrizes da reforma psiquiátrica para superação do modelo asilar, projeta novas

composições entre os diferentes serviços da rede, o que implica conceber que a assistência passa por um processo de transformação das relações entre as pessoas e as instituições, valorizando a diversidade de recursos do território (NICÁCIO, CAMPOS, 2004). Desse modo, destaca-se a necessidade de ampliar as articulações e fortalecer as já existentes, buscando a concreta efetivação da linha de cuidado em saúde mental em todos os níveis de atenção, com o compartilhamento do cuidado organizado sob a lógica da atenção psicossocial (BRASIL, 2013).

A reestruturação da atenção em saúde mental provocada pela Reforma Psiquiátrica Brasileira incitou uma nova prática de cuidado, reclamando o direito da pessoa com transtornos mentais e propondo um tratamento de base comunitária em oposição ao modelo manicomial. Nesse cenário de reconstrução democrática, no ano de 1987, nasce o primeiro Centro de Atenção Psicossocial na cidade de São Paulo (OLIVEIRA, SZAPIRO, 2020). Aliado a esse movimento, o Projeto de Lei nº 3.657/1989 visava a superação de hospitais psiquiátricos e se materializa com a Lei nº 10.216/2001, que expressa transformações na prática e nas concepções que permeiam a saúde mental (PRADO *et al.*, 2020).

Assim, a Lei nº 10.216/2001, ao redirecionar o modelo assistencial em saúde mental, permitiu à Política Nacional de Saúde Mental consolidar modelos de atenção nos quais os serviços apresentam caráter aberto e comunitário e, ao mesmo tempo, lançar desafios que vão além do cuidado, em busca da efetivação da cidadania das pessoas (ASSIS *et al.*, 2014). A partir de então, documentos normativos se constituíram como base para expansão no que diz respeito à construção de cuidados extra-hospitalares, dentre os quais estão os Centros de Atenção Psicossocial (MEZZA; TORRENTÉ, 2020).

Os Centros de Atenção Psicossocial, regulamentados pela Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002, caracterizados por constituírem-se por uma equipe multiprofissional, oferecem atendimento baseado na lógica da territorialização, realizando o acompanhamento clínico e buscando a reinserção social das pessoas (adultos, crianças e adolescentes) que apresentam transtornos mentais, incluindo os transtornos relacionados às substâncias psicoativas, como álcool e outras drogas (BRASIL, 2002; BRASIL, 2004).

Os CAPS se constituem como um serviço aberto e de lógica comunitária, em que o tratamento ultrapassa a própria estrutura física e se preocupa com a singularidade do sujeito, com o acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos e

com o fortalecimento das relações familiares e comunitárias, em substituição ao tratamento de caráter hospitalocêntrico (BRASIL, 2004).

A experiência internacional na área da saúde mental, inspirada na concepção italiana, trata da desinstitucionalização discutindo o território para reinserção social das pessoas com transtorno mental (ROTELLI *et al.*, 2001 *apud* FURTADO *et al.*, 2016). Nesse contexto, as atividades do CAPS operam no caráter da desinstitucionalização, pois o cuidado ocorre próximo da comunidade e se integra com o trabalho de outras equipes de atenção à saúde, além de compreender a população que ali reside e se relaciona, permeada por seus conflitos e interesses. (BRASIL, 2004).

Considerando que as relações se constituem a principal ferramenta de trabalho em saúde mental, incorpora-se à concepção de território não apenas a dimensão subjetiva do usuário, mas também a subjetividade dos trabalhadores. Portanto, é a partir da compreensão de território que se almeja organizar uma rede de atenção às pessoas que apresentam transtornos mentais (BRASIL, 2013)

Assim, ressalta-se a importância do território na construção da rede, pois a partir dessa compreensão, tem-se a dimensão de que o eixo organizador da rede são as pessoas e sua existência. Dessa forma, o CAPS se insere na Rede de Atenção em Saúde e, de maneira articulada, conecta-se a outros setores, fazendo frente à complexidade do cuidado das pessoas que apresentam transtornos mentais (BRASIL, 2004).

Sendo assim, os Centros de Atenção Psicossocial são articuladores estratégicos da rede de assistência em saúde mental e pretendem preservar e fortalecer o vínculo social do usuário em seu território, buscando na lógica comunitária promover a reinserção social de pessoas com transtornos mentais (DELGADO *et al.* 2007).

Complementando as estratégias da RAPS, as Unidades de Acolhimento (UA) instituídas pela Portaria nº 121, de 25 de janeiro de 2012, oferecem acolhimento às pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e, em conjunto com o CAPS, oferecem ações orientadas para promoção da saúde, tratamento e redução de danos, além de configurar-se como um componente residencial transitório, que visa acolher voluntariamente as pessoas em situação de vulnerabilidade social e/ou familiar e que demandam um acompanhamento terapêutico e protetivo (BRASIL, 2012a).

No Brasil, o período entre 2011 e 2015 constituiu-se um momento de consolidação dos serviços territoriais já existentes e de criação de novos dispositivos de cuidado, estimulando a pactuação e implantação de CAPS AD III. Assim, destaca-se a Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012, que redefiniu o CAPS AD III, permitindo constituir-se como referência regional. No mesmo período, o Estado do Paraná, considerando a necessidade de estimular a implantação de serviços regionalizados para fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial, aprovou o financiamento para implantação de CAPS AD III Regionais novos e Unidades de Acolhimento Regionais. Tal proposta surgiu como prioridade diante do consumo desenfreado de álcool e outras drogas e da impossibilidade de os municípios implantarem esse serviço considerando o critério populacional (BRASIL, 2016; BRASIL, 2012b; PARANÁ, 2013b).

Apesar da expansão dos serviços de atenção em saúde mental, ainda é possível identificar importantes desigualdades regionais, tais como persistência em serviços de atenção hospitalar e reduzida oferta de tratamento da atenção básica, o que reforça a necessidade de fortalecimento da rede (AMARAL, 2021).

Na configuração do novo paradigma de práticas de atenção psicossocial substitutivas ao modelo manicomial, as transformações operam para a desconstrução de conceitos e práticas, sustentados acerca do diagnóstico da doença mental. Essa mudança do modelo de Atenção Psicossocial é conduzida por práticas que definem o modo psicossocial, recuperando o espaço de direito dos sujeitos, além de considerar o território no exercício da inovação, resumindo o contexto em que a pessoa vive. Para superação do modelo asilar, essas práticas são guiadas a partir da perspectiva do processo saúde-doença e dos meios de trabalho relacionado ao modo de produzir o cuidado, organização das relações institucionais, incluindo a relação com seus agentes e população, bem como as implicações dos efeitos de suas ações em termos terapêuticos e éticos (COSTA-ROSA, 2000; COSTA-ROSA *et al.* 2003).

Na ampliação de estratégias territoriais descentralizadas, ressalta-se o conceito da incompletude institucional. Garutti e Oliveira (2017) consideram que nenhum programa ou serviço pode atender de forma isolada a todas as necessidades e demandas sociais. Conforme Sposato (2004) a incompletude institucional solicita o envolvimento integrado das várias políticas setoriais, para que

possam assistir às necessidades da população e organizadas de modo que, não se caracterizem como instituições totais.

A historicidade da reforma psiquiátrica relacionada com o movimento da reforma sanitária impulsionou uma série de mudanças que, ao longo dos anos, provocaram uma intensa reestruturação das práticas substitutivas ao modelo asilar. Tomando como referência o Modo Psicossocial, as práticas de saúde mental reproduzem uma postura baseada na interdisciplinaridade e transdisciplinaridade e, designada pelo conceito de desinstitucionalização, alcançam metas éticas preconizadas para a Atenção Psicossocial (COSTA-ROSA *et al.*, 2003).

A maneira como alguns processos de trabalho se organizam favorece a naturalização do cotidiano produtor da indiferença e reproduz a segregação e a violência institucional. Entretanto, quando os serviços são conduzidos pelos princípios da Política de Humanização, a concepção de cuidado se insere nas práticas que promovem o protagonismo coletivo e o cuidado em liberdade. Assim, as relações que constituem o cotidiano da rede de atenção em saúde mental pressupõem a existência do protagonismo do usuário, livre das amarras institucionais (YASUI, 2015; TRAJANO, SILVA, 2015).

O cuidado em saúde mental realizado na lógica da clínica antimanicomial transforma as relações. Posto isto, os efeitos da política de humanização nas práticas de saúde mental ganham um sentido mais amplo, abolindo modelos que violam os direitos humanos, dando lugar ao reconhecimento da cidadania e da liberdade. Dessa forma, a estrutura da Rede encontra, no cuidado longitudinal, a oportunidade de um fazer clínico, sustentado pelo compromisso com a defesa da vida (TRAJANO, SILVA, 2015).

A Política Nacional de Humanização, que nos últimos oito anos deixou de se configurar como uma política do Ministério da Saúde, propôs que, para a construção de uma gestão participativa, o trabalho deve ser organizado em equipe e com espaços de discussão que permitam o planejamento e o compartilhamento das decisões. Nesse espaço, as discussões e a tomada de decisões são apreciadas e resolvidas em comum acordo entre gestores, trabalhadores da saúde e usuários (BRASIL, 2009).

No plano de atenção em saúde mental, a Política Nacional de Humanização trabalha na construção de uma clínica psicossocial conduzida pelas diretrizes da

Clínica Ampliada e da Cogestão, nos seus diferenciados contextos e condições de trabalho (SILVA, BRITO, 2015).

Campos (2002) propõe uma clínica que implica reconhecer o sujeito além da doença. Na sua concepção, existe uma condição de enfermidade sobre o sujeito, entretanto, a clínica se desloca para uma atenção centrada na pessoa e não na doença. A doença faz parte da existência do sujeito, porém o sujeito e seu contexto fazem parte de uma prática ampliada, permitindo alcançar maiores resultados e ressaltando o protagonismo das pessoas.

A cogestão acarreta afirmar os espaços de participação e protagonismo, criando condições para a alteração da maneira como os diferentes sujeitos se engajam e se corresponsabilizam pelo processo de produção de saúde (MELO *et al.*, 2015). Com base na Política de Humaniza-SUS, Campos (2010) sugere um modelo de gestão em que usuários e profissionais fazem parte da gestão em todas as etapas do cuidado. No modelo de cogestão, várias estratégias podem ser empregadas visando afastar o efeito fragmentador do trabalho.

Assim, o formato de atenção regionalizada na área da saúde mental deve preconizar um modelo que suscita práticas pautadas em uma clínica singular, a qual debate com outros saberes e, assim, estabelece questões como o vínculo, a resolutividade e a responsabilização. Esse modelo de atenção permite aumentar a autonomia do paciente, da família e da comunidade, redemocratizando o cuidado em saúde (OLIVEIRA, SZAPIRO, 2020).

1.4 CENÁRIO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL

Apesar de todas as conquistas impulsionadas pela RPB, nos últimos anos a atenção psicossocial foi alvo de forte retrocesso, de tal forma que toda a expressividade dessas construções se encontra ameaçada. A partir do ano de 2016, mudanças nas diretrizes governamentais relacionadas às políticas de saúde mental vêm retomando um modelo contrário às práticas da atenção psicossocial (MEZZA, TORRENTÉ, 2020; CRUZ *et al.*, 2020; SEVERO *et al.*, 2020).

No ano de 2017, a Portaria nº 3588, de 21 de dezembro, alterou a Portaria nº 3.088/2011, favorecendo o enfraquecimento da Política Nacional de Saúde Mental, diante da inclusão do hospital psiquiátrico na RAPS, promovendo, inclusive, o aumento do valor da diária de internação e o não fechamento do leito mesmo após

a desinstitucionalização do paciente. Além disso, a mudança nas regras para recebimento de custeio dos leitos em hospitais gerais impede a criação desses leitos em hospitais menores, favorecendo o internamento em hospitais psiquiátricos de grandes centros (CRUZ *et al.*, 2020).

Contrapondo-se às propostas do cuidado humanizado, de base territorial e comunitário, a Portaria 3.588/2017 instituiu o CAPS ad IV, cuja proposta se descaracteriza dos demais CAPS, pois, segundo Cruz *et al.* (2020), esse tipo de serviço apresenta características semelhantes a de um hospital psiquiátrico e se caracteriza como um serviço de atendimento às urgências e emergências, atingindo os princípios da atenção psicossocial ao ignorar a existência das pessoas inseridas em um contexto social, passando a vê-las apenas como usuárias de drogas.

Além disso, ocorre um favorecimento das comunidades terapêuticas por parte da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), com amplo financiamento para um serviço que oferta um tratamento pautado na reclusão prolongada (CRUZ *et al.*, 2020). Corroborando, Correia, Martins e Requião (2019) trazem considerações sociojurídicas sobre a Nota Técnica nº 11/2019, do Ministério da Saúde, e assinalam as comunidades terapêuticas como um paradoxo do cuidado em saúde mental, uma vez que, além de apresentar um funcionamento com características asilares, a existência de inúmeros relatórios de vistoria e inspeções denuncia diversas violações dos direitos humanos nessas instituições.

Contribuindo para o enfraquecimento dos serviços de base comunitária, a mudança nas regras de transferência dos recursos federais, com alteração na forma de apresentação dos procedimentos realizados pelos CAPS, tornando-a mais complexa e minuciosa, acarreta a suspensão de recursos financeiros (CRUZ *et al.*, 2020).

Somada a essas questões, a publicação da Nota Técnica nº 11/2019 da Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (CGMAD/DAPES/SAS/MS), que traz esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas, representa explicitamente o retrocesso da política nacional de saúde mental e vem sendo amplamente questionada. Essa Nota Técnica apresenta muitas lacunas, uma vez que tais mudanças não foram discutidas com profissionais de saúde mental e com a sociedade civil. Além disso, faltam referências científicas que

apontem para a efetividade dessas alterações ou que validem as premissas defendidas (CORREIA et al, 2019; CRUZ *et al.*, 2020; MIGUEL, MEDEIROS, 2022).

Dada a conjuntura política que a RPB representa, uma gestão pouco alinhada permite que discursos contrarreforma ganhem legitimidade e tornem-se orientadores de ações institucionais. Sendo assim, a construção da saúde mental necessita de constante atenção para sua continuidade, uma vez que as transformações históricas foram decorrentes de inúmeras discussões e disputas que não se encerram temporalmente (PRADO *et al.*, 2020).

A descentralização das políticas de saúde, marcada por seus avanços e recuos, transforma o movimento para constituição da RAPS e do próprio SUS. As fragilidades, dilemas e contradições de uma reforma inacabada promovem um movimento de reflexão, problematização e construção de novas modelagens para a saúde mental (CAYRES, 2020). Entretanto, a corrente conservadora, que ainda domina vários setores da sociedade, reflete seu domínio nos modos de fazer gestão na saúde, quando se depara com os recentes movimentos que resgatam lógicas de tratamento voltadas para um modelo asilar, afastando as práticas baseadas na atenção psicossocial (YASUI, 2015).

Dentre o conjunto de iniciativas tomadas nesse processo de fragilização, as quais favorecem a lógica de tratamento asilar com consequente sucateamento dos serviços de base comunitária e territorial, destaca-se a baixa cobertura de serviços de base comunitária para que a Política Nacional de Saúde Mental se consolide e cumpra as diretrizes da reforma psiquiátrica. A fim de que isso ocorra, depende-se de uma cobertura suficiente de CAPS e de equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), de uma articulação intersetorial competente, além de uma rede organizada para o suporte em situações de crise (CRUZ *et al.*, 2020).

Em várias regiões do país ainda é possível se deparar com vazios assistenciais na área de saúde mental. Com exceção dos dispositivos que compõem a atenção primária, algumas regiões não contam com outros serviços de atenção psicossocial. Tal aspecto chama a atenção quando se trata do processo de expansão, regionalização e interiorização da rede de atenção psicossocial, pois são inúmeros os obstáculos para avançar nesse meio, tais como: desigualdades socioeconômicas e territoriais, oferta de serviços, infraestrutura, recursos humanos qualificados, subfinanciamento e dependência do setor privado (MACEDO *et al.* 2017).

Assim, diante dos vários nós existentes para superação de modelos manicomial, a criação de novos serviços de saúde mental deve ser criticamente analisada, a fim de se evitar a instalação de serviços sem condições de atuação e com estratégias pouco definidas (SARACENO, 2020).

Na visão de Delgado (2019), a reforma psiquiátrica está ameaçada, porém é possível acreditar na resistência ao desmonte pois, no campo da atenção psicossocial, existe um movimento de luta, formado por profissionais, estudantes, usuários e familiares. Além disso, a força da resistência para defender a democracia e fortalecer o SUS se encontra nos serviços territoriais e deve começar pela consciência dos movimentos políticos.

1.5 A REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE MENTAL NO ESTADO DO PARANÁ

Na área da saúde, o enfrentamento de vazios assistenciais se defronta com a distribuição e a diversidade dos municípios brasileiros e depende das relações de poder e negociações produzidas entre as autoridades governamentais (LOUVISON, 2019). Nesse tocante, o Estado do Paraná estruturou, a partir de 2013, uma nova tipologia de serviço de saúde mental com o objetivo de suprir vazios assistenciais, principalmente no interior do Estado. Esse serviço, denominado Serviço Integrado de Saúde Mental (SIMPR), organiza-se de maneira regionalizada e se configura como uma importante ação, ao possibilitar acesso aos serviços especializados (PARANÁ, 2015).

Diante da complexidade envolta nas demandas de saúde mental, a Secretaria de Estado da Saúde do Paraná define a Rede de Atenção à Saúde Mental como uma das cinco redes prioritárias, iniciando um processo de planejamento e redefinição das diretrizes da Política Estadual de Saúde Mental, incluindo a criação de novos arranjos para atenção em saúde mental. (PARANÁ, 2015).

Assim, o Estado do Paraná cria o Serviço Integrado de Saúde Mental - SIMPR, organizado a partir da união do CAPS AD III e da Unidade de Acolhimento, com a proposta de promover arranjos regionais que propiciem o acesso da população a esses serviços. No ano de 2013, conforme Resolução nº 715, o Estado do Paraná institui o Incentivo Financeiro Estadual para implantação de CAPS AD III Regional e Unidade de Acolhimento Regional. Dessa forma, o SIMPR se apresenta como um

serviço que assimila tipificações antigas, capaz de captar recursos do Ministério da Saúde, sendo também constituído por incentivo financeiro estadual. (PARANÁ, 2013b; PARANÁ, 2015).

Análise realizada pela Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde, no período de junho de 2022, a respeito da distribuição dos equipamentos que compõem a RAPS em todos os estados da federação brasileira, demonstra que as regiões Nordeste e Sul apresentam a maior cobertura de CAPS/100 mil habitantes, superando inclusive a média nacional. Entretanto, na comparação entre os Estados do Sul, o Paraná apresenta a menor relação de CAPS por população (TABELA 1).

TABELA 1 – DISTRIBUIÇÃO DE CAPS NA REGIÃO SUL DO BRASIL – JUNHO DE 2022

UF	População estimada (IBGE 2021)	CAPS	Relação CAPS por 100 mil hab.
PR	11.597.484	153	1,32
RS	11.466.630	201	1,75
SC	7.338.473	108	1,47

FONTE: A autora (2023). Adaptado de Dados da Rede de Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde. Coordenação de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas – CGMAD/DAPES/SAPS/MS (2022).

No que tange à distribuição do número de leitos, os dados de 2021 demonstram que a região Sul apresenta o maior número de leitos SUS em hospitais gerais e psiquiátricos. Contudo, o Estado do Paraná apresenta a maior cobertura de leitos psiquiátricos (TABELA 2). Os dados da Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde do período de 2022 não permitem a comparação entre os leitos, pois o relatório apresenta somente o total de leitos SUS, não sendo possível diferenciar o número de leitos em hospital geral dos leitos de hospital psiquiátrico.

TABELA 2 – DISTRIBUIÇÃO DE LEITOS NA REGIÃO SUL DO BRASIL – JULHO DE 2021

UF	População estimada (IBGE 2020)	Nº de Leitos em Hospital Geral	Cobertura por 1000 hab (Leitos em Hospital Geral)	Nº de Leitos em Hospital Psiquiátrico	Cobertura por 1000 hab (Leitos em Hospital Psiquiátrico)
PR	11.516.840	121	0,01	1.667	0,14
RS	11.422.973	506	0,04	892	0,07
SC	7.252.502	79	0,01	416	0,05

FONTE: A autora (2022). Adaptado de Dados da Rede de Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde. Coordenação de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas – CGMAD/DAPES/SAPS/MS (2021).

Em relação aos demais serviços da RAPS com características descentralizadas e organizadas sob uma lógica comunitária e territorial (TABELA 3), os dados demonstram que o Estado do Paraná, quando comparado aos demais estados do Sul, apresenta cobertura intermediária na implantação de serviços de residência terapêutica (SRT) e cobertura semelhante na implantação de unidades de acolhimento. Vale destacar que, em relação ao período de 2021, não houve ampliação na implantação desses serviços em nenhum dos estados da região Sul.

TABELA 3 – DISTRIBUIÇÃO DOS SERVIÇOS DA RAPS NA REGIÃO SUL DO BRASIL – JUNHO DE 2022

UF	População estimada (IBGE 2021)	SRT	Cobertura por 100 mil hab	Unidade de Acolhimento	Cobertura por 100 mil hab
PR	11.597.484	17	0,15	6	0,05
RS	11.466.630	30	0,26	6	0,05
SC	7.338.473	4	0,05	1	0,01

FONTE: A autora (2023). Adaptado de Dados da Rede de Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde. Coordenação de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas – CGMAD/DAPES/SAPS/MS (2022).

No campo das discussões sobre regionalização e a necessidade de ampliar os serviços de saúde mental, apesar da Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012, dispor que o CAPS AD III pode constituir-se como referência regional (BRASIL, 2012b), CAPS regionais são relativamente novos, poucos no Brasil e carecem de estudos que demonstrem como se garante a continuidade do cuidado em rede e como as estratégias de cuidado se estabelecem. Nesse contexto, no Paraná, o SIMPR se apresenta como uma nova proposta de atenção em saúde mental.

Daí decorre a importância de processos avaliativos e da operacionalização de indicadores na área da saúde mental. Apesar das dificuldades, é possível contribuir para o desenvolvimento de uma cultura avaliativa com vistas à qualificação dos CAPS, bem como dos próprios instrumentos de avaliação, conforme estudo realizado a partir da proposição de construção de indicadores em um CAPS III (ONOCKO-CAMPOS *et al.*, 2017).

A adoção de práticas gerenciais que aprimorem mecanismos de controle e monitoramento na assistência e na gestão podem estimular mudanças nos processos de trabalho e gerência, desde que exista corresponsabilidade entre trabalhadores e gestores. Nesse sentido, o processo de trabalho passa a ser

analisado de maneira coletiva, considerando que a produção do cuidado em saúde deve contemplar a humanização, a satisfação dos usuários e a geração de impacto socioepidemiológico (DITTERICH *et al.*, 2012).

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar os processos de trabalho e ações realizadas de um Serviço Regionalizado de Saúde Mental no Estado do Paraná.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar como as equipes se organizam.
- Identificar os processos decisórios de gestão do serviço.
- Caracterizar o perfil das ações e atividades do serviço.

3. MATERIAL E MÉTODOS

3.1 MOTIVAÇÃO E DESENHO DO ESTUDO

A motivação para esta pesquisa nasceu do interesse em responder como um serviço regionalizado de atenção em saúde mental pode superar os vazios assistenciais em uma dada região e compreender como esses arranjos organizativos respondem às necessidades de uma região. Embora a experiência da pesquisadora não seja específica no campo da saúde mental, as discussões locais sobre os vazios assistenciais na área da saúde mental contribuíram para o interesse pela temática relacionada aos serviços regionalizados em saúde mental.

Considerando a abrangência do estudo, uma vez que se trata de um serviço regionalizado, este trabalho se centraliza na análise sob a perspectiva dos trabalhadores e gestores do serviço.

Esta pesquisa apresenta-se como um estudo qualitativo, de natureza observacional e de cunho exploratório-descritivo, com preceitos da Triangulação de Métodos e da Hermenêutica.

Na pesquisa qualitativa, a interpretação de fenômenos sociais expressa práticas e experiências que, relacionadas às linhas de pesquisa da área de Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde Coletiva, demonstram um compromisso com os ideais do sistema público (ASSIS *et al.*, 2018).

3.2 CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO

O serviço de saúde mental objeto deste estudo está organizado sob a lógica de atendimento regionalizado, para atender a uma população que abrange os 20 municípios da 5ª Regional de Saúde do Estado do Paraná (FIGURA 1), com cobertura para aproximadamente 450 mil pessoas (QUADRO 1). O serviço é denominado como Serviço Integrado de Saúde Mental do Paraná (SIMPR) e está inserido no Consórcio Intermunicipal de Saúde – CIS Centro Oeste, localizado na cidade de Guarapuava.

O Consórcio é liderado por um presidente eleito por seus pares prefeitos e um corpo diretivo. Possui um conselho composto pelos secretários de saúde, um conselho consultivo paritário, formado por representantes do consórcio, da 5ª Regional de Saúde, da diretoria executiva, dos secretários de saúde e do controle interno; um conselho fiscal, composto por sujeitos da administração pública e do

controle social dos municípios consorciados. O Consórcio oferece atendimentos no Centro de Especialidades Médicas, no Centro de Especialidades Odontológicas e no Serviço Integrado de Saúde Mental, entre outros.

FIGURA 1 – MAPA POLÍTICO DO PARANÁ



FONTE: Plano Estadual de Saúde do Paraná 2020-2023

QUADRO 1 – POPULAÇÃO RESIDENTE NA 5ª REGIONAL DE SAÚDE

Municípios	População Censitária (habitantes)	População estimada
	2010	2021
5ª RS	441.070	457.956
Boa Ventura de São Roque	6.554	6.343
Campina do Simão	4.076	3.831
Candói	14.983	16.126
Cantagalo	12.952	13.340
Foz do Jordão	5.420	4.466
Goioxim	7.503	6.997
Guarapuava	167.328	183.755
Laranjal	6.360	5.719
Laranjeiras do Sul	30.777	32.167
Marquinho	4.981	4.283
Nova Laranjeiras	11.241	11.462
Palmital	14.865	12.755
Pinhão	30.208	32.722
Pitanga	32.638	29.686
Porto Barreiro	3.663	3.133
Prudentópolis	48.792	52.776
Reserva do Iguaçu	7.307	8.127
Rio Bonito do Iguaçu	13.661	13.240
Turvo	13.811	12.977
Virmond	3.950	4.051

FONTE: DATASUS (2022)

O território em que o serviço está inserido apresenta extensa distribuição geográfica e fatores que se caracterizam como barreiras de acesso, tais como grandes distâncias e disponibilidade de transporte, entre outros. Esses fatores podem limitar o acesso aos cuidados em saúde mental, tanto na procura inicial para o tratamento, como para sua continuidade. No Quadro 2 apresenta-se as distâncias dos municípios até o município sede da 5ª Regional de Saúde, demonstrando o quanto pode ser complexo instituir um serviço regionalizado, principalmente quando configurados como serviços de base territorial.

O SIMPR inserido no Consórcio Intermunicipal de Saúde do Centro-Oeste é constituído pelo serviço de CAPS AD III adulto com Unidade de Acolhimento e CAPS AD III infantojuvenil com Unidade de Acolhimento. Desse modo, configura-se como um serviço de referência para atendimento da população adulta e infantojuvenil com problemas decorrentes do uso de álcool ou outras drogas.

QUADRO 2 – DISTÂNCIA DOS MUNICÍPIOS ATÉ O MUNICÍPIO SEDE DA 5ª RS

Municípios	Distância (km)
Boa Ventura de São Roque	77
Campina do Simão	78
Candói	93
Cantagalo	84
Foz do Jordão	98
Goioxim	81
Guarapuava	Sede
Laranjal	169
Laranjeiras do Sul	117
Marquinho	145
Nova Laranjeiras	136
Palmital	135
Pinhão	54
Pitanga	90
Porto Barreiro	135
Prudentópolis	71
Reserva do Iguaçu	126
Rio Bonito do Iguaçu	142
Turvo	45
Virmond	89

FONTE: <https://www.distanciaentreascidades.com.br> (2022)

Dentre os vários pontos de atenção em saúde mental distribuídos no Estado do Paraná (FIGURA 2), existem 7 (sete) Serviços Integrados de Saúde Mental,

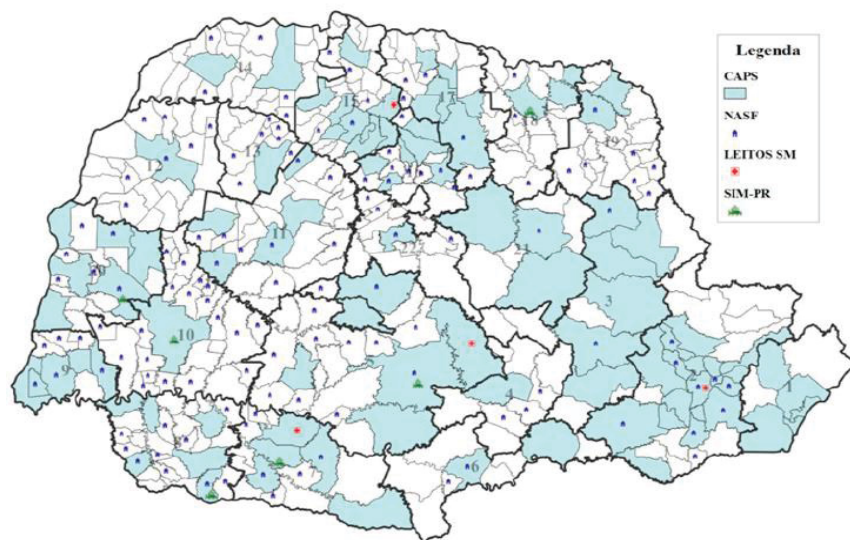
conforme apresentado no Quadro 3. Contudo, esta pesquisa analisou somente o SIMPR localizado na 5ª RS, sendo este o primeiro serviço implantado no Estado. Vale ressaltar que o campo de estudo em questão abrange 2 (dois) SIMPR, sendo um destinado ao público adulto e outro ao público infantojuvenil.

QUADRO 3 – DISTRIBUIÇÃO DOS SERVIÇOS INTEGRADOS DE SAÚDE MENTAL DO PARANÁ – SIMPR

REGIONAL DE SAÚDE (RS)	CAPS AD III ADULTO	CAPS AD III INFANTO JUVENIL	UNIDADE DE ACOLHIMENTO TRANSITÓRIA ADULTO	UNIDADE DE ACOLHIMENTO TRANSITÓRIA INFANTO JUVENIL
5ª RS	X	X	X	X
7ª RS	X		X	
8ª RS	X		X	
10ª RS	X		X	
18ª RS	X		X	
20ª RS	X		X	

FONTE: A autora (2022).

FIGURA 2 – DISTRIBUIÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL - PARANÁ – 2019



FONTE: Plano Estadual de Saúde do Paraná 2020-2023

3.3 PROCESSO DE RECRUTAMENTO E COLETA DOS DADOS

Após aprovação da pesquisa nos Comitês de Ética e Pesquisa, em abril de 2022, contactou-se o gestor do serviço para identificar as datas e horários das

reuniões de equipe. Em seguida, foi solicitada autorização para participar da reunião, com a finalidade de apresentar a proposta, objetivos e etapas da pesquisa.

O momento que precede a entrada no campo permite iniciar uma “rede de relações”, pois o impacto da entrada e da apresentação do pesquisador pode influenciar na qualidade dos dados recolhidos. Uma vez que o pesquisador também é observado, sua personalidade e comportamento são mais apreciados pela comunidade inserida no campo do que pela própria razão que motivou sua presença no campo da pesquisa (MINAYO, 2014; TAQUETTE, BORGES, 2020).

A pesquisa se organizou em 2 (duas) etapas, constituídas por um período observação do campo e realização de entrevistas. Na pesquisa qualitativa, as estratégias de entrevista e observação participante exigem uma consciência reflexiva dos investigadores e interlocutores para construção da análise que está inserida em um contexto mais amplo e mais complexo (MINAYO, 2014).

Na pesquisa qualitativa, o campo de estudo se apresenta como espaço em que as interações entre pesquisador e o campo permitem criar conhecimentos, podendo, inclusive, suscitar novas questões em um processo já efetivado (CRUZ NETO, 2002).

Uma vez no campo, assim como durante todas as etapas da pesquisa, tudo merece ser entendido como fenômeno social e historicamente condicionado: o objeto investigado, as pessoas concretas implicadas na atividade, o pesquisador e seu sistema de representações teórico-ideológicas, as técnicas de pesquisa e todo o conjunto de relações interpessoais e de comunicação simbólica. (MINAYO, 2014, p. 297).

No trabalho de campo, a observação e a entrevista se mostram como instrumentos que permitem, de forma privilegiada, coletar informações e tornam o trabalho interacional. Portanto, por meio da observação, pode-se captar tudo aquilo que não é dito e, com o uso da entrevista, obter informações a partir da interação social (MINAYO, 2009).

Dessa forma, a pesquisa teve como primeira etapa o trabalho de campo, quando se acompanhou a rotina do serviço pelo período de uma semana. Na segunda etapa, posterior ao período de observação, foram realizadas as entrevistas com profissionais e gestores, conforme os seguintes critérios de inclusão: profissionais e gestores de ambos os sexos; com tempo de serviço superior a um mês e devidamente cadastrados no Sistema de Cadastro Nacional de

Estabelecimentos de Saúde (CNES). Seriam excluídos da pesquisa os profissionais e gestores com tempo de serviço inferior a um mês e que não estivessem cadastrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Havendo maior número de profissionais e gestores com interesse em participar da entrevista, seriam excluídos aqueles com menor tempo de atuação.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), entrevistas, material transcrito e diário de campo estão armazenados em arquivos protegidos nos computadores pessoais do pesquisador e todo o material será destruído após o seu uso nas análises, transcorrido o tempo de 5 anos, conforme Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

As etapas de observação do campo e realização das entrevistas ocorreram entre maio e julho de 2022, mediante prévio agendamento, a fim de obter as informações sem prejudicar a rotina do serviço.

3.3.1 Observação do campo

A observação costuma ser utilizada como estratégia complementar ao uso das entrevistas. Na modalidade de pesquisa - Observador como Participante - a relação do pesquisador com o campo acontece em um curto espaço de tempo e suas limitações decorrem desse contato superficial (MINAYO, 2014).

A observação implica ao pesquisador apresentar abertura para o grupo, sensibilidade e interação social. Considerando que a observação participante é um processo construído pelo pesquisador e pelos atores sociais envolvidos, apresenta momentos cruciais, que devem ser encarados tanto do ponto de vista operacional quanto teoricamente (MINAYO, 2014).

A partir da observação é possível obter informações sobre o contexto em que estão inseridos os atores sociais, tornando evidente o que há de mais importante e real do dia a dia. (CRUZ NETO, 2002). Assim, a matéria-prima da observação se dá em torno da valorização da rotina de vida e do comportamento intersubjetivo dos atores envolvidos (MINAYO, 2014)

Na pesquisa qualitativa, o processo de investigação precisa ser registrado e, para auxiliar o pesquisador durante a etapa de observação, tradicionalmente utiliza-se um instrumento denominado diário de campo (CRUZ NETO, 2002; MINAYO, 2014).

O diário de campo nada mais é do que um caderninho de notas, em que o investigador, dia por dia, vai anotando o que observa e que não é objeto de nenhuma modalidade de entrevista. Nele devem ser escritas impressões pessoais que vão se modificando com o tempo, resultados de conversas informais, observações de comportamentos contraditórios, manifestações dos interlocutores quanto aos vários pontos investigados, dentre outros aspectos. (MINAYO, 2014, p. 295).

Durante a observação do campo, que ocorreu no período de 27 de maio a 08 de junho de 2022, identificou-se como a equipe se organiza, o funcionamento das atividades, estratégias de cuidado empregadas e como se dá a gestão do serviço.

Para isso, foi utilizado um caderno/diário de campo, o qual permitiu descrever e detalhar a estrutura do SIMPR, bem como registrar as falas, posturas, experiências das equipes, reflexões e comentários.

O uso do caderno de campo ocorreu de forma pontual, para não gerar nenhum tipo de constrangimento à equipe. A maior parte dos registros foi realizada em momento posterior à observação, utilizando um caderno de campo digital, em que se anotou todas as impressões, rotinas e atividades. Esses registros subsidiaram o processo interpretativo, tomando o conteúdo armazenado e categorizando-o, permitindo assim a construção de núcleos argumentais.

3.3.2 Entrevistas

Na pesquisa qualitativa a realização da entrevista permite obter informações objetivas e subjetivas, pois possibilita que o sujeito resgate sua vivência de maneira reflexiva, apresentando uma dimensão coletiva a partir da visão individual (CRUZ NETO, 2002). Na entrevista, as narrativas de diferentes atores trazem riquezas de detalhes sobre o mesmo fato, mesmo quando os envolvidos estão vivendo ou tenham vivido a mesma realidade (MINAYO, 2014).

Nessa pesquisa, as entrevistas foram conduzidas a partir de um roteiro disparador e organizadas em roteiros distintos (apêndice 2 e 3) para os profissionais e gestores do SIMPR, visando identificar os elementos dos cuidados adotados pela equipe, gestão e articulação da rede. O roteiro semiestruturado funciona como um guia e orienta o andamento da interlocução, permitindo a flexibilização das conversas para absorver novos temas e questões trazidos pelos entrevistados (MINAYO, 2014).

Em relação à essa etapa esperava-se constituir uma amostra de 10 a 15 participantes. Dessa forma, a amostra foi constituída por duas psicólogas, uma

educadora social, um educador físico, quatro enfermeiros, uma pedagoga, uma técnica de enfermagem, uma diretora e duas coordenadoras.

Os(a) pesquisadores(a) foram os(a) responsáveis pela realização das entrevistas e a participação dos profissionais foi voluntária. Todas as entrevistas foram realizadas após a apresentação da pesquisa e da assinatura voluntária do TCLE (apêndice 1).

Em relação à amostragem, após saturação das informações, não seriam recrutados mais participantes para as entrevistas. O pesquisador se preocupa com o aprofundamento, abrangência e diversidade para o processo de compreensão. Portanto, a quantidade de entrevistados não se estabelece pelo critério numérico, mas sim pela relevância dos depoimentos e saturação das informações representadas pelo discurso dos participantes (MINAYO, 2007 *apud* ASSIS *et al.*, 2018; MINAYO 2014).

A entrevista estabelece uma relação na qual as informações apresentadas pelos sujeitos podem ser profundamente afetadas pela natureza desse encontro. Dessa forma, é importante criar um ambiente reflexivo, com escuta atenta e exploração dessas informações, permitindo o enriquecimento das narrativas (MINAYO, 2014).

É importante que o investigador vá transcrevendo sucessivamente suas entrevistas e, a partir delas, ir procedendo à escolha de novos interlocutores, transferindo questionamentos de uns para outros, triangulando visões de vários informantes e buscando percorrer caminhos imperceptíveis para assegurar a qualidade das informações. (MINAYO, 2014, p.160).

As entrevistas foram gravadas e realizadas em ambiente virtual utilizando o programa de software Zoom Meeting, com um tempo médio para a aplicação de 30 a 60 minutos. Os dados foram armazenados no computador pessoal em *drive* virtual com acesso protegido por senha e posteriormente transcritas. Para garantir o sigilo e confidencialidade dos entrevistados, as identidades dos participantes foram protegidas, utilizando-se pseudônimos identificados como espécie de aves.

A princípio os riscos imediatos decorrentes da pesquisa, ainda que mínimos, se apresentavam diante da realização das entrevistas, podendo ocorrer desconforto ou insegurança nesse momento. Se o participante se sentisse constrangido ou desconfortável, poderia se recusar a responder às perguntas ou a continuar

participando da pesquisa. Para minimização da ocorrência desses riscos, o entrevistador/pesquisador conduziu o diálogo em um clima harmonioso e confortável para todos os participantes, intervindo diante de qualquer situação constrangedora.

Na data pré-definida para a entrevista, foi explicado ao participante a relevância da sua contribuição direta e indireta em relação à pesquisa. Além disso, explicou-se sobre a finalidade da instituição à qual o pesquisador está vinculado, para oferecer maior segurança ao participante.

3.4 TRATAMENTO E REFERENCIAL TEÓRICO DOS DADOS

A análise dos dados busca, nos preceitos da triangulação de métodos, compreender as relações dos diferentes atores sobre o serviço e o contexto em que se desenvolvem as intervenções. A Triangulação de Métodos é uma estratégia de diálogo entre áreas distintas do conhecimento e entre a teoria e a prática de um determinado assunto. Além disso, constitui-se de elementos que consideram a presença do avaliador externo, a abordagem quantitativa e qualitativa, a análise do contexto, suas estruturas, relações e representações e inclui os participantes não apenas como objetos, mas como sujeitos de autoavaliação (MINAYO, 2005).

As informações obtidas por meio da observação foram diariamente registradas no caderno de campo digital e organizadas em categorias temáticas. Após a leitura das anotações, realizou-se nova triagem das categorias para demonstrar como os resultados se relacionam. Assim, conforme propõe Angrosino (2009), o material extraído seguiu para uma análise teórica e descritiva, buscando-se significado nos padrões encontrados e identificando como os participantes se comportam, compreendem seu contexto e se relacionam no dia a dia.

Concluída a identificação dos padrões, destacou-se os aspectos relevantes da observação e organizou-se o material nas seguintes categorias:

A primeira categoria – Apresentando o serviço – engloba os temas que se referem às características do serviço, visão do serviço, sua vocação e estrutura.

A segunda categoria – Organização do Processo de Atenção – refere-se aos temas que abrangem as atividades relacionadas com os usuários, tais como a realização de assembleias, atividades em grupo, atendimentos, acolhimento, estratificação de risco e elaboração do projeto terapêutico singular. Além das atividades voltadas aos usuários, reuniu-se aqui as questões relacionadas com a

organização da assistência; como a realização de reuniões de equipe e discussão de caso.

A terceira categoria – Relação com o território – refere-se aos temas que abordam a realização de visitas, matriciamento, vínculo e integração com a rede.

A quarta categoria – Gestão do serviço – reúne as referências relacionadas à organização do serviço, características da rotina, organização da equipe e registros das ações ambulatoriais de saúde (RAAS).

Em relação às entrevistas, após a sua transcrição, o material foi preparado para análise, visando limitar o texto aos trechos que retratam a experiência do participante e todas as suas percepções. Nesse momento, foi utilizado o método de análise proposto por Minayo (2014), que consiste na exploração do material a partir do agrupamento dos textos em categorias semânticas. Esse processo foi conduzido em etapas, sendo que inicialmente criou-se uma tabela em Excel, agrupando os relatos semelhantes em núcleos argumentativos e, posteriormente, em categorias. Dessa forma foi organizada a trajetória da análise em quatro categorias, conforme segue:

A primeira categoria – Apresentando o Serviço – engloba os temas que se referem às características do serviço, sua vocação e estrutura.

A segunda categoria – Organização do Processo de Atenção – refere-se aos temas relacionados com o acesso, organização da assistência, práticas desenvolvidas e ambiência.

A terceira categoria – Relação com o Território – agrupa as referências que envolvem o matriciamento, relações com a rede, abordagem familiar, humanização e integralidade.

A quarta categoria – Gestão do Serviço – engloba as atividades de educação permanente, relação com a gestão e processos de avaliação.

A pesquisa qualitativa alcança seu sentido por meio da interpretação de um conjunto de expressões, significados e representações que permitem a construção da realidade com base nesses elementos, além de provocar novos significados a partir do momento presente (MINAYO, 2014).

Na pesquisa qualitativa, a hermenêutica contribui para que, a partir da interpretação das falas, os contextos de interação possam ser compreendidos e reconhecidos na realidade em que as ações e práticas ocorrem. Dessa forma, o sentido hermenêutico implica discorrer sobre as atitudes das pessoas envolvidas,

suas crenças, ideias, compartilhamentos de emoções e sensibilidades, por meio do caráter interpretativo, conhecendo e compreendendo tudo o que acontece no campo (SIDI, CONTE, 2017).

Em um movimento de diálogo, a hermenêutica pressupõe um processo de compreensão, interpretação e aplicação. Nesse movimento, não existe um resultado predeterminado, bem como não há relação entre processo e desfecho. Sendo assim, o curso se molda a partir do desconhecido (AYRES, 2008).

Para nortear a discussão, o referencial teórico disposto anteriormente conduz as interpretações dos pesquisadores, articulando-se sob a dimensão da Reforma Psiquiátrica e vislumbrando-a não como uma modificação na estrutura dos serviços de saúde ou mudança nas instituições, mas como um processo que apresenta modalidades diferentes de cuidado; diversifica ações, tecendo uma rede com o território e produz valor social, apontando para construção de novos saberes e novas práticas sociais (YASUI, 2006).

Conforme Yasui *et al.* (2018) as práticas propostas para a atenção psicossocial são construídas pelo diálogo entre os distintos núcleos de saberes e com o apoio de ferramentas teórico-conceituais, a partir da desnaturalização do modelo médico-centrado, quando direcionam o cuidado habitado no protagonismo do sujeito e tecido numa estratégia de rede. Assim, dá-se espaço para uma clínica que supera a fragmentação e o tecnicismo, apoiando o cuidado em uma clínica ampliada. Campos (2002) apresenta a clínica ampliada como clínica do sujeito, que é capaz de construir um processo de trabalho combinando especialização e interdisciplinaridade, organizado horizontalmente, no qual se encontra um progressivo desenvolvimento de saberes, operando para construção de projetos terapêuticos envolvidos em uma atenção matricial.

Posto isso, buscou-se visualizar e interpretar as narrativas considerando os conceitos da atenção psicossocial e da clínica ampliada, a saber: do serviço com o território e unidades de saúde, pelo estabelecimento de projetos terapêuticos centrados nas pessoas e não apenas no diagnóstico, nos processos decisórios democráticos com as equipes e usuários e não pautados em protocolos pré-estabelecidos, e com o cuidado tecido numa estratégia de rede.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Paraná (UFPR) sob parecer nº 5.153.429/ CAAE nº 53065921.6.0000.0102 e pelo Comitê de Ética do Hospital do Trabalhador da Secretaria Estadual de Saúde do Paraná (SES/PR) sob parecer nº 5.310.526/ CAAE nº 53065921.6.3001.5225, conforme determinações da Resolução nº 466/2012 do CNS e todos(as) os(as) participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido. Além dos principais pesquisadores, um (1) acadêmico do curso de Medicina participou por meio da realização das entrevistas e transcrição do material. Adicionalmente, a pesquisadora teve a oportunidade de conhecer e acompanhar as atividades do serviço, estabelecer aproximação com todos profissionais e gestores, possibilitando a descrição acerca do serviço, relatando toda a experiência em um diário de campo.

4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Os resultados apresentados compõem a análise das narrativas constituída por um total de 13 entrevistas realizadas com os profissionais e gestores do SIMPR (QUADRO 4), além das informações contidas no caderno de campo. A partir da análise de todo o material, o conteúdo foi classificado em 4 (quatro) categorias.

QUADRO 4 – CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Participantes	Idade	Gênero	Tempo de serviço
Gestor	47	F	6 anos
Gestor	27	F	4 anos
Gestor	27	F	1 ano e 6 meses
Educadora social	23	F	3 anos e 3 meses
Psicóloga	27	F	1 ano e 2 meses
Educador físico	41	M	4 anos
Técnica de enfermagem	27	F	5 meses
Enfermeiro	28	M	3 anos
Enfermeira	33	F	1 ano e 10 meses
Enfermeiro	32	M	2 anos e 6 meses
Pedagoga	24	F	1 ano
Psicóloga	36	F	11 meses
Enfermeira	48	F	1 ano e 7 meses

FONTE: A autora (2022).

4.1 APRESENTANDO O SERVIÇO

Entrevistas

Nesse primeiro núcleo argumental, os relatos descrevem o serviço enquanto equipamento de saúde, destacando o caráter regional e sua vocação. Apresentam o serviço como sendo um local de referência, com diversas especialidades e que se constitui como uma proposta diferente de atenção. Relatam que atendem situações de crise, que o local acolhe pessoas debilitadas, em situação de vulnerabilidade, muitas vezes sem vínculos familiares, de diversas culturas e classes sociais.

“O SIMPR é um serviço integrado de saúde mental. Ele abrange a questão do CAPS, voltado tanto para o infantojuvenil e para o adulto, onde o pessoal vai lá pra poder fazer o tratamento, pessoas em crise né, para poder estar se recuperando do uso de álcool ou outras drogas.” (Rouxinol).

“É um serviço inter-regional com várias especialidades.” (Tucano).

“O SIM Paraná é uma coisa diferente. Proposta legal nessa junção, nessa interação com CAPS, com unidade de acolhimento.” (João-de-barro).

Em relação à estrutura, descrevem como ideal para o desenvolvimento das atividades, pois acomoda todos os serviços no mesmo local, mas também relatam que não há delimitação dos serviços. Alguns mencionam que a estrutura consegue oferecer conforto e lazer, para outros os espaços são mais restritos, limitados e com reduzida área externa.

Também relataram que a estrutura poderia ser maior para acolher mais pessoas, outros mencionaram que seria melhor se o serviço funcionasse em outro local, como uma casa ou outra estrutura. Destacaram que, muitas vezes, o serviço é visto como uma unidade de internamento hospitalar, devido a sua estrutura ter pertencido a um antigo hospital. Por essa razão, alguns profissionais mencionaram sentir certo incômodo em relação à estrutura, o que em certo ponto despertava a necessidade de deixar o ambiente mais confortável e acolhedor. Relatam que a estrutura favorece o trabalho dos profissionais, já outros relatos alegam que o local remete aos usuários a lógica de tratamento hospitalar.

“O espaço físico é de um antigo hospital, o que me incomoda um pouco, porque a ideia do CAPS é fugir do hospital.” (Calopsita).

“Para os acolhidos, a gente percebe que essa questão de ter sido um hospital antigamente, remete às pessoas que é um tratamento hospitalar.” (João-de-barro).

Diário de Campo

No que diz respeito à observação, nessa primeira categoria é apresentada a configuração do serviço. Apesar do SIMPR propor atendimentos distintos (CAPS AD III e Unidade de Acolhimento), os serviços analisados se fundem em um modelo de atenção não tipificado pois, como funcionam dentro de uma única estrutura, é difícil distinguir o CAPS da unidade de acolhimento, criando assim um serviço integrado com identidade própria.

Os atendimentos dos CAPS AD III adulto e infantojuvenil, bem como das unidades de acolhimento adulto e infantil, ocorrem dentro da mesma estrutura física do Consórcio, mas os serviços adulto e infantil não se misturam, com exceção do setor de acolhimento, caracterizado como espaço de recepção para todos que procuram atendimento.

Estruturalmente trata-se de um prédio onde antigamente funcionava um hospital. Uma parte do andar superior do prédio comporta o CAPS AD III e a unidade de acolhimento infantojuvenil. O local possui área de recepção que se

encontra desativada pois, devido à pandemia de COVID-19, foi estabelecida uma única porta de entrada para os serviços de saúde mental. Além disso, o local também comporta área de administração, sala da coordenação, sala de reuniões, sala da assistência social, consultório de psicologia, sala de atividades, sala de TV, sala de jogos, refeitório, cozinha, posto de enfermagem, sala de observação (1 leito), 5 quartos (2 camas em cada quarto), almoxarifado, lavanderia e banheiro. A porta de acesso permanece trancada, pois no mesmo andar outras atividades do Consórcio são desenvolvidas.

O CAPS AD III e a unidade de acolhimento adulto funcionam no andar inferior, distribuído da seguinte forma: sala da assistência social, área de administração, sala de lançamentos (BPA/RAAS), banheiros de funcionários, sala de observação (6 leitos), posto de enfermagem, consultório de psicologia, banheiros para os usuários, consultório médico, sala do educador físico, almoxarifado, *closet* de roupas de doações, 3 quartos (com 5 camas em cada quarto, caracterizando os leitos do CAPS AD III), cantinho da leitura, sala pedagógica, sala do educador social, cozinha, refeitório, sala do chimarrão e lavanderia. A parte externa possui área da churrasqueira, pátio e fumódromo. Próximo à área de acesso à cozinha existe uma rampa que dá acesso a 1 sala de descanso e 7 quartos (com 2 camas por quarto). Essas últimas áreas caracterizam a unidade de acolhimento adulto.

Com o advento da pandemia de COVID-19, a unidade de acolhimento infantojuvenil foi transferida para junto do CAPS AD III infantojuvenil. Essa mudança ocorreu diante da necessidade de se estabelecer uma única porta de entrada, com a finalidade de criar uma barreira de acesso aos serviços do SIMPR para evitar a circulação do vírus. Com essa alteração, esse local passou a ser chamado de Unidade COVID, mas atualmente é denominado setor de acolhimento. É uma área distinta, onde não há circulação dos usuários acolhidos, mas que permite a circulação dos profissionais entre o setor de acolhimento e o SIMPR adulto e infantojuvenil. Esse espaço é composto por: recepção, 2 salas de grupos, área de triagem, banheiro, sala de observação (1 leito com banheiro), 3 consultórios, 1 quarto com 2 leitos, 1 copa (para os pacientes dia) e almoxarifado.

No setor de acolhimento, quando o usuário chega ao serviço, inicialmente é recepcionado pela enfermagem para aferição de sinais vitais e, em seguida, encaminhado para o acolhimento ou para os atendimentos agendados. A atividade acolhimento é detalhada na próxima categoria.

Em relação aos atendimentos dos usuários agendados, são realizadas consultas médica e de psicologia, caracterizando um espaço para atendimento ambulatorial. Nesse local também existe uma área denominada sala de intervenção, onde são realizadas atividades em grupo ou oficinas terapêuticas. Essas atividades acontecem em dias e horários diferentes para o público adulto e infantojuvenil.

Os grupos da sala de intervenção destinados aos adultos antecedem o atendimento com o profissional médico. Entretanto, durante o período de observação, nenhuma atividade foi realizada. Para o público infantojuvenil, a atividade é realizada nas terças-feiras e durante o período de observação foi possível acompanhar a realização do grupo com adolescentes.

Caracterizando o serviço, observou-se que a estrutura é ampla, mas privativa. Sob esse aspecto, alguns profissionais mencionam que os usuários ficam muito fechados.

Em relação à assistência, o serviço cria uma identidade única ao fundir CAPS AD III e unidade de acolhimento no mesmo espaço físico. Além disso, oferta o cuidado seguindo um modelo ambulatorial com consultas médicas no setor de acolhimento. No serviço são realizadas oficinas terapêuticas, atividades em grupos, atendimentos individuais além de se verificar o predomínio de algumas práticas tecnicistas e biomédicas, tais como rotinas para aferição de pressão arterial e realização de procedimentos como glicemia capilar. Sob esse aspecto, foi possível perceber que a fusão dos serviços confunde, pois alguns profissionais, principalmente aqueles com menos tempo de atuação, tinham a visão de que o serviço era um local de internamento.

Em relação ao acolhimento (internação), no posto de enfermagem existe um quadro de identificação dos usuários dos leitos de observação, leitos CAPS e leitos da unidade de acolhimento. Esse quadro identifica o usuário, município de residência, data do acolhimento e profissional de referência. O quadro auxilia a equipe quando há necessidade de fazer troca de leito entre os usuários e também na admissão de um novo usuário.

Em alguns momentos o posto de enfermagem funciona como uma central telefônica, em que os profissionais organizam uma escala para os usuários que desejam fazer alguma ligação. Os pertences dos usuários, que não podem ficar nos quartos (desodorante, perfume, por exemplo) ficam no posto de enfermagem, sob

responsabilidade da equipe. Nesse local é feita a entrega dos cigarros, sendo dispensados 10 cigarros por dia, para cada usuário.

4.2 ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE ATENÇÃO

Entrevistas

As entrevistas trazem detalhes de como a assistência se organiza, destacando o acolhimento e como ocorre o atendimento inicial, relatam a escuta individual do usuário e dos acompanhantes. Definem o acolhimento como um espaço, momento de atenção e de escuta, em que se procura identificar as razões que motivaram a pessoa a procurar o serviço. Também se referem ao acolhimento como condição de receber, hospedar, quando direcionam a fala para as pessoas que serão admitidas no serviço. Relatam que as pessoas chegam ao serviço na demanda espontânea ou mediante agendamento, podendo ser encaminhadas por qualquer ponto da rede.

“É um serviço portas abertas ou pode ser por encaminhamento da rede. Tanto a saúde, CRAS, CREAS e conselhos fazem encaminhamentos. Aí encaminham uma referência pro serviço contando sobre o usuário.” (Bem-te-vi).

“Quando eles chegam no serviço é feito um acolhimento. A equipe faz um atendimento inicial com as informações básicas sobre a família, uso e se existe ou não algum transtorno associado.” (Calopsita).

Nos relatos é possível identificar como o trabalho é conduzido, em especial o acolhimento, além das atividades desenvolvidas pelo serviço tais como: atendimento individual, oficinas terapêuticas e salas de intervenção. Explicam que a decisão para admissão do usuário ocorre mediante discussão da equipe e vontade do usuário. Fazem menção ao tempo de permanência do usuário e que é preciso ter rotatividade no serviço. Também destacam a elaboração do cronograma das atividades do serviço elaborado pelo coordenador. Esse cronograma é uma escala, detalhando quais profissionais exercerão as atividades de acolhimento, grupos e sala de intervenção.

“O acolhimento é feito em dois profissionais, e depois conversamos em equipe, tentando envolver o maior número de pessoas para discussão de caso. A gente tenta sempre ter um respaldo médico, e chamamos eles para conversar com a equipe também. Aí tentamos perceber os fatores de risco e

proteção, mas a questão principal é se o usuário quer ou não o acolhimento. Também existe a questão da limitação de vaga.” (Beija-flor).
“A gente tem um cronograma onde é dividido os profissionais, cada um tem a questão dos grupos, a questão dos acolhimentos, a questão das intervenções. Os atendimentos individuais a gente faz nesses horários de intervalo que a gente tem dos grupos ou das reuniões ou da questão do acolhimento.” (Rouxinol).

Em relação ao processo de cuidado, são destacadas as reuniões de equipe para discussão dos casos e que estas ocorrem semanalmente. Falam sobre os grupos de referência e explicam como organizam e conduzem o Projeto Terapêutico Singular. Nos relatos, é possível observar que os processos decisórios são realizados em equipe. Enfatizam também os cuidados realizados no próprio consórcio ou em outros pontos de atenção, tais como realização de exames, atendimento com outras especialidades médicas e atendimento odontológico. A assembleia é mencionada como momento de diálogo entre os usuários e os profissionais, apresentação das normas do serviço e distribuição de tarefas entre os usuários.

“Cada acolhido tem um profissional de referência, mas ele passa por atendimento com toda a equipe multidisciplinar.” (Bem-te-vi).
“Na sexta-feira cedo nós temos a assembleia geral, divisão de tarefas, é um momento com eles onde é colocado ali as normas do serviço e depois disso a gente tem a reunião em equipe.” (Sabiá).

Diário de campo

Durante o período da observação, foi possível participar da Assembleia com os usuários. Esta ocorre semanalmente e só inicia quando todos os usuários estão presentes. Nesse momento, os profissionais realizam a leitura do informativo de funcionamento do SIMPR e, em seguida, distribuem as tarefas entre os usuários. As tarefas se referem às atividades cotidianas para manutenção e limpeza do espaço de convívio coletivo, tais como: definição de quem é responsável por lavar a louça, limpar o corredor, manter a sala de atividades organizada, cuidar do quintal, entre outras atividades.

Durante a assembleia, observou-se que os usuários têm liberdade para expressar suas opiniões, sugerir melhorias e fazer solicitações. Todas as solicitações e sugestões apontadas durante a assembleia são levadas para a reunião de equipe, para serem discutidas entre os profissionais e a coordenação do serviço. Entretanto, durante o período da observação, não foi possível identificar o

retorno das solicitações aos usuários. Em uma das assembleias, alguns profissionais se mostraram um pouco controladores em relação às atividades dos usuários, como por exemplo: foi cogitado que o controle da televisão, que fica no espaço de convivência dos usuários, deveria ficar sob responsabilidade dos profissionais. Nesse momento, os usuários se manifestaram, dizendo que isso iria gerar uma responsabilidade desnecessária para os profissionais.

Em relação ao processo de trabalho denominado acolhimento, notou-se que representa um momento de escuta dos usuários, em que se busca identificar o tipo de dependência, tempo de uso, problemas decorrentes do uso, receptividade da pessoa para iniciar o tratamento, histórico de tratamentos anteriores, suporte familiar e levantamento de outras informações que são consideradas pertinentes. Em seguida, há uma conversa com o familiar ou responsável para mais esclarecimentos a respeito da condição do usuário.

Quando o usuário manifestava a intenção pelo acolhimento e os profissionais identificavam que isso era necessário, antecedendo o atendimento médico, os profissionais faziam um breve resumo ao profissional médico sobre a condição de saúde do usuário, indicando a necessidade do acolhimento. Em determinadas situações, os profissionais discutiam junto com o médico sobre o benefício ou não do acolhimento. Dessa forma, a decisão para o acolhimento era tomada em conjunto por todos os profissionais. Em outros casos, a discussão envolveu a coordenação do serviço, que auxiliou no processo decisório. Houve ocasiões em que o usuário não foi admitido no serviço por falta de leitos ou por outras razões, como por exemplo: baixa motivação para iniciar o tratamento ou apenas procurava um abrigo provisório. Nessas situações, a equipe discute o caso em conjunto e, em seguida, o usuário passa por consulta, tendo seu retorno programado com o médico ou com outros profissionais para avaliação e acompanhamento no SIMPR. Quando necessário, a equipe também realizava ou orientava o agendamento para retorno aos serviços do município de origem do usuário.

Ainda no período da observação, foi possível identificar como ocorre a organização da agenda no setor do acolhimento. A organização prevê espaço para os atendimentos de demanda espontânea e para o agendamento feito pelos municípios, este correspondendo a 3 (três) pacientes agendados. Em média, são atendidos 5 usuários no acolhimento, sendo esse atendimento realizado por 2

profissionais. Existe uma agenda de retorno para atendimento médico e para atendimento com os profissionais da equipe multidisciplinar (especialmente o psicólogo). A agenda do profissional psicólogo fica sob sua gestão e o agendamento com o profissional médico ocorre em um único período do dia, sendo agendadas 10 consultas de retorno. Contudo, mediante necessidade, são realizados agendamentos com o profissional médico em mais de um período.

No dia do retorno dos usuários agendados, além do atendimento com os profissionais, os usuários passam por um atendimento denominado sala de intervenção, chamada anteriormente de CAPS dia. A sala de intervenção dos adultos consiste em uma sala com algumas cadeiras dispostas em círculo, em que um profissional conduz uma atividade em grupo. Entretanto, no período de observação, essa atividade não ocorreu. Na sala de intervenção para o público infantojuvenil são realizadas atividades como pintura, desenho, entre outras.

No período da observação, identificou-se que a estratificação de risco dos usuários não era realizada. A Secretaria Estadual de Saúde do Paraná elaborou um instrumento para estratificação de risco dos usuários, recomendado para todos os serviços e com o objetivo de auxiliar as equipes na identificação das necessidades dos usuários. Entretanto, os profissionais mencionaram que o instrumento raramente é utilizado pela equipe e tampouco pela atenção primária.

Sobre as atividades em grupo, são realizadas 2 (duas) atividades em grupo por período, visando à participação de todos os usuários. Quando algum usuário não participa, em outro momento a equipe, ou profissional de referência, busca identificar a razão da não participação e estimula a integração do usuário nas atividades. Os profissionais mencionam que, nos momentos de realização dos grupos, conseguem identificar reações e comportamentos dos usuários, bem como acompanhar a evolução do tratamento. Ainda sobre os grupos, verificou-se que as atividades são definidas pelos profissionais e não há participação dos usuários no planejamento das atividades.

Em relação ao Projeto Terapêutico Singular (PTS) os profissionais explicaram que sua construção se dava a partir da admissão do usuário, sendo a equipe de referência responsável pela sua elaboração. Entretanto, em relação ao PTS, não foi possível identificar o quanto essa ferramenta de trabalho conduz a organização do cuidado do usuário. Para alguns profissionais, o PTS é visto como um instrumento de referência para o município, porém, nem sempre tais referências

são encaminhadas em tempo oportuno para a equipe de saúde do município de origem do usuário, chegando a ser relatado que o PTS era enviado ao município dias depois da alta.

As reuniões de equipe ocorrem semanalmente e nesse momento os profissionais falam sobre os usuários que estão sob sua responsabilidade e discutem sobre a evolução do tratamento, momento de alta, dificuldades encontradas, acionamentos da rede, atendimentos do dia, entre outras questões relacionadas. Além disso, levam para a reunião as solicitações dos usuários, tais como pedidos para usar os equipamentos de educação física nos finais de semana ou situações presenciadas durante a assembleia, como desavenças ou provocações entre os usuários. Diante das situações que envolvem o clima de convivência, os profissionais discutem, na reunião de equipe, o que será feito em relação aos problemas identificados.

4.3 RELAÇÃO COM O TERRITÓRIO

Entrevistas

Em relação aos processos que envolvem a integração do serviço com o território, predomina a fala sobre a realização de discussões com os profissionais dos municípios e que estas ocorrem nos próprios municípios ou de maneira virtual. Enfatizam tratar-se de um momento para falar sobre o serviço, realizam discussão de caso e, em algumas situações, realizam visitas domiciliares. Nas entrevistas houve informações referentes à grande demanda e à dificuldade de trabalhar com os outros pontos da rede, destacando a rotatividade, ausência dos profissionais, distância dos municípios, tamanho do território, preconceito, falta de empatia e capacitação dos profissionais. Já outros relatos demonstram que a relação com o território é boa, que há troca de informações e parceria. Muitos mencionam a busca ativa dos usuários realizada pelos profissionais dos municípios ou pela própria equipe do SIMPR.

*“A gente sempre vai fazer os matriciamentos e também busca ativa, pra ver como que tá aquele paciente que já transitou ali no SIMPR. Então a equipe se organiza ali com o cronograma, vão fazer visita, vão até o município.”
(Andorinha).*

“Outra dificuldade é que as equipes de saúde dos municípios mudam muito né, conforme a gestão muda, vai mudar os profissionais também.” (João-de-barro).

Nos relatos predominam as narrativas relacionadas com a abordagem familiar, incluindo-a na construção do cuidado, preparando e inserindo a família como apoio aos usuários no momento da alta. Os profissionais falaram sobre a importância de olhar para o indivíduo enquanto pessoa e não apenas como usuário de drogas, destacando que a atenção ao indivíduo deve incluir todas as suas necessidades, como parte do processo de cuidado considerando o contexto no qual ele está inserido. Nas entrevistas destacam a realização de ações de caráter intersetorial, tais como retorno aos estudos, construção de currículos e busca por emprego. Também mencionam o encaminhamento realizado para os municípios para continuidade do cuidado após a alta do usuário.

“Quando já existe um apoio, a gente faz orientações, incluindo trabalhar com a família sobre a recaída. Se não existe vínculo familiar, a gente precisa das outras políticas de cuidado.” (Beija-flor).

“Eu vejo ali uma questão mais humana, o contexto, e não só o uso da substância. O que a gente pode fazer, outras ações não relacionadas somente ao uso, ações familiares, ações educacionais, algum projeto.” (Rouxinol).

Diário de campo

Durante a observação, foi possível identificar que muitos usuários estabelecem uma relação de vínculo com o profissional e o serviço de forma positiva, por vezes reconhecendo o SIMPR como única referência nas situações de crise ou para o seu acompanhamento. Os usuários costumam ligar para a equipe ou profissional de referência e, na alta, alguns usuários manifestam intenção de permanecer com o acompanhamento somente com a equipe do SIMPR.

A equipe do serviço infantojuvenil se organiza com maior frequência para realizar visitas domiciliares, visando o acompanhamento das crianças e adolescentes, bem como das famílias. Costumam fazer busca ativa e, quando necessário, realizam atendimentos em outros pontos da rede. Os atendimentos e visitas domiciliares são realizados em sua grande maioria no município sede.

Em relação aos demais municípios, a equipe do SIMPR realiza algumas visitas domiciliares, quando se desloca para fazer atividades como capacitações e discussões de caso nesses municípios. Essas atividades normalmente são

realizadas 1 (uma) vez por ano. Durante o período de observação, os profissionais mencionaram que, devido à pandemia, as atividades nos municípios foram suspensas, mas que em breve este trabalho seria retomado.

No que diz respeito ao trabalho em rede, alguns profissionais desconhecem o território de atuação do serviço, pois nunca foram aos municípios e alguns não sabem informar com exatidão o número de municípios referenciados ao SIMPR. Também foi possível identificar a fragilidade no processo de integração entre os pontos de atenção mencionados nos momentos de diálogo com os profissionais, apontando para as dificuldades relacionadas ao desconhecimento do serviço pelos pontos da rede, tais como: desorganização dos municípios, identificação do SIMPR como único apoio para os usuários, desinteresse e rotatividade dos profissionais. Por outro lado, alguns profissionais relataram existir uma relação de corresponsabilidade, com estabelecimento de ações programadas e de caráter intersetorial com alguns pontos da rede.

Sob o enfoque das ações intersetoriais, pontualmente e mediante a necessidade do usuário, a equipe articula, junto com outros setores, ações para atender tal demanda, como por exemplo a emissão de documentos, busca por residência terapêutica, busca por familiares, entre outros.

No que diz respeito às ações no território, atualmente não existe nenhuma ação realizada pelo serviço que contemple o usuário dentro do seu contexto familiar. Devido à pandemia, as visitas dos familiares foram proibidas, porém anteriormente havia dias específicos para a família ir até o SIMPR. Nesses dias, eram realizados grupos com as famílias e usuários, sendo que atualmente as visitas continuam suspensas. Com exceção ao público infantojuvenil, estes recebem a visita dos familiares, porém estas também ocorrem de maneira pontual e, na maioria delas, nenhuma ação é realizada com os familiares.

4.4 GESTÃO DO SERVIÇO

Entrevistas

Nos relatos verifica-se a necessidade de ações direcionadas ao processo de educação permanente dos profissionais, para qualificação e organização do serviço. Mencionam que é feito um planejamento das atividades, destacando a abertura e receptividade da gestão para discussão de ideias e projetos.

“A principal dificuldade seria a capacitação da equipe, de alinhar de uma forma que funcione.” (Beija-flor).

“Se tem alguma coisa que a gente queira melhorar, a gente consegue tá fazendo projetos que são analisados. A gente tem essa abertura, esse contato.” (Rouxinol).

Sobre a relação da gestão com os profissionais, os entrevistados destacaram que o diálogo é permanente e que participam dos processos decisórios do serviço.

No que diz respeito aos processos de avaliação, relatam que são apresentados relatórios com o número total de atendimentos realizados pelo serviço, porém esses resultados não são discutidos regularmente com a equipe. Mencionaram que a ouvidoria se apresenta como um canal de avaliação, a partir do qual qualquer pessoa pode fazer sugestões, críticas e elogios. Ainda sobre os processos de avaliação, destacaram que essa prática ocorre diante da identificação de problemas ou falhas do trabalho.

“Temos uma gestão bem aberta. Nas discussões, nas reuniões, a gente tá sempre dialogando e nunca há imposição das coisas. A gestão, a coordenação são muito próxima, conhecem a realidade tanto dos acolhidos quanto dos profissionais.” (João-de-barro).

“Eu acredito que uma avaliação a gente não tem. São conversas que a gente tem a partir do que a gente faz. Mais uma questão sobre as atividades, uma conversa sobre o que talvez possa ser melhorado ou que possa manter.” (Rouxinol).

“Não temos nenhuma avaliação. As avaliações são mesmo dos municípios e dos pacientes que são atendidos ali pelo SIMPR. Então a gente tem a ouvidoria e eles são livres pra estar fazendo a ouvidoria tanto para críticas, para sugestões ou para avaliar o próprio serviço.” (Andorinha).

Diário de campo

Em relação ao processo de trabalho, observou-se que o padrão organizacional do serviço é baseado em escalas, regras institucionais e rotinas sistematizadas.

Para organização das atividades existe uma escala com a distribuição dos profissionais que ficarão no acolhimento, na sala de intervenção e nos grupos. Essa escala é organizada semanalmente pela coordenação do serviço. A partir da escala, os profissionais organizam suas atividades, os agendamentos e os atendimentos destinados aos usuários sob sua referência. Além das atividades do SIMPR,

eventualmente os profissionais realizam cuidados às gestantes que estão na “Casa da Gestante”, localizada dentro do pátio do SIMPR.

No que diz respeito às atividades em grupo, estas são definidas prioritariamente pelo profissional que irá executá-la. Outras atividades coletivas, tais como passeios ou comemorações de datas festivas, são discutidas e organizadas pela equipe.

Durante o período de observação não foram realizadas atividades programadas (presenciais ou remotas) junto às equipes dos municípios. Foi possível participar de algumas discussões com profissionais de outros pontos de atenção, entretanto foram casos pontuais. As atividades se organizam prioritariamente para o atendimento ao usuário que chega ao serviço, com pouca relação com o território.

O serviço instituiu duplas de referência para acompanhamento dos usuários. Assim, cada dupla de profissionais fica responsável por um determinado número de usuários. Identificou-se a existência de duplas que não se encontram, pois são formadas por profissionais que trabalham em turnos diferentes. Essa condição prejudica a discussão dos casos dos usuários sob responsabilidade da dupla. No entanto, é possível contar com o apoio da psicóloga ou de outros profissionais para discussão dos casos quando se julga necessário.

Sobre a organização da equipe, percebeu-se que os profissionais trabalham de forma integrada, entretanto algumas categorias priorizam a execução de atividades pautadas em rotinas sistematizadas. Notou-se que a integração da enfermagem com os demais membros da equipe é reduzida, devido à distribuição da carga horária de trabalho dessa categoria.

Em relação à carga horária de trabalho, a equipe de enfermagem trabalha sob o regime de plantão 12 horas x 36 horas. Já os demais profissionais exercem suas atividades no horário convencional de expediente, com algumas categorias trabalhando 4 horas, 6 horas ou 8 horas diárias.

Em relação à composição das equipes, foi identificado um número reduzido de profissionais. Os quadros 5 e 6 apresentam a distribuição dos profissionais nos serviços, comparando o número de profissionais recomendados na Portaria nº 130 de 26/01/2012 (CAPS AD III) e Portaria nº 121 de 25/01/2012 (Unidade de Acolhimento) com o número de profissionais cadastrados no CNES e o número de profissionais existentes.

Embora não exista recomendação para cadastro específico da Unidade de Acolhimento no CNES, ele se vincula ao CNES do CAPS AD III. Entretanto, apesar da Portaria estabelecer um número mínimo de profissionais para a Unidade de Acolhimento, identificou-se que não existe equipe específica para a Unidade de Acolhimento. Devido à configuração do SIMPR, não há distinção dos serviços, portanto a equipe é a mesma para os dois serviços.

Além disso, destaca-se que os profissionais cadastrados no CNES do CAPS AD III adulto são os mesmos cadastrados no CAPS AD III infantojuvenil. O que ocorre é uma distribuição da carga horária desses profissionais entre os dois CAPS AD III. Exceção se aplica para o profissional médico psiquiatra, pois este está cadastrado somente no CAPS AD III Adulto.

QUADRO 5 - NÚMERO DE PROFISSIONAIS EXISTENTES NOS SERVIÇOS EM RELAÇÃO À PORTARIA MINISTERIAL QUE REDEFINE O CAPS AD III

Nº mínimo de profissionais recomendado conforme Portaria nº 130 CAPS AD III (para cada CAPS)	CAPS AD III Adulto		CAPS AD III Infantojuvenil	
	Nº de profissionais* cadastrados no CNES	Nº de profissionais existentes	Nº de profissionais* cadastrados no CNES	Nº de profissionais existentes
27	31	16	30	14

FONTE: a autora (2023).

* Mesmos profissionais cadastrados

QUADRO 6 - NÚMERO DE PROFISSIONAIS EXISTENTES NOS SERVIÇOS EM RELAÇÃO À PORTARIA MINISTERIAL QUE INSTITUI A UNIDADE DE ACOLHIMENTO

Nº mínimo de profissionais recomendado conforme Portaria nº 121 Unidade de Acolhimento (para cada UA)	Nº de profissionais existentes na Unidade de Acolhimento Adulto	Nº de profissionais existentes na Unidade de Acolhimento Infantojuvenil
09	Não há profissional específico. São os mesmos profissionais do CAPS AD III	Não há profissional específico. São os mesmos profissionais do CAPS AD III

FONTE: a autora (2023)

Alguns profissionais identificam a necessidade de modificar o processo de cuidado e a organização do serviço, pois mencionam que os usuários identificam o tratamento medicamentoso como determinante para sucesso do tratamento. Nesse sentido, apontam a necessidade de trabalhar com uma abordagem que extrapole o tratamento medicamentoso e contemple as necessidades dos usuários, com ações de caráter comunitário e territorial.

Sobre as rotinas, a gestão identificou que alguns profissionais vinham se apoiando demasiadamente em atividades sustentadas por rotinas protocolares e tecnicistas, com sistematização de alguns cuidados, como por exemplo, a aferição da pressão arterial pela madrugada, antecedendo a entrega do plantão. Diante dessa situação, seria realizada uma discussão com os profissionais, pois algumas dessas atividades não traziam benefício para o usuário. Contudo vale destacar que tais rotinas foram aprovadas e apoiadas pela gestão do serviço.

Sobre o registro dos procedimentos, a equipe realiza o registro dos procedimentos da RAAS em uma folha anexa ao prontuário do usuário. Nessa folha, estão listados todos os procedimentos da RAAS e os principais procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS). Os profissionais registram a data e quantidade dos procedimentos realizados e, após a alta do acolhido, todos esses procedimentos são digitados pelo profissional do setor administrativo. O prontuário é físico, mas está em fase de migração para o prontuário eletrônico. É utilizado também um livro de intercorrências para registro das principais ocorrências do dia.

Durante o período de observação, nenhuma atividade avaliativa foi realizada. Não existe uma cultura de avaliação do serviço, no entanto alguns profissionais, em especial da gestão, sentem a necessidade de instituir processos avaliativos dentro do serviço.

5. DISCUSSÃO

5.1. CONCEPÇÃO DE SERVIÇOS TERRITORIAIS E A LIMITAÇÃO DE SERVIÇOS EM TERRITÓRIOS REGIONAIS E AMPLOS.

A partir da análise do diário de campo e das entrevistas destaca-se o reconhecimento de um serviço regionalizado, com uma organização que o configura em um modelo que não se enquadra nos serviços propostos pela Política de Atenção Psicossocial, sobretudo ao contemplar a extensa área territorial de atuação e, principalmente, pelo distanciamento das práticas e processos que contemplam o território.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira, influenciada pelo Movimento da Psiquiatria Democrática Italiana, coloca o território como cenário das novas políticas públicas de saúde mental (NUNES, JUCÁ, VALENTIMA, 2007, p. 2380 *apud* LEÃO, 2010). Nesse contexto, as transformações da atenção à saúde mental inserem o CAPS como serviços territoriais de base comunitária, constituindo-se como principal estratégia da Política de Saúde Mental para substituição dos modelos assistenciais, centrados nos hospitais psiquiátricos (LEÃO, 2010).

Os CAPS se caracterizam por serem serviços de base territorial, com possibilidade de organização em arranjos regionais. Especificamente em relação ao CAPS AD III este pode constituir-se como referência regional para uma população de 150 (cento e cinquenta) mil a 300 (trezentos) mil habitantes e pode atender a população infantojuvenil (BRASIL, 2012b).

No que diz respeito ao SIMPR, este se refere ao financiamento estadual para implantação do CAPS AD III Regional e Unidade de Acolhimento Regional (PARANÁ, 2013). Contudo para seu financiamento se efetivar, os serviços de CAPS AD III e Unidade de Acolhimento deveriam ser habilitados conforme dispõe a Portaria nº 130/2012 e a Portaria nº 121/2012 (BRASIL, 2012b, BRASIL, 2012a).

Na 5ª região de saúde a implantação dos dois SIMPR ocorreu em 2014, entretanto uma parte do seu financiamento se deu a partir de 2015, conforme publicação da Portaria Ministerial nº 1.014 de 30 de setembro de 2015, quando foram habilitados dois CAPS ADIII, uma Unidade de Acolhimento adulto e uma Unidade de acolhimento infantojuvenil (BRASIL.2015).

Entretanto, apesar do incentivo financeiro ser composto por recursos advindos do Ministério da Saúde e da Secretaria Estadual de Saúde do Paraná (TABELA 4), a união dos serviços - CAPS AD III e das Unidades de Acolhimento - no mesmo espaço físico, prejudica o funcionamento do SIMPR alinhado ao paradigma da atenção psicossocial territorial. As atividades do serviço têm reduzida atuação no território, pois os atendimentos estão voltados em sua grande maioria, para as atividades internas tais como, consultas e acompanhamento dos usuários acolhidos. Essa limitada relação com o território, pode estar relacionada a inúmeras causas, como exemplo: mesma equipe para o CAPS AD III e para a Unidade de Acolhimento, número reduzido de profissionais, grande extensão do território ou modelo de organização adotado pelo serviço.

TABELA 4 - DEMONSTRATIVO DOS VALORES FINANCEIROS DESTINADOS AOS SERVIÇOS QUE CONSTITUEM O SIMPR

Serviço	Implantação (MS) Portaria nº 1.014/2015	Implantação (SESA-PR) Resolução nº 715/2013	Custeio mensal	
			(MS) Portaria nº 1.966/2013 Portaria nº 121/2012	(SESA – PR) Resolução nº 715/2013
CAPS AD III Adulto	R\$ 1.260.000,00	R\$ 150.000,00	R\$ 105.000,00	R\$ 39.400,00
CAPS AD III Infantojuvenil	R\$ 1.260.000,00	R\$ 150.000,00	R\$ 105.000,00	R\$ 39.400,00
UA Adulto	R\$ 300.000,00	R\$ 70.000,00	R\$ 25.000,00	R\$ 12.500,00
UA Infantojuvenil	R\$ 300.000,00	R\$ 70.000,00	R\$ 30.000,00	R\$ 12.500,00

FONTE: a autora (2023)

Uma atenção de base comunitária e territorial exige dos profissionais o reconhecimento dos recursos disponíveis no território de cada usuário, para que se possa acompanhar o sujeito dentro do seu contexto social. Dessa forma, a particularidade das inúmeras ações que envolvem um serviço de base comunitária, são pautadas na compreensão de rede e território (LEÃO, 2010).

É no território que a vida acontece. Sob esse aspecto, Leal e Delgado (2007) destacam que o CAPS deve considerar o cotidiano na experiência do sujeito, para que possa acessar a vida institucional e o cuidado ofertado. Assim, quando as atividades do CAPS são articuladas dentro do território, apresentam-se como uma

ferramenta de ressignificação para os sujeitos, pois se desenrolam no espaço de onde a vida se produz.

Uma atenção de base comunitária e territorial deve considerar a realidade complexa e dinâmica do lugar em que o sujeito está inserido. No entanto, essa premissa não se aplica ao SIMPR. A união dos serviços do SIMPR não permite a caracterização do CAPS AD III e da Unidade da Acolhimento, uma vez que sua estrutura e organização propõem um modelo fechado de assistência, com restrita atuação no território.

Nesse contexto, ressalta-se o lugar que o CAPS ocupa dentro da rede de atenção psicossocial. Conforme Leal e Delgado (2007) o CAPS não é um mero estabelecimento de saúde, ele representa um modo de conduzir o cuidado. Portanto, o CAPS só será capaz de produzir uma relação e um lugar social diferente se reinventar seu modo de funcionar, de se organizar e de se articular.

Quando a atenção psicossocial toma a saúde como mera adaptação do sujeito ao meio e predetermina os objetivos a alcançar, adota uma orientação puramente normativa que se faz a partir de abordagens de fora da pessoa, desconhecendo a particularidade desses indivíduos. (LEAL, DELGADO, 2007, p.140).

Assim, apesar do SIMPR ter reinventado seu modo de operar, sua organização beira a condição de conveniência, imposta pela estrutura e pela possibilidade de funcionar com os 4 (quatro) serviços em um mesmo local, otimizando recursos humanos, organizada para ofertar uma assistência pautada predominantemente no atendimento ambulatorial e na internação, com distanciamento das ações territoriais.

No Brasil, o modelo assistencial da saúde pública se estrutura sob o conceito de território, delegando às equipes de saúde responsabilidade sanitária sobre uma determinada área. Entretanto, para que o território se torne um espaço produtor de saúde, o processo para efetivação das políticas públicas deve extrapolar seus limites e o processo em si de territorialização, tornando-se necessário compreender os aspectos intersetoriais e interinstitucionais que constituem esse espaço (SANTOS, 2009).

É evidente que a pandemia de COVID-19 afetou a organização das atividades do SIMPR. Porém, percebe-se que, mesmo em tempos oportunos, a relação do serviço com o território ainda é incipiente, transparecendo a necessidade

de um olhar em rede. Apesar da equipe identificar a dificuldade existente nos territórios, os nós existentes na rede e reconhecer sua representatividade dentro dessa rede, são discretos os movimentos que envolvem o campo da clínica, demonstrando a necessidade de fortalecer as relações em rede dentro do território.

Essa situação leva em direção às considerações de Leal e Delgado (2007) destacando o campo da clínica do CAPS, no qual a noção de rede e de território ocupam uma dimensão política, social e afetiva. No trabalho em rede, os fluxos se estabelecem e se moldam a partir da articulação e desarticulação das ações que ocorrem dentro do território. Por isso o funcionamento das instituições sob a lógica da rede implica:

[...] ligação, articulação viva entre as instituições, processo no qual ao longo do tempo se produzem encontros e se operam separações, mas principalmente se dá movimento. Isso significaria a possibilidade de rearticulação de encontros permanentes entre os vários atores em cena. (LEAL, DELGADO, 2007, p.150).

Os serviços de atenção psicossocial devem desenvolver habilidades para atuar no território, considerando estabelecer relações com os recursos disponíveis na comunidade. Quando a base do serviço não se volta para o território, tende a desenvolver as atividades no seu espaço interno. Portanto, os serviços de atenção psicossocial devem sair da sua sede e buscar na sociedade vínculos que ampliem e complementem os recursos já existentes (AMARANTE, 2011). Nesse sentido, são enfatizadas as relações da rede que se articulam dentro do território, organizadas por encontros de cooperação e construção de trajetórias.

Para ampliar o acesso aos serviços de saúde, o processo de regionalização se apresenta como possibilidade de organização das regiões, tomando as redes de atenção à saúde como norteadoras desse processo. No entanto, é necessário o desenvolvimento de políticas públicas regionais integradas, que contemplem o desenvolvimento econômico e social, bem como o fortalecimento dos espaços de governança regional, diante das diversidades e condicionantes estruturais presentes num contexto regional (LIMA *et al.*, 2012b; VIANA *et al.*, 2015).

Posto isso, apesar do SIMPR configurar-se como um processo de regionalização, orientado a partir das redes e organizado em uma ação consorciada, seu processo, mesmo estando envolto no desenvolvimento de uma política pública regional, apresenta um descompasso em relação às políticas da atenção

psicossocial, quando considerado o território como espaço do cuidado. Em que pese o olhar meramente sobre a existência descentralizada de um serviço especializado em saúde mental, considera-se que o SIMPR se configura dentro da região como um local de referência, que se conecta com os demais pontos da rede dentro da região. Porém sob um enfoque organizacional, enquanto serviço de base territorial identifica-se o distanciamento de uma clínica que considera o indivíduo dentro do seu contexto social e mergulhada na diversidade do cotidiano.

Para o ordenamento das ações e serviços de saúde, o princípio da regionalização rege o SUS sob um enfoque organizacional. Entretanto, cabe destacar que a regionalização é um fenômeno complexo, ao considerar a necessidade de promover uma participação mais efetiva dos governos estaduais, porém mantendo autonomia para execução das ações e serviços de saúde por parte dos municípios (DOURADO, ELIAS, 2011).

O processo de regionalização é conduzido pelos governos estaduais, visando garantir o acesso aos serviços de saúde, com base na configuração de sistemas funcionais e resolutivos, organizados em rede e com mecanismos e fluxos de referência e contrarreferência. (DOURADO, ELIAS, 2011).

O SIMPR foi proposto como um serviço regionalizado, tendo sua base conceitual alinhada para uma atuação no território. Tal condição evidencia o desafio que o serviço enfrenta para desenvolver suas ações em um território tão extenso e heterogêneo, com vistas a garantir o acesso e o cuidado a uma população dentro da lógica territorial. O processo de regionalização é conduzido pelo estado e leva em consideração as necessidades regionais. No entanto, criar um serviço de abrangência regional demanda um exercício de planejamento, avaliação, regulação e monitoramento. Com base nessas evidências, pode-se questionar: o SIMPR é um serviço que oferta uma assistência pautada na atenção psicossocial? Supre as necessidades regionais? Existem mecanismos que apoiam o fortalecimento da atenção básica nos municípios, para efetivação das ações de saúde mental integradas ao serviço regionalizado?

No ano de 2011, o Estado do Rio Grande do Sul criou os Núcleos de Apoio à Atenção Básica (NAAB) – saúde mental, dentro da Política Estadual da Atenção Básica, constituído de recurso para implantação e custeio (RIO GRANDE DO SUL, 2011). No ano de 2022, foi estabelecida regulamentação desses núcleos por meio

da Nota Técnica nº 001/2022, apresentando os critérios de funcionamento, responsabilidades e suas atribuições (RIO GRANDE DO SUL, 2022).

Proposta semelhante foi colocada em prática no Estado do Paraná no ano de 2015, quando a Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Paraná aprovou a implantação do Incentivo Financeiro de Custeio da Rede de Saúde Mental/Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF, conforme Resolução SESA nº 001/2015. Entretanto, no final do ano de 2019, esse incentivo foi descontinuado.

Segundo Viana *et al.* (2015), a 5ª região de saúde do Paraná apresenta médio desenvolvimento econômico e média oferta de serviços. Esse foi o resultado identificado no estudo que mensurou o desenvolvimento socioeconômico e o perfil da oferta de serviços de saúde de várias regiões. Portanto, a heterogeneidade do território da 5ª Regional de Saúde, associada às diferenças socioeconômicas dessa região, podem incidir na organização de um serviço territorial regionalizado. Na pesquisa, identificou-se, que o SIMPR apresenta inúmeros obstáculos, dentre eles, um modelo de atenção caracterizado pelo serviço ambulatorial, centrado no tratamento medicamentoso e com pouca atuação no território.

Ademais, Viana *et al.* (2015) apontam que um planejamento regional não combinado com bens sociais e um crescimento econômico incorre para um constrangimento local e regional. Assim, a institucionalização de uma rede de atenção homogênea exige um protagonismo maior do Estado para que o SIMPR alcance a efetividade esperada. Nesse contexto, a descontinuidade do incentivo financeiro estadual para custeio da saúde mental no âmbito da atenção primária vem na contramão da institucionalização de uma rede de atenção homogênea.

Desse modo, depara-se com uma política estadual que prioriza o atendimento especializado em detrimento do fortalecimento das ações no território. O incentivo financeiro do SIMPR é fundamental, contudo, há que se considerar os demais pontos da RAPS e o fortalecimento da APS como ordenadora da rede para garantir a continuidade do cuidado em saúde mental nos territórios.

Sob o enfoque de cooperação, destacam-se estratégias de indução à regionalização, fortalecidas pelas políticas de interesse regional, as quais aproximam o Colegiado de Gestão Regional dos modelos de consórcios, com a construção de mecanismos de cogestão compartilhados entre as instâncias municipais e estaduais (DOURADO, ELIAS, 2011).

Considerando que o SIMPR está organizado dentro de um consórcio, pode-se afirmar que o serviço cumpre seu objetivo enquanto simples estratégia de regionalização. Porém enquanto política de saúde mental de interesse regional, a inexistência de ações de monitoramento demonstra a fragilidade do modelo de cuidado ofertado. Por outro lado, enquanto ação consorciada, o SIMPR é visto como um serviço de referência, parecendo bastar aos interesses do colegiado gestor.

A análise do processo de regionalização nos estados aponta para os desafios da governança e para a atuação do Estado voltada aos interesses coletivos. Resumidamente, a regionalização está associada com as dinâmicas territoriais, com o desenvolvimento econômico e político, a articulação entre os entes estaduais e municipais e com o planejamento regional adotado. O processo de regionalização exige um planejamento com enfoque territorial, integração de políticas setoriais e desenvolvimento regional de médio e longo prazo (LIMA *et al.*, 2012b).

Com base na análise realizada por Lima *et al.* (2012b) constata-se que o processo regionalizado do SIMPR busca superar os vazios assistenciais e garantir o acesso à população dos municípios que, em virtude do seu contingente populacional, não se enquadram nos critérios elencados pelas Portarias Ministeriais para implantação de CAPS AD III e Unidades de Acolhimento municipais. Porém, tanto o SIMPR quanto o próprio processo de regionalização têm o território e a identificação das necessidades regionais como princípios fundantes para sua organização. Nesse contexto, o SIMPR se depara com inúmeros desafios para sua concreta efetivação.

Essa condição promove uma assistência em saúde mental reduzida ao ato terapêutico, pois a lógica organizacional e fragmentada do SIMPR revela uma incipiente relação de responsabilidade compartilhada dentro da rede, principalmente com a atenção primária, demonstrando como o cuidado não se organiza sob a lógica da atenção psicossocial, particularizando o território nesse processo.

A esse respeito, enquanto nó crítico da rede, evidencia-se a ausência da APS como estratégia de clínica descentralizada e voltada para o território. Aqui são apresentadas algumas das razões apontadas pelos profissionais para o possível distanciamento da APS nas abordagens em saúde mental, tais como: rotatividade dos profissionais, dificuldade, insegurança e despreparo da equipe, preconceito e valorização de práticas manicomiais. Somando-se a isso, é evidente a existência de

outras demandas sob responsabilidade da APS que ganham mais atenção ou exigem um tempo maior da equipe, colocando as ações de saúde mental em segundo plano, tudo isso aliado ao pouco ou inexistente investimento na área de saúde mental no âmbito da atenção primária.

O Atlas de Saúde Mental da Organização Mundial de Saúde (OMS), de 2017, informa que o gasto médio dos governos na área da saúde mental representa menos de 2% do gasto total do governo em saúde. Isso é retratado dentro de uma escala mundial, onde apesar de todo esforço despendido pelos serviços de saúde mental para ofertar uma atenção de qualidade, ainda se depara com um cenário de políticas ultrapassadas, restringindo o desenvolvimento das ações em saúde mental, em grande parte relacionada ao escasso recurso financeiro e humano nesse setor (OPAS, 2022).

Nesse contexto de investimentos irrisórios, a ausência da APS como estratégia de clínica descentralizada se materializa diante de Políticas que minimizam a complexidade do trabalho no território, além da presença de modelos de atenção pautados na lógica de exclusão.

Para Yasui *et al.* (2018) a Atenção Básica e a Atenção Psicossocial devem pressupor mudanças no processo de organização do trabalho, considerando o território como lugar potente de transformações, valorizando as diversas estratégias de cuidado, o compartilhamento de responsabilidades e o reposicionamento do sujeito.

5.2. A INCOMPLETUDE DOS SERVIÇOS E A INSTITUIÇÃO TOTAL COMO ELEMENTO PARA DISCUTIR A CONCENTRAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL EM UM ÚNICO ESTABELECIMENTO.

Ao longo da pesquisa, foi verificado que o SIMPR opera suas atividades com práticas assistenciais segmentadas e com reduzida comunicação com o contexto no qual o indivíduo estabelece suas relações sociais, revelando uma organização implementada sob uma lógica que rememora à instituição total ou institucionalização.

No que tange ao processo de trabalho do SIMPR, as escalas de trabalho, tidas como uma estratégia para organizar as atividades, apresentam uma lógica

pautada num processo decisório vertical. Além disso, a adoção de práticas e rotinas protocolares, por vezes repetitivas, segundo alguns profissionais do SIMPR, demonstra o desconhecimento do que pode surgir da singularidade da construção das atividades a partir da discussão entre os pares e sobre como, quais e onde seriam realizadas determinadas atividades, incluindo aqui os grupos e as próprias oficinas terapêuticas que são planejados sem nenhuma discussão prévia com os usuários.

Dessa forma, a organização das escalas pelo coordenador, as rotinas protocolares e a realização das atividades dos grupos definidas de maneira particularizada pelos profissionais retratam um caráter total da instituição, resultando em uma organização padronizada, porém inadequada para o desenvolvimento de uma clínica ampliada.

No serviço infantojuvenil, várias atividades são desenvolvidas no território, mas representam ser uma atividade ao ar livre e não uma atividade que considera a experiência da vivência no território. Em relação ao público adulto, as atividades ocorrem predominantemente dentro do serviço e excepcionalmente são realizadas na comunidade.

Leal e Delgado, destacam um fenômeno que pressupõe a reprodução de práticas asilares pelos serviços de CAPS, quando as pessoas que o frequentam vivenciam “um cotidiano aparentemente pobre, vazio, opaco e sem sentido, mesmo estando sob tratamento em serviços territoriais.” (LEAL, DELGADO, 2007, p.141).

As atividades do CAPS devem ter como propósito promover uma experiência que relacione o usuário com o meio (LEAL, DELGADO, 2007). Contudo, a organização e a predominante característica de um planejamento vertical do SIMPR, reproduz espaços que não operam para promover esse tipo de experiência.

A rotina do CAPS precisa ser aberta e flexível para que possa considerar o cotidiano do sujeito no cuidado, e isso implica acompanhá-lo no seu território. Sob esse aspecto, a clínica traz para o campo do cuidado noções de território e rede. Sendo assim, se a agenda e a organização do trabalho forem fechadas, as ações de reabilitação ficam prejudicadas, pois o que conduz o cuidado no CAPS é a aproximação com o cotidiano do sujeito, permitindo oferecer atividades e recursos terapêuticos variados, que privilegiarão a condução do cuidado (LEAL, DELGADO, 2007).

Em relação ao serviço como um todo, encontra-se uma organização moldada predominantemente a partir de cronogramas/escalas do serviço, com regras e protocolos que suplantam uma clínica contextual centrada na pessoa, situando o modelo de organização do SIMPR semelhante aos modelos adotados em uma instituição total.

As instituições totais identificadas por Goffman e Foucault são marcadas por uma rotina pautada em regras e normas disciplinares, demonstrando certo descompasso diante da incorporação de novas tecnologias sem que ocorram transformações estruturais nesses locais (BENELLI, 2004). Assim, apesar do serviço adotar práticas que, segundo os profissionais, reproduzem um modelo de atenção centrado na pessoa, constitui-se como uma organização que limita a criação de um espaço produtor de subjetividades entre usuários e os próprios trabalhadores.

A condição de instituição total apresentada por Goffman se estabelece conforme os aspectos que regem a estrutura da instituição. Quando uma instituição organiza seus atendimentos, impondo o convívio fechado, sustentado pelo rigor formal de um discurso que conduz os atendimentos aos objetivos do serviço, apresenta tendência ao fechamento e, assim, determina seu caráter total (KUNZE, 2009). Sob esse aspecto, ressalta-se o descompasso existente entre o plano estabelecido pelas práticas condizentes com a lógica da atenção psicossocial e as práticas implementadas no cotidiano do SIMPR, retratando o caráter disciplinar do serviço e vigilante em algumas ocasiões, pois normatiza práticas e controla os usuários, como por exemplo, na distribuição diária de um determinado número de cigarros para os usuários.

Para Goffman, a organização total provoca no indivíduo a necessidade de se ajustar às regras do serviço e às rotinas diárias que compõem um conjunto de prescrições e proibições da instituição e que, em certa medida, podem conceder privilégios ou suspensões. No que diz respeito à equipe dirigente, a organização formal impõe obediência ao indivíduo e existe um compromisso nas relações existentes com as rotinas/atividades da instituição denominadas de “cerimônias institucionais”, compreendidas como possibilidade de reinserção social (KUNZE, 2009).

A necessidade de superar um modelo de atenção psiquiátrico impulsionou a reestruturação dos serviços assistenciais em direção ao sistema de saúde mental e

de atenção psicossocial. Entretanto, movimentos por vezes simplistas se limitaram apenas à reformulação dos serviços. Partindo desse ponto, Amarante (2011) considera que o campo da saúde mental e da atenção psicossocial não pode ser pensado como um modelo ou sistema fechado, mas sim como um processo.

Além disso, na saúde mental e na atenção psicossocial faz-se necessária a existência de serviços voltados para o cuidado e acolhimento das pessoas em crise, em que os profissionais, sujeitos, familiares, dentre outros atores vivenciam, escutam e estabelecem vínculos, tecendo uma rede de relações, com o compromisso de responsabilizar-se pelas pessoas que estão em crise. Nesse sentido, as estruturas devem ser flexíveis para que não se tornem um espaço burocratizado e repetitivo (AMARANTE, 2011).

O SIMPR é visto pela rede como um serviço de referência para os momentos de crise e um local especializado para atenção às pessoas dependentes de álcool ou drogas. Nesse contexto, Leal e Delgado (2007) detalham que um serviço não define sua responsabilidade a partir da magnitude dos sintomas apresentados pelos usuários, mas sim, pela complexidade do cuidado apresentado naquele momento.

A distante relação com o território favorece a ideia de que o usuário ficará vinculado ao SIMPR, promovendo um sentido de institucionalização nesse modelo de atenção, pois ao longo da pesquisa, foi constatado que o serviço toma para si a responsabilidade da atenção pelos usuários, diante da reduzida ação de compartilhamento com os demais pontos de atenção. Essa situação se contrapõe às considerações de Lancetti (2006) *apud* Amarante (2011), em que pese o sentido mais radical da desinstitucionalização, se dá com o desenvolvimento das ações de saúde mental pelas equipes da Estratégia Saúde da Família.

Conforme Foucault (1999) *apud* Benelli (2004) uma instituição total é caracterizada pelo poder disciplinar presente nos procedimentos e técnicas implementadas. Primeiramente com a inserção do indivíduo no espaço, seguido pelo controle das atividades e uma rotina pautada no aperfeiçoamento dos processos da instituição, pretendendo um resultado desejável a partir da combinação de forças produzidas pelos indivíduos.

No SIMPR os indivíduos estão inseridos em uma rotina que visa à produção de atividades com tempo programado, caracterizadas, em parte, como uma ação disciplinar. As oficinas terapêuticas e demais atividades desenvolvidas nos grupos são consideradas por alguns profissionais como uma rotina que não permite a

ociosidade dos usuários. Nesse contexto, as considerações de Nicácio e Campos (2005) destacam que a superação do modelo asilar não é determinada pela mudança do local em que é produzida uma intervenção, mas sim, como essa produção se inscreve nesse cenário de transformação, envolvendo “as políticas públicas, os saberes, os modos de fazer saúde, as formas e os sentidos de cuidar, a projetualidade das instituições, os direitos e os processos socioculturais.” (NICÁCIO, CAMPOS, 2005, p. 41).

Os serviços de atenção psicossocial encontram na diretriz e estratégia “porta aberta” a sustentação para superação dos modelos asilares. Segundo Rotelli (1991) *apud* Nicácio e Campos (2005) porta aberta se refere “às formas de conhecer e interagir, à relação com a demanda e à validação das pessoas e de seus direitos, à construção do repertório da equipe e estilo de trabalho, e à organização do serviço”. (ROTELLI, 1991 *apud* NICÁCIO, CAMPOS, 2005, p.42).

A prática porta aberta implica estar no território acompanhando os usuários dentro do seu contexto social, extrapolando essa prática ao interior do serviço. Significa criar novas formas de interagir com o usuário dentro e fora das instituições (NICÁCIO, CAMPOS; 2005). Contudo na experiência do SIMPR, a fragilidade de poder contratual com os usuários e familiares e a restrita mobilidade do serviço dão sentido a um modelo asilar.

A característica de uma instituição total, conforme Foucault (1999) *apud* Benelli (2004), está relacionada ao poder normativo e via de regra paralisante, uma vez que estabelece diferenças, hierarquização e distribuição de lugares. Por essa razão, vários atores institucionais têm suas práticas condicionadas a um mero mecanismo de produção e reprodução de tais práticas.

Nesse sentido, Benelli (2004) aponta para a necessidade de analisar as diversas práticas institucionais, buscando identificar como essas ações repercutem sobre o sujeito, uma vez que dentro de um contexto institucional essas práticas podem significar a produção de subjetividade de forma singular, ou se concretizar apenas em produções de caráter dominante, por vezes sem sentido.

Segundo Costa-Rosa (2004), uma instituição é compreendida por sua formação material, constituída por um conjunto de saberes e práticas estruturadas por um discurso ideológico e que se relaciona com o contexto social no qual está inserida.

Nesse contexto, Costa-Rosa (2000) traça um paralelo entre dois modos básicos de práticas em saúde mental: o modo asilar e o modo psicossocial, e apresenta o paradigma dessas práticas sob os seguintes parâmetros:

[...] a definição de 'seu objeto' e dos 'meios' teórico-técnicos de intervenção (inclui as formas da divisão do trabalho interprofissional); as formas da organização dos dispositivos institucionais; as modalidades do relacionamento com os usuários e a população; e as implicações éticas dos efeitos de suas práticas em termos jurídicos, teórico técnicos e ideológicos (COSTA-ROSA, 2000, p.143).

Com base nos parâmetros apresentados por Costa-Rosa (2000), é possível traçar um paralelo em relação ao SIMPR, identificando momentos de contradição em relação às práticas asilares e de atenção psicossocial. O indivíduo é visto predominantemente a partir da sua condição nosológica, determinando intervenções pautadas em uma prática biológica e com reduzida relação com o território. Além disso, as práticas desenvolvidas são sustentadas por um fazer mecânico, quase robotizadas e sob controle dos profissionais. Apesar de tentar superar um modelo centrado no tratamento medicamentoso, os recursos utilizados não têm como cena principal a determinação dos problemas, ou se o têm, precisam avançar para ampliar e diversificar suas ações, evitando sua identificação como uma instituição que recebe pessoas consideradas problemáticas, onde são tratadas e retornam sem que haja um diálogo de interlocução com o território, considerando a necessidade de integralidade do projeto terapêutico.

Campos (2008) aponta dificuldades na pesquisa em saúde mental, quando são buscadas evidências sobre os vários modos e arranjos de intervenção existentes. Daí decorre a necessidade de inserir processos de avaliação para acompanhar os caminhos desse arranjo proposto com o SIMPR e consolidá-lo enquanto política pública de saúde mental.

Em relação aos processos avaliativos verificou-se que são pontuais e relacionados a problemas ou situações específicas. Apesar da equipe informar que recebem relatórios de produção, não há uma rotina de discussão com os profissionais para avaliação desses resultados. Porém, transpondo a análise dos procedimentos que devem ser registrados nos sistemas oficiais do Ministério da Saúde, destaca-se a ausência de discussões em torno da produção terapêutica, contextualizada no território.

Para Campos (2008) avaliar a potência e a fragilidade dos procedimentos terapêuticos e como esses efeitos são produzidos representam condutas imperativas e estratégicas nos serviços de saúde mental. Assim, a avaliação de resultados em torno dos critérios de “eficácia, dano, produção de autonomia e eficiência, representam um quarteto valioso para validar ou não políticas, modelos e procedimentos.” (CAMPOS, 2008, p.101).

O serviço se organiza a partir da visão que favorece a clínica-institucional e não privilegia os movimentos sociais nos territórios. Há uma dificuldade em ofertar uma assistência pautada na atenção psicossocial, a qual pode ser consequência do número reduzido de profissionais ou da organização moldada dentro de um antigo modelo assistencial.

No que diz respeito à união do CAPS AD III e Unidade de Acolhimento no mesmo espaço físico, uma única equipe é responsável pelos 2 (dois) serviços. Além disso, quando analisado o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES constata-se que todos os profissionais (com exceção do médico psiquiatra) possuem carga horária distribuída entre os 2 (dois) CAPS ADIII. Contudo existe uma organização interna pois, apesar de estarem cadastrados nos dois serviços, os profissionais ficam responsáveis por apenas um deles.

Friamente as informações do CNES atendem parcialmente às recomendações das Portarias Ministeriais, entretanto o cenário apresentado não potencializa as atividades dos profissionais no território, tornando fácil explicar a frágil comunicação e relação com o território, pois o serviço cria uma espécie de “serviço único” em relação à atuação dos profissionais, menosprezando a complexidade de um território regional. Somando a isso, depara-se com a facilidade de circulação entre os serviços (pois o que os divide é somente um andar), retratando um serviço pautado para a organização interna, com características da institucionalização.

A união do CAPS AD III e da Unidade de Acolhimento dificulta compreender o SIMPR. Para os profissionais e gestores, essa união não é clara, pois discursos caracterizam o serviço como setor de internamento ou como um grande CAPS. Na prática, essa união cria um serviço único, que se assemelha a um ambulatório provido de unidade de internação.

O que foi identificado no SIMPR não difere dos achados mencionados por Pinho *et al.* (2018), quando, ao realizar revisão integrativa sobre os processos de

trabalho dos profissionais do CAPS, apontaram para uma redução da qualidade da atenção decorrente de deficiente quantidade e qualidade dos recursos físicos, humanos e materiais, fragilidade da rede em saúde mental, além de discordâncias no atendimento aos usuários e seus familiares.

Considerando a dimensão territorial, o número reduzido de profissionais não favorece a atuação territorial, nem as relações de trabalho. Sobre esse aspecto não foram aprofundados os questionamentos a fim de que pudessem responder por que a equipe é reduzida. Desse modo não foi possível saber se essa condição esbarra na dificuldade para contratação dos trabalhadores, se o recurso financeiro é insuficiente, ou se trata de oportunismo diante da unificação dos serviços.

5.3. O QUE FUNDAMENTAM AS PRÁTICAS DE CUIDADO DENTRO DO SERVIÇO?

Ao longo da pesquisa verificou-se que as práticas de cuidado realizadas pelo SIMPR estão sustentadas por um discurso de cuidado holístico, apoiadas em práticas de matriciamento e realização do projeto terapêutico singular. Entretanto, as práticas desenvolvidas pelo serviço se distanciam do paradigma da atenção psicossocial apoiadas na clínica ampliada, pois esta sugere uma mudança no objeto da intervenção, de forma que o sujeito é o protagonista e o cuidado se constrói de maneira compartilhada, envolvendo o usuário e permitindo que ele possa guiar o seu tratamento (SILVA, BRITO; 2015).

Apesar de reconhecerem a necessidade do matriciamento como ferramenta que auxilia na instrumentalização do cuidado em saúde mental, durante o período de observação nenhum matriciamento ou o planejamento deste foi realizado.

O matriciamento ou apoio matricial consiste em um modo de produzir saúde, construído de forma compartilhada entre os profissionais, a partir da intervenção pedagógica-terapêutica. Assim, o profissional oferece apoio em sua especialidade para outros profissionais, compartilhando as situações identificadas no território a partir de uma atitude de corresponsabilização e com o estabelecimento de ações horizontais, superando a lógica do encaminhamento e ampliando a capacidade resolutiva da equipe. O apoio matricial compreende o suporte técnico e o compartilhamento da corresponsabilização pelos casos, podendo se efetivar através de discussões de caso, intervenções conjuntas e atendimentos compartilhados, sob

a forma de supervisão da clínica. (BRASIL, 2011b; BRASIL, 2010b; BELOTTI, LAVRADOR, 2015).

Quando os profissionais mencionavam como ocorria o apoio matricial, este mais se assemelha a um momento de palestra e apresentação do serviço. Em algumas ocasiões, o apoio matricial se materializava na discussão de caso com os profissionais da APS. Diferentemente do que propõe o apoio matricial, as ações realizadas pelos profissionais do SIMPR ocorrem de maneira pontual, não há perenidade nesse processo, caracterizando uma prática isolada que não supera o modelo fragmentado de atenção em saúde e não empodera as equipes, pois o compartilhamento não se produz de forma corresponsabilizada e é marcado por notórios desencontros.

Considerando a complexidade dos territórios e a dificuldade de acolher os usuários de álcool e outras drogas pelas equipes da APS, compreende-se que o matriciamento permite a criação de novos agenciamentos para o cuidado em saúde entre o SIMPR e a APS. O apoio matricial promove a troca de saberes e uma abertura institucional, rompendo com a rigidez das regras e protocolos, ao reinventar o modo de produzir o cuidado e refletir sobre processos de trabalho cristalizados. Além disso, por meio da porosidade dos encontros, abre-se espaço para o inusitado, permitindo ao trabalhador experimentar a suavidade dos encontros (BELOTTI, LAVRADOR, 2015).

O arranjo organizacional do serviço promove fluxos que supervalorizam o serviço especializado, além de prejudicar o cuidado sob o olhar integral e pautado no território. Essa configuração hierarquizada e burocratizada pode ser transformada com o apoio matricial, uma vez que o matriciamento tem como objetivo transformar a lógica burocrática e tradicional, direcionando a atenção em saúde mental para um processo horizontal, o qual inclui o cuidado longitudinal realizado junto com as equipes da atenção básica (BRASIL, 2011b).

Com base nos discursos que mencionavam a construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS), este instrumento não incorpora elementos da atenção da clínica ampliada. Na prática, o PTS se aproxima de um instrumento de contrarreferência, com aparente prescrição de condutas impositivas pelos profissionais e que não proporciona um espaço de diálogo com o usuário. Conforme Leal e Delgado (2007), a clínica se refere ao cuidado promovido a partir da construção da relação com o paciente, profissionais, serviço, familiares e

comunidade. A clínica não se volta para a doença, mas sim para o sujeito, como ele percebe e sente o seu adoecimento, com destaque para a experiência do cuidado no seu cotidiano.

Os principais desafios identificados para elaboração do PTS se configuram na ausente inclusão dos equipamentos sociais existentes no território como possibilidade terapêutica, ampliando as formas de cuidado e extrapolando a prática medicamentosa. O processo de construção do PTS não favorece a responsabilização do cuidado, uma vez que não há clareza das ações definidas de modo compartilhado, pois sua construção parece se dar a partir da decisão do profissional e há uma supervalorização em torno da abordagem medicamentosa.

Baptista *et al.* (2020) analisaram estudos relacionando Projetos Terapêuticos Singulares utilizados na assistência em saúde mental e, entre os achados, o apoio matricial se mostra necessário para elaboração do PTS junto às equipes da APS. Já em relação às responsabilidades entre os envolvidos na construção do PTS, encontram fragilidades na definição do profissional de referência, falta de diálogo e negociação entre os envolvidos, indefinição dos papéis da equipe da atenção especializada e da APS e fragmentação do cuidado. Os resultados do estudo corroboram as práticas encontradas no SIMPR, as quais demonstram que a dificuldade e a ausência no compartilhamento dos saberes prejudicam a construção de um PTS com clara definição das responsabilidades e exercício do protagonismo do usuário.

Apesar do PTS ser definido como um momento de construção do cuidado a partir do diálogo com o usuário, não se conseguiu identificar esse processo. No SIMPR existe um instrumento para construção do PTS, porém, na maioria das vezes em que houve a oportunidade de visualizá-lo, ele não estava preenchido. Se o discurso era de uma construção progressiva e compartilhada, por que esse instrumento não era preenchido? Por que somente na alta, ou mesmo depois da alta, esse instrumento era preenchido? Em que momento a equipe da APS compartilhava esse processo? Com base nesses questionamentos, não fica claro como os profissionais organizavam o cuidado. Outro aspecto a ser considerado nessa condição, é que o PTS considera o momento em que o usuário permanece no serviço. Desse modo a continuidade do cuidado no território pode ser interrompida, uma vez que a equipe da APS desconhece o PTS ou levará tempo para tomar conhecimento sobre ele.

O Projeto Terapêutico Singular representa um conjunto de propostas terapêuticas, construídas por uma equipe multidisciplinar e direcionadas para uma pessoa ou para um grupo de pessoas, destacando o caráter coprodutor e cogestor do processo terapêutico. Sua construção considera aspectos que vão além do diagnóstico e do tratamento medicamentoso, pois vislumbra a definição das ações e organização do cuidado (BRASIL, 2007, OLIVEIRA, 2008).

No SIMPR as situações que envolvem o processo saúde-doença-atenção dos indivíduos são compartilhadas nos momentos de reunião de equipe. Nesse momento os profissionais expõem suas incertezas sobre o indivíduo sob sua responsabilidade e discutem propostas para seguimento do cuidado. Entretanto o saber profissional, mesmo compartilhado com a equipe, direciona o cuidado a partir da tomada de decisão a partir do domínio estritamente técnico.

Para Campos (2002) o objeto da Clínica do Sujeito considera a doença, no entanto esta não substitui o sujeito. A clínica do sujeito implica ouvir e decidir com ponderação, envolve uma prática de compartilhamento com equipes que criam condições institucionais favoráveis para a troca de informações e para construção coletiva de projetos terapêuticos.

Partindo para os aspectos que envolvem as atividades em grupo, alguns profissionais mencionavam que essas atividades eram realizadas para ocupação do tempo, evitando a ociosidade. Outros profissionais sentiam que as atividades dos grupos, tanto dos adultos como do público infantojuvenil, pareciam ser reproduzidas de maneira repetitiva e com vaga finalidade.

As atividades dos grupos são definidas pelos profissionais e o planejamento dessas atividades não considera a opinião dos usuários. Além disso, quando o usuário sugere alguma atividade, sua realização está sujeita à autorização dos profissionais junto com o coordenador.

Um aspecto relacionado às práticas de cuidado diz respeito à estratificação de risco. Buscando reconhecer as necessidades dos usuários e tomando os referenciais teóricos de Mendes como base para organização dos serviços, a Secretaria Estadual de Saúde do Paraná elaborou um instrumento para estratificação de risco em saúde mental (anexo), com o objetivo de apoiar o compartilhamento do cuidado entre os profissionais, constituindo-se um meio para a integralidade do cuidado, além de favorecer o acesso oportuno nos diferentes pontos de atenção em saúde mental. No âmbito da atenção primária estratificar o

risco em saúde mental é considerada uma atividade importante, pois possibilita identificar as necessidades dos usuários e, na atenção especializada, o uso do instrumento permite avaliar o impacto da condição de saúde, além de respaldar a transição entre os níveis de cuidado (PARANÁ, 2020).

Entretanto, observou-se que esse instrumento não foi incorporado ao processo de trabalho dos profissionais da APS e do SIMPR, pois raramente um usuário chegava ao serviço com o registro da estratificação de risco, assim como no próprio SIMPR a estratificação de risco não é prática adotada pela equipe. Considerando os objetivos que sustentam a criação do instrumento de estratificação de risco, desperta a reflexão sobre o quanto este instrumento tem auxiliado na organização do cuidado e comunicação entre os pontos da rede.

Sobre o processo de cuidado, percebe-se uma prática que valoriza o ato terapêutico voltado para a doença em si. A relação que se estabelece entre os indivíduos e os profissionais do serviço em torno do período de “internação”, não se volta para uma clínica ampliada, apoiada no sujeito.

Ao longo da pesquisa identificou-se que o acolhimento se caracteriza como uma prática voltada prioritariamente para determinar a internação e organizada sob um processo decisório que envolve a discussão do caso pelos profissionais. Diante da internação, o cuidado é conduzido pela equipe de referência, porém esse cuidado se estabelece sob uma lógica institucionalizada, remetendo, em algumas ocasiões, a uma relação de tutela.

Em relação à ambiência, quando é feita referência ao elemento arquitetônico do SIMPR, percebe-se que existe uma preocupação em descaracterizar a herança hospitalar, transformando o ambiente para oferecer um espaço confortável e acolhedor. No entanto, em relação ao espaço produtor de subjetividades, este tem sido pouco praticado.

De acordo com a Política Nacional de Humanização, a ambiência em um serviço de saúde é caracterizada por uma postura acolhedora, resolutiva e humana. Nela extrapola-se os componentes sensíveis ao ambiente físico e valoriza-se os componentes afetivos, expressos na forma de acolhimento, na relação com o usuário e na interação entre trabalhadores e gestores (BRASIL, 2010c).

Além da composição que envolve o ambiente, a ambiência é um espaço facilitador do processo de trabalho e produtor de subjetividades (BRASIL, 2010c). Nesse sentido, a ambiência deve se constituir como um espaço de construção do

convívio, estabelecido numa relação de horizontalidade e considerando a perspectiva dos usuários e familiares ao permitir rotinas mais flexíveis. Entretanto, as práticas desenvolvidas no SIMPR retratam uma ambiência que dialoga pouco no coletivo, pautada numa relação predominantemente vertical e protocolar, dificultando a produção de subjetividades.

Embora sejam realizadas atividades em espaços que procuram estabelecer lugares de convívio, com base na experiência dos profissionais verificou-se que as atividades realizadas nos espaços extramuros, parecem se limitar à mera realização de passeios. Em relação ao público infantojuvenil, o uso dos espaços externos ocorre com maior frequência e se justifica pelo fato da unidade de acolhimento infantojuvenil apresentar uma característica extremamente reclusa. De modo geral, sob a lógica da atenção psicossocial, o uso desses espaços não parece se constituir como espaços produtores da subjetividade.

A qualificação dos profissionais foi mencionada nas entrevistas como um processo necessário, pois muitos profissionais chegam ao serviço sem experiência e se organizam internamente num processo educacional, contudo eles consideram que a gestão deveria garantir momentos de educação permanente de forma regular. Isso desponta para a necessidade de apoiar os processos de educação permanente de modo a ampliar a visão dos profissionais para um modelo de atenção psicossocial, visando ao aperfeiçoamento da assistência e a crítica aos processos de trabalho adotados.

Nesse sentido, pode-se destacar a importância da Supervisão Clínico-Institucional (SCI), cujos achados desta pesquisa apontam para a necessidade de um processo de educação permanente, os quais vêm ao encontro do estudo realizado por Costa e Abrahão (2022), enfatizando a SCI enquanto processo de educação permanente e estímulo à produção do cuidado em saúde mental voltado para o território.

A Portaria GM 1.174, de 7/7/2005, financiou o Programa de Qualificação dos CAPS, apontando a SCI como um dispositivo de formação permanente para os profissionais que atuam na rede de Saúde Mental. A SCI permite acompanhar o trabalho das equipes de CAPS, assessorando e discutindo as práticas da atenção psicossocial, bem como as questões institucionais e de gestão do CAPS.

Assim, diante de uma nova proposta de atenção em saúde mental, destaca-se a necessidade de instituir a SCI. Conforme Delgado (2013) *apud* Costa e

Abrahão (2022), uma reforma voltada para o processo de trabalho que rompe com os modelos tradicionais de supervisão e se volta para o território incorpora a SCI como um dos dispositivos dos processos de mudança no campo da Saúde Mental.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O repertório deste trabalho retrata a envergadura de uma política de saúde, configurada a partir da criação de um serviço regionalizado de saúde mental, revelando sua magnitude, complexidade e dificuldades. O grande mérito desta pesquisa foi aproximar o objeto de estudo a um contexto que reclama uma reconfiguração da atenção em saúde mental, diante do levantamento de questões complexas, constituídas em uma rede complexa, para que o cuidado em saúde trilhe no caminho da inclusão e participação.

Visando à compreensão de aspectos envolvidos no cotidiano de um ambiente que unifica vários serviços, constatou-se como as relações se estabelecem nesses locais, destacando o conjunto das ações orquestradas no cotidiano das unidades, suas estruturas, modo de gestão e contribuições para o cuidado em saúde mental, num contexto de serviço regionalizado.

Apesar do SIMPR contemplar sua criação a partir de serviços de base territorial, representa um modelo de atenção que se afasta da lógica do cuidado territorial e se isola da RAPS ao estabelecer uma referência que cria um serviço único, a partir da unificação de componentes da RAPS. Assim foi verificada a fragilidade dessa política quando a estratégia de regionalização não apostou no fortalecimento APS articulada com os demais serviços da RAPS, pois a estratégia do Estado aposta na criação de serviços concentrados, com características ambulatoriais e hospitalares para grandes territórios, distanciada dos preceitos da reforma psiquiátrica e sanitária brasileira.

Além do exposto, a organização do SIMPR fortalece aspectos normativos que rememoram a instituição total, debilitando a relação com o território e favorecendo o arrocho do trabalhador. Nesse sentido, é importante que trabalhadores e gestores identifiquem as barreiras que impedem a produção de ações territoriais pois, ao identificar os mecanismos que determinam práticas contraditórias às propostas por serviços de base comunitária e territorial, indica-se a possibilidade de mudança e permite-se a superação das contradições do cotidiano desse serviço.

A unificação dos serviços no SIMPR oportunizou a coesão das equipes, porém, a partir da otimização dos recursos humanos, impediu o estabelecimento de ações intersetoriais e construídas no território. Além disso, o predomínio de rotinas

sistematizadas limita o engajamento dos profissionais, o que às vezes favorece a origem de tensionamentos dentro do serviço. Assim, o ambiente se torna desfavorável para construção de subjetividades e desperta para a necessidade da supervisão clínica.

O SIMPR se constitui em uma região com grande extensão territorial, favorecendo o distanciamento das ações dentro do território. No campo da saúde mental, as ações no território representam a superação de um modelo asilar de tratamento. Entretanto, estar fora dos muros institucionais requer uma quebra dos paradigmas, pois mesmo estando no território, é possível reproduzir tal lógica.

Assim, a compreensão dos efeitos que as intervenções produzem quando configuradas no território podem potencializar mudanças do cotidiano do serviço. Contudo, o serviço demonstra dificuldade em constituir-se de forma aberta e de base comunitária, com produção de projetos terapêuticos singulares que realmente acompanhem o usuário dentro do seu contexto, com o compartilhamento da responsabilidade pelo usuário e com a instituição do apoio matricial de forma permanente e constante.

Quanto à representatividade do SIMPR no território, verificou-se que é compreendido sob um caráter contraditório, ora se apresentando como um serviço que se aproxima dos princípios da reforma psiquiátrica, ora envolto em discursos em torno de mecanismos da internação como solução à crise.

Partindo do princípio da regionalização, não basta expandir serviços para garantir o acesso ao cuidado em saúde mental, pois é a partir da modificação da concepção dos atores envolvidos que se potencializa o cuidado contextualizado num processo territorial e promotor da convivência. Portanto, nesse processo, a organização dos serviços regionalizados extrapola os aspectos políticos, sociais, culturais ou econômicos, pois exige um novo modo de ofertar o cuidado para que os serviços superem modelos pautados sob a lógica asilar.

O SIMPR não pode constituir-se como um mero serviço dentro da região. Ele é produto de um território em que se desdobram diferentes relações sociais, econômicas, políticas e institucionais. Sua prática deve compreender uma construção cotidiana das relações com os usuários, trabalhadores e território para superação de modelos tradicionais de organização, pautados na serialização e em regras normativistas. Porém, almejando oferecer um serviço completo e de grande magnitude, gestores e trabalhadores aspiram à completude do SIMPR. Contudo há

que se destacar que é justamente a incompletude institucional que permite a formação e fluidez da rede.

O trabalho demonstra que há muito a ser feito para produção de um cuidado em saúde mental. Acredita-se que, ao desvincular modelos de atenção que levam em consideração a hegemonia normativa dentro do cotidiano institucional, com o fortalecimento da APS, com processos de educação permanente e com o fortalecimento da rede, percorre-se um caminho em direção às práticas promotoras de um cuidado centrado na pessoa e inserido no contexto social.

Cabe destacar que essa análise se aplica a dois SIMPR e não retrata a realidade dos demais serviços distribuídos no Estado do Paraná. Entretanto, considerando o pioneirismo do serviço analisado, compete ao Estado direcionar seu olhar para essa política, promovendo o ajuste das arestas que fragmentam essa rede e suplantam a clínica contextual centrada na pessoa. Deve-se, ainda, considerar a necessidade de apoio financeiro, educacional e institucional para as equipes da APS, bem como para as equipes do SIMPR, visando fortalecer as ações no território e, por conseguinte, revisar o modelo do SIMPR para que ele represente de fato uma política que se enquadra nos preceitos da atenção psicossocial e se consolide como uma estratégia exitosa de regionalização.

A experiência do SIMPR aponta para a necessidade do planejamento na implementação de serviços condizentes com as diversas necessidades e singularidades de uma região. Cabe, ainda, o monitoramento e avaliação do serviço, sobretudo com o delineamento das relações entre as pessoas, instituições e o território, uma vez que o SIMPR foi desenhado dentro dos modelos de atenção comprometidos com a superação do modelo asilar.

Acredita-se que os esforços empregados nesta pesquisa possam colaborar para a implantação e implementação de serviços regionalizados de saúde mental, organizados sob os preceitos da atenção psicossocial, de base comunitária e territorial. Contudo, considera-se que os apontamentos apresentados nesta pesquisa, necessitam de outros estudos e análises para compreensão da efetiva regionalização da saúde mental, configurada a partir do SIMPR. Por fim, espera-se que, a partir das contradições apresentadas, seja possível rever esse modelo de atenção, para que o SIMPR possa percorrer caminhos singulares, voltados para práticas territoriais.

REFERÊNCIAS

- AMARAL, C. E. M. *et al.* Assistência à saúde mental no Brasil: estudo multifacetado em quatro grandes cidades. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 37, n. 3, p. e00043420, 2021. DOI:10.1590/0102-311X00043420. Acesso em: 3 nov. 2021.
- AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. 3. ed. 120 p. Disponível em: https://www.academia.edu/34235063/Saude_Mental_e_Atencao_Psicossocial_Paulo_AMARANTE. Acesso em: 13 fev. 2023.
- ANDRADE, S. K. V. *et al.*. Consórcio Público de Saúde no processo de regionalização: análise sob o enfoque da ação coletiva. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 32(1), e320107, 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312022320107>. Acesso em: 18 jan. 2023
- ANGROSINO, M. **Etnografia e observação participante**. Artmed. Porto Alegre, RS. 2009. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/6944887/mod_glossary/attachment/53857/ANGROSINO%2C%20Michael%20-%20Etnografia%20e%20Observa%C3%A7%C3%A3o%20Participante.pdf. Acesso em: 29 jan. 2023.
- ASSIS, J. T. de *et al.* Política de saúde mental no novo contexto do Sistema Único de Saúde: regiões e redes. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 52, p. 88-113, out. 2014.
- ASSIS, M. M. A. *et al.* Desafios metodológicos da abordagem qualitativa: diversidade de cenários, participantes, estratégias e técnicas. *In: SILVA, Raimunda Magalhães et al. Estudos qualitativos: enfoques teóricos e técnicas de coletas de informações*. Sobral: Edições UVA, 2018. Disponível em: <https://portais.univasf.edu.br/medicina-pa/pesquisa/producao-cientifica/experiencias-qualitativas-ebook>. Acesso em: 21 set. 2021.
- AYRES, J. R. DE C. M.. Hermenêutica, conhecimento e práticas de saúde, a propósito da avaliação. *In: ONOCKO, Rosana Campos; FURTADO, Juarez Pereira; PASSOS, Eduardo; BENEVIDES, Regina. (Org.) Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos da narratividade*. 1ed.São Paulo: Aderaldo & Rothschild Editores, 2008, v. 1, p. 27-67.
- BAPTISTA, J. Á. *et al.* Projeto terapêutico singular na saúde mental: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 2, p. e20180508, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0508>. Acesso em 07 abr 2023.
- BELOTTI, M; LAVRADOR, M. C. C.. Apoio matricial: cartografando seus efeitos na rede de cuidados e no processo de desinstitucionalização da loucura. *In: Caderno HumanizaSUS*; v. 5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental – Brasília:

Ministério da Saúde, 2015. 548 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_mental_volume_5.pdf. Acesso em: 21 abr 2022.

BENELLI, S. J.. A Instituição total como agência de produção de subjetividade na sociedade disciplinar. **Estudos de psicologia**. Campinas, v. 21, n. 3, p. 237–252, set. 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/estpsi/a/YwJbLGJrbhd7cTg5LrGFCVL/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 16 abr 2023.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: **Presidência da República**. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 11 jun. 2021.

BRASIL. Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Diário Oficial da União**, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 2 fev. 2023.

BRASIL. Lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**. 9 Abr 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LEIS_2001/L10216.htm. Acesso em: 7 set. 2022.

BRASIL. Lei nº 11.107, de 06 de abril de 2005. Dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. 07 abr 2005. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2004-2006/2005/lei/l11107.htm. Acesso em: 18 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Brasília, DF: 2002. **Diário Oficial da União**. 19 fev. 2002. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html. Acesso em: 20 jun 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf. Acesso em: 01 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1174/GM de 7 de julho de 2005. Destina incentivo financeiro emergencial para o Programa de Qualificação dos Centros de Atenção Psicossocial – Caps e dá outras providências. 2005. **Diário Oficial da União**. 8 jul. 2005. Seção I:38. Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1174_07_07_2005_comp.html. Acesso em: 19 abr. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes

Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial da União**, 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html
Acesso em: 29 abr. 2023

BRASIL. Ministério da Saúde. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 60 p.
Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf. Acesso em:
07 abr. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política nacional de humanização da atenção e gestão do SUS. **Gestão participativa e cogestão**. Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestao_participativa_cogestao.pdf.
Acesso em: 05 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 30 dez. 2010a. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html.
Acesso em: 28 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 4. ed. 4. reimp. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010b. 72 p. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf. Acesso em: 07 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ambiência**. Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010c. 32 p. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ambiencia_2ed.pdf. Acesso em: 24 abr. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: 2011a. **Diário Oficial da União**. Brasília (DF), 2013 mai. 2013; Seção 1:37/38. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html.
Acesso em: 20 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. CHIAVERINI, Dulce Helena (Organizadora); *et al.* Brasília, DF. Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011. 236 p. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saude_mental.pdf. Acesso em: 07 abr. 2023.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 2011; 29 jun. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm. Acesso em 12 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 121, de 25 de janeiro de 2012. Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial. **Diário Oficial da União**. Brasília (DF), 2012a jan. 27. Seção 1:45. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0121_25_01_2012.html. Acesso em: 05 ago. 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial, Álcool e outras Drogas 24 horas (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2012b jan. 27; Seção 1:39. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html. Acesso em: 05 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf. Acesso em: 08 ago 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.014, de 30 de setembro de 2015. Habilita Centros de Atenção Psicossocial, Álcool e outras Drogas 24 horas - CAPSAD III, Unidades de Acolhimento Adulto -UAA, Unidade de Acolhimento Infante-Juvenil - UAI e Serviços Hospitalares de Referência. Brasil. **Ministério da Saúde**: Brasília, DF, 2015. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2015/prt1014_30_09_2015.html. Acesso em: 27 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde mental no SUS: Cuidado em Liberdade, Defesa de Direitos e Rede de Atenção Psicossocial**. Relatório de Gestão 2011-2015. Ministério da Saúde: Brasília. 2016a. Acesso em 05 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de planejamento no SUS**. Fundação Oswaldo Cruz. – 1. ed., rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016b. 138 p.: il. – (Série Articulação Interfederativa; v. 4). Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/articulacao_interfederativa_v4_manual_planejamento_atual.pdf. Acesso em: 02 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria 3.588, de 21 de dezembro de 2017**. Altera as portarias de consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html. Acesso em: 05 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 37, de 22 de março de 2018. Dispõe sobre o processo de Planejamento Regional Integrado e a organização de macrorregiões de saúde. **Diário Oficial da União**. 2018; 23 mar. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2018/res0037_26_03_2018.html. Acesso em: 02 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Nota Técnica nº 11/2019**, de 4 de fevereiro de 2019. Disponível em: <https://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>. Acesso em: 05 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Dados da rede de atenção psicossocial (RAPS) no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Secretaria de Atenção Primária a Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. Setembro de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Dados da rede de atenção psicossocial (RAPS) no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Departamento de Ciclos da Vida. Secretaria de Atenção Primária a Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. Setembro de 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/caps/raps/arquivos/dados-da-rede-de-atencao-psicossocial-raps.pdf>. Acesso em: 13 maio 2023.

CAMPOS, G. W. S. Produção de conhecimento, avaliação de políticas públicas em saúde mental: notas reflexivas. *In*: CAMPOS, R. O. *et al.* (Orgs.). **Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos da narratividade**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008, p. 97-102.

CAMPOS, G. W. S.. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. *In*: CAMPOS, G. W. S. (org.). **Saúde paideia**. São Paulo: Hucitec; 2002. Disponível em: <https://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/CLINICAampliada.pdf>. Acesso em: 01 abr. 2023.

CAMPOS, G. W. S. de. Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(5):2337-2344, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/rX7PKYR9sM6tZmxVbSqSB3z/?lang=pt>. Acesso em: 24 abr. 2023.

CAYRES, A. Z. F. **Avanços e recuos na implantação da rede de atenção psicossocial no estado de São Paulo**: regiões de saúde e pactuações interfederativas. 2020. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2020. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6143/tde-13042021-104849/pt-br.php>. Acesso em: 26 out. 2021.

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre; CHAMPAGNE, F.; DENIS, Jean-Louis; PINEAULT, R.. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. *In*: HARTZ, Z. M. A.. (org.). **Avaliação em saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. 132p. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/3zcf>. Acesso em: 17 ago. 2021.

CORREIA, L. C.; MARTINS, L.; REQUIÃO, M.. À beira do abismo e ao encontro do absurdo: considerações sociojurídicas sobre a nota técnica n. 11/2019 do ministério da Saúde. **Revista Jurídica (FURB)**, [Santa Catarina], v.23, 50, p.e7918, jun. 2019. ISSN 1982-4858. Disponível em: <https://proxy.furb.br/ojs/index.php/juridica/article/view/7918>. Acesso em: 14 out. 2022

COSTA-ROSA, A.. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. *In*: AMARANTE, P., org. **Ensaio**: subjetividade, saúde mental, sociedade [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000. Loucura & Civilização collection, pp. 141-168. ISBN 978-85-7541-319-7. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/htjgj/pdf/amarante-9788575413197-09.pdf>. Acesso em: 05 mar. 2023.

COSTA-ROSA, A.; LUZIO, C. A.; YASUI, S.. Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. *In*: Amarante, P. (org.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau, 2003, p.13-44. Disponível em: https://www.academia.edu/37088151/Aten%C3%A7%C3%A3o_Psicossocial_rumo_a_um_novo_paradigma_na_Sa%C3%BAde_Mental_Coletiva_Psychosocial_Attention_heading_for_a_new_paradigm_in_the_Collective_Mental_Health. Acesso em: 02 nov. 2022.

COSTA, R. B.; ABRAHÃO, A. L.. Estudo qualitativo acerca da supervisão clínico-institucional em uma equipe de saúde mental: uma análise implicada. **Saúde em Redes**. 2022, 8 (2). DOI: <https://doi.org/10.18310/2446-4813.2022v8n2p43-58>. Acesso em: 16 abr. 2023.

COUTO, M. C. V.. À guisa de apresentação: a saúde mental sob o marco da saúde pública. *In*: COUTO, M. C. V.; MARTINEZ, R. G. (orgs.). **Saúde mental e saúde pública**: questões para a agenda da Reforma Psiquiátrica. NUPPSAM/IPUB/UFRJ, Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <https://www.nuppsam.org/wp-content/uploads/2021/05/Saude-Mental-e-Saude-Publica-Questoes-para-a-Agenda-da-Reforma-Psiquiatica.pdf>. Acesso em: 08 ago. 2022.

CRUZ NETO, O.. O Trabalho de campo como descoberta e criação. *In*: MINAYO, M. C. DE S. (Org). **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. 21 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002. Disponível em:

<https://wp.ufpel.edu.br/franciscovargas/files/2012/11/pesquisa-social.pdf>. Acesso em: 04 ago. 2021.

CRUZ, N. F. O.; GONÇALVES, R. W.; DELGADO, P. G. G.. Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. 3, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00285>. Acesso em: 04 nov. 2022.

DELGADO, P. G. G.; *et al.* Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. In: MELLO, M. F.; MELLO, A. A. F.; KOHN, R. (Orgs). **Epidemiologia da Saúde Mental do Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2007. p.39-83.

DELGADO, P. G.. Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte. **Trabalho, Educação e Saúde**. v. 17, n. 2, p. e0020241. 2019. DOI:<https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00212>. Acesso em: 5 nov. 2022

DITTERICH, R. G.; MOYSÉS, S. T.; MOYSÉS, S. J.. O uso de contratos de gestão e incentivos profissionais no setor público de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 4, pp. 615-625, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000400002>. Acesso em: 29 set. 2021.

DORICCI, G. C.; GUANAES-LORENZI, C.. Revisão integrativa sobre cogestão no contexto da Política Nacional de Humanização. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 08 pp. 2949-2959, ago. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021268.11742019>. Acesso em: 29 set. 2021.

DOURADO, D. DE A.; ELIAS, P. E. M.. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 1, p. 204–211, fev. 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102011000100023>. Acesso em: 14 fev. 2023.

FURTADO, J. P. *et al.* A concepção de território na saúde mental. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 9, p. e00059116. 2016. DOI:<https://doi.org/10.1590/0102-311X00059116>. Acesso em: 4 nov. 2021.

GAMA, C. A. P. DA; *et al.* A implantação da rede de atenção psicossocial na região ampliada de saúde oeste de Minas Gerais-BR. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 28, n. 2, p. 278-287. DOI: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202028020301>. Acesso em: 5 ago. 2021.

GARUTTI, S.; OLIVEIRA, R. C. S. DA. **Da instituição total à incompletude institucional**: tecendo redes. Montes Claros/MG, v.14, n.2, p. 236-260, jul/dez-2017. eISSN: 2527-2551. Disponível em: www.periodicos.unimontes.br/argumentos. Acesso em: 29 out. 2022.

JANNUZZI, P. M. DE. Eficiência econômica, eficácia procedural ou efetividade social: Três valores em disputa na avaliação de políticas e programas sociais. **Desenvolvimento em Debate**. v.4, n.1, p.117-142, 2016. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/336348828> Eficiencia economica eficacia

procedural ou efetividade social Tres valores em disputa na Avaliacao de Pol iticas e Programas Sociais. Acesso em: 29 set. 2021.

KAMMER, K. P.; MORO, L. M.; ROCHA, K. B.. Concepções e práticas de autonomia em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS): desafios cotidianos. **Rev. psicol. polít.**, São Paulo, v. 20, n. 47, p. 36-50, abr. 2020. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2020000100004&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 5 ago. 2021.

KUNZE, N. C..Instituições totais. **Revista HISTEDBR** On-line, Campinas, n.33, p.289-294, mar.2009. Resenha: GOFFMAN, E.. Manicômios, Prisões e Conventos. Tradução de Dante Moreira Leite. 7ª edição. São Paulo: Editora Perspectiva, 2001. Resenha. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/histedbr/article/download/8639569/7138/10133>. Acesso em: 26 fev. 2023.

LEAL, E. M.; DELGADO, P. G. G.. **Clínica e cotidiano**: o CAPS como dispositivo de desinstitucionalização. Desinstitucionalização da saúde mental: contribuições para estudos avaliativos. PINHEIRO, R. *et al.* (orgs.). Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/LAPPIS: ABRASCO, 2007. 284 p. Disponível em: https://www.academia.edu/939948/Ci%C3%ADnica_e_cotidiano_o_CAPS_como_dispositivo_de_desinstitucionaliza%C3%A7%C3%A3o. Acesso em: 13 fev. 2023.

LEAL, E. M. M. *et al.*. Razões para a expansão de consórcios intermunicipais de saúde em Pernambuco: percepção dos gestores estaduais. **Saúde e Sociedade**, v. 28, n. 3, p. 128–142, jul. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902019180956>. Acesso em: 22 mar. 2023.

LEÃO, A.. **O serviço comunitário de saúde mental**: desvelando a essência do cotidiano das ações no território. 2010. Tese (Doutorado em Cuidado em Saúde) – escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2010. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-13012011-155649/pt-br.php>. Acesso em 07 fev. 2023.

LIMA, L. D. DE *et al.* Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 7, p.1903-1914, jul. 2012a. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000700030>. Acesso em: 16 jan. 2023.

LIMA, L. D. DE *et al.*. Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 2881–2892, nov. 2012b. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001100005>. Acesso em: 15 fev. 2023.

LUI, L.; SCHABBACH, L. M.; NORA, C. R. D.. Regionalização da saúde e cooperação federativa no Brasil: o papel dos consórcios intermunicipais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 12, p. 5065–5074, dez. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202512.03752019>. Acesso em: 23 mar. 2023.

LOUVISON, M. C. P.. Regionalização dos sistemas de saúde como resposta às desigualdades territoriais: um debate necessário. **Cad. Saúde Pública** 2019; 35 Sup 2:e00116019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00116019>. Acesso em: 12 out. 2022.

MACEDO, J. P. *et al.*. A regionalização da saúde mental e os novos desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. **Saúde e Sociedade**, v. 26, n. 1, p. 155-170. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017165827>. Acesso em: 15 ago. 2021.

MELO, Jorge J.; SCHAEPPPI, Paula B.; SOARES, Guilherme; PASSOS, Eduardo. Acesso e compartilhamento da experiência na gestão autônoma da medicação – o manejo cogestivo. *In: Caderno HumanizaSUS*; v. 5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 548 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_mental_volume_5.pdf. Acesso em: 21 abr 2022.

MENDES, M. F. DE M.; ROCHA, C. M. F.. Avaliação em saúde mental: uma análise de políticas nacionais e internacionais. **Saúde em Redes**. 2(4), p. 352-359. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.18310/2446-4813.2016v2n4p352-359>. Acesso em 6 set. 2021

MENICUCCI, T. M. G.. Regionalização no federalismo brasileiro. **Cad. Saúde Pública**; 35 Sup 2:e00078419. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00078419>. Acesso em: 12 out. 2022.

MEZZA, M.; TORRENTÉ, M. DE O. N. DE.. A Reforma psiquiátrica brasileira como luta pelo reconhecimento e progresso moral. **Saúde em Debate**, v. 44, spe 3, pp. 235-249. out. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E320>. Acesso em 8 jun. 2021.

MIGUEL, T. DE; MEDEIROS, P. A volta dos manicômios: Reflexões acerca da nota técnica n. 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MSN. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health**, [S. l.], v. 14, n. 39, p. 41–61, 2022. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/80699>. Acesso em: 5 nov. 2022.

MINAYO, M. C. DE S.. Conceito de avaliação por triangulação de métodos. *In: MINAYO, M. C. DE S.; ASSIS, S. G. DE ; SOUZA, E. R. DE. (orgs.). Avaliação por triangulação de métodos: Abordagem de Programas Sociais*. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2005.

MINAYO, M.C. DE S.. Trabalho de campo: contexto de observação, interação e descoberta. *In: MINAYO, M. C. DE S. (org.); DESLANDES, S. F.; GOMES, R.. Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 28 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

MINAYO, M. C. DE S.. Importância da Avaliação Qualitativa combinada com outras modalidades de Avaliação. **Sau. & Transf. Soc.**, ISSN 2178-7085, Florianópolis, v.1, n.3, p.02-11, 2011. Disponível em:

<https://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/652>. Acesso em: 01 mar. 2022.

MINAYO, M. C. DE S.. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014. 407p. Disponível em: <https://livrogratuitosja.com/wp-content/uploads/2022/04/O-DESAFIO-DO-CONHECIMENTO-ATUALIZADO.pdf>. Acesso em: 07 nov. 2021.

NEVES, J. B.; DANTAS, M. A. F.. Uma análise da articulação da saúde mental com a atenção básica. **Revista baiana de saúde pública**. v. 43, supl. 1, p. 71-84 jan./mar. 2019. Disponível em: <https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/3216>. Acesso em: 07 set. 2021.

NICÁCIO, F.; CAMPOS, G. W. S. A complexidade da atenção às situações de crise – contribuições da desinstitucionalização para a invenção de práticas inovadoras em saúde mental. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v.15, n.2. p. 71-81, maio/ago., 2004. Disponível em: <https://www.gastaowagner.com.br/index.php/2016-05-08-23-30-43/artigos>. Acesso em: 06 nov. 2022.

NICÁCIO, F.; CAMPOS, G. W. de S. Instituições de "portas abertas": novas relações usuários-equipes-contextos na atenção em saúde mental de base comunitária/territorial . **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, [S. l.], v. 16, n. 1, p. 40-46, 2005. DOI: 10.11606/issn.2238-6149.v16i1p40-46. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rto/article/view/13957>. Acesso em: 6 jul. 2023.

OLIVEIRA G. N. O Projeto Terapêutico Singular. In: GUERREIRO, A. P; CAMPOS, G. W. S (Org.). **Manual de práticas de atenção básica à saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Hucitec, 2008. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/43319/manual_das_praticas_de_atencao_basica.pdf;jsessionid=A2685E0452DEC5EF32073900CAE47F4E?sequence=2. Acesso em: 29 abr. 2023.

OLIVEIRA, E.; SZAPIRO, A.. Porque a reforma psiquiátrica é possível. **Saúde em Debate**, v. 44, spe 3, pp. 15-20. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E302>. Acesso em: 8 jun. 2021.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Orientações sobre Serviços Comunitários de Saúde Mental: Promoção de Abordagens Centradas na Pessoa e Baseadas em Direitos**. Brasília, DF: OPAS; 2022. DOI: <https://doi.org/10.37774/9789275726440>. Acesso em: 31 abr. 2023.

ONOCKO-CAMPOS, R *et al.* Indicadores para avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial tipo III: resultados de um desenho participativo. **Saúde em Debate**, v. 41, n. spe, pp. 71-83. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042017S07>. Acesso em: 19 set. 2021

PARANÁ. Comissão Intergestores Bipartite do Paraná. Deliberação nº 296 de 27 de agosto de 2013. Aprova o Incentivo Financeiro Estadual para a implantação de CAPS AD III Regionais novos e Unidades de Acolhimento Regionais, que forem implantadas conjuntamente, por meio de recursos financeiros do Tesouro do Estado. **Secretaria de Estado da Saúde**. Curitiba, 2013a. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-05/deliberacoes_2013_296.pdf. Acesso em: 27 jun. 2021.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. Resolução SESA nº 715/2013. Institui o Incentivo Financeiro Estadual para implantação de CAPS AD III Regional e Unidade de Acolhimento Regional, na modalidade de repasse “Fundo a Fundo”, na Rede de Atenção à Saúde Mental. **Secretaria de Estado da Saúde**. Curitiba, 2013b. Disponível em: <https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/Resolucoes>. Acesso em: 06 jun. 2021

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. Resolução SESA nº 001/2015. Aprova a implantação do Incentivo Financeiro de Custeio da Rede de Saúde Mental/Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. **Secretaria de Estado da Saúde**. Curitiba, 2015.

PARANÁ. SIM PR Serviço Integrado de Saúde Mental. **Manual SIMPR**. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. 2015.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Instrutivo para aplicação do instrumento de estratificação de risco em saúde mental. **Secretaria de Estado da Saúde do Paraná**. Diretoria de Atenção e Vigilância em Saúde – DAV. Coordenadoria de Atenção à Saúde – COAS. Divisão de Atenção à Saúde Mental – DVSAM. Curitiba, 2020. Disponível em: <https://www.documentador.pr.gov.br/documentador/pub.do?action=d&uuid=@gtf-escriba-sesa@43bbda91-2e97-4461-9799-bcd751927f3e&emPg=true>. Acesso em: 22 abr. 2023.

PINHO, E. S.; SOUZA, A. C. S.; ESPERIDIÃO, E.. Processos de trabalho dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial: revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 1, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018231.08332015>. Acesso em: 07 abr. 2023.

PITTA, A. M. F.. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. **Ciência & saúde coletiva**, v. 16, p. 4579-4589, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001300002>. Acesso em: 12 nov. 2022.

PRADO, Y; SEVERO, F; GUERRERO, A.. Reforma psiquiátrica brasileira e sua discussão parlamentar: disputas políticas e contrarreforma. **Saúde em Debate**, v. 44, spe 3, pp. 250-263. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E321>. Acesso em 8 out. 2022.

RIBEIRO, P. T.; TANAKA, O. Y.; DENIS, JEAN-LOUIS. Governança regional no Sistema Único de Saúde: um ensaio conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, 22(4):1075-1084, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.28102016>. Acesso em: 30 abr. 2023.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Estado da Saúde. Nota Técnica nº 001/2022 - Política Estadual de Saúde Mental. Núcleo de Apoio à Atenção Básica - Saúde Mental (NAAB). **Secretaria de Estado da Saúde**. Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde. Divisão de Políticas Transversais. Política Estadual de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202201/13111128-nota-tecnica-naab-01-2022.pdf>. Acesso em: 31 mar. 2023.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Estado da Saúde. Resolução nº 403/11 – CIB/RS. Cria os Núcleos de Apoio à Atenção Básica (NAAB) – saúde mental, dentro da Política Estadual da Atenção Básica. **Secretaria de Estado da Saúde**. Disponível em: <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201510/01114701-20141104155056rs-res-403-2011-naab.pdf>. Acesso em: 31 mar. 2023.

ROCHA, C. V. A cooperação federativa e a política de saúde: o caso dos Consórcios Intermunicipais de Saúde no estado do Paraná. **Cad. Metrop.**, São Paulo, v. 18, n. 36, pp. 377-399, jul. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/2236-9996.2016-3604>. Acesso em: 24 mar. 2023.

SANTOS, A. A. Lugar e território. O sistema de saúde brasileiro, a geografia e a promoção da saúde. **Revista Geográfica Venezuelana**, vol. 50, núm. 1, 2009, pp. 159-172. Universidad de los Andes Mérida, Venezuela. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=347730382008>. Acesso em: 11 fev. 2023.

SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M. de. Redes interfederativas de saúde: um desafio para o SUS nos seus vinte anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2011, v. 16, n. 3, pp. 1671-1680. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000300002>. Acesso em: 11 jul. 2021.

SANTOS, L.; CAMPOS, G. W. DE S.. SUS Brasil: a região de saúde como caminho. **Saúde e Sociedade**, v. 24, n. 2, p. 438–446, abr. 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015000200004>. Acesso em: 15 ago. 2021.

SARACENO, B. O Futuro da psiquiatria e da saúde mental. **Saúde em Debate**, v. 44, spe, pp. 29-32. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E304>. Acesso em: 8 out. 2022.

SCHMIDT, M. B.; FIGUEIREDO, A. C.. Os três As: acesso, acolhimento e acompanhamento - uma proposta da avaliação de serviços de saúde para o trabalho nos CAPS. In: COUTO, M. C. V.; MARTINEZ, R. G. (orgs.). **Saúde Mental e Saúde Pública**: questões para a agenda da Reforma Psiquiátrica. NUPPSAM/IPUB/UFRJ, Rio de Janeiro, 2007. P.131 - 157. Disponível em: <https://www.nuppsam.org/wp-content/uploads/2021/05/Saude-Mental-e-Saude-Publica-Questoes-para-a-Agenda-da-Reforma-Psiquiatrica.pdf>. Acesso em: 06 out. 2022.

SEVERO, F. M. D. *et al.* Retratos da reforma psiquiátrica brasileira. **Saúde em debate**, v.44, pp. 9-14. 2020.

DOI:<https://www.scielo.org/article/sdeb/2020.v44nspe3/9-14/pt/>. Acesso em: 8 jun. 2021.

SHIMIZU, H. E. *et al.*. Regionalização da saúde no Brasil na perspectiva dos gestores municipais: avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, 26(Supl. 2):3385-3396, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.2.23982019>. Acesso em: 18 jan. 2023.

SIDI, P. M. de; CONTE, E. A hermenêutica como possibilidade metodológica à pesquisa em educação. **Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação**, Araraquara, v. 12, n. 4, p. 1942–1954, 2017. DOI:<https://doi.org/10.21723/riaee.v12.n4.out./dez.2017.9270>. Acesso em: 08 ago. 2021.

SILVA, S. F. DA. Contribuição para a análise da implantação de Redes de Atenção à Saúde no SUS. **Divulgação em Saúde para Debate**. Rio de Janeiro, n. 52, p. 165-176, out. 2014.

SILVA, F. H.; BRITO, J. M.. As reflexões teórico-metodológicas sobre saúde mental e humanização na atenção primária no município de Serra/ES. In: **Caderno HumanizaSUS**; v. 5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 548 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_mental_volume_5.pdf. Acesso em: 21 abr 2022.

SILVA, R. A. N.; ZAMBENETTI, G.; PICCININI, C. A.. O trabalho dos agentes comunitários de saúde no cuidado com pessoas que usam drogas: um diálogo com a PNH. In: **Caderno HumanizaSUS**; v. 5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 548 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_mental_volume_5.pdf. Acesso em: 21 abr 2022.

SPOSATO, K. B.. **Guia teórico e prático de medidas socioeducativas**. ILANUD - Instituto Latino Americano das Nações Unidas para Prevenção do Delito e Tratamento do Delinquente. Brasil. UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância. 2004. 266 p. Disponível em: https://cisama.sc.gov.br/assets/uploads/ad8f1-guia_teorico_e_pratico_de_medidas_socioeducativas_ilanud.pdf. Acesso em 29 out. 2022.

TAQUETTE, S. R; BORGES, L.. **Pesquisa qualitativa para todos**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2020.

TEIXEIRA, L. S. da. **Ensaio sobre consórcios intermunicipais de saúde: financiamento, comportamento estratégico, incentivos e economia política**. Brasília: Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações, 2007. Disponível em:https://bd.camara.leg.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/3426/ensaios_consortio_teixeira.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 23 mar. 2023.

TENÓRIO, F. Questões para uma atualização da agenda da Reforma Psiquiátrica. *In*: COUTO, M. C. V.; MARTINEZ, R. G. (orgs.). **Saúde Mental e Saúde Pública: questões para a agenda da Reforma Psiquiátrica**. NUPPSAM/IPUB/UFRJ, Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <https://www.nuppsam.org/wp-content/uploads/2021/05/Saude-Mental-e-Saude-Publica-Questoes-para-a-Agenda-da-Reforma-Psiquiatrica.pdf>. Acesso em: 08 ago. 2022.

TRAJANO, A. R.; SILVA, R.. Humanização e reforma psiquiátrica: a radicalidade de ética em defesa da vida. *In*: **Caderno HumanizaSUS**; v. 5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 548 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_mental_volume_5.pdf. Acesso em: 21 abr 2022.

VIANA, A. L. D'ÁVILA, IOZZI, F. L.. Enfrentando desigualdades na saúde: impasses e dilemas do processo de regionalização no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, p. e00022519, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00022519>. Acesso em: 10 out. 2022.

VIANA, A. L. D'ÁVILA *et al.* Tipologia das regiões de saúde: condicionantes estruturais para a regionalização no Brasil. **Saúde Soc.** São Paulo, v.24, n.2, p.413-422, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015000200002>. Acesso em: 14 fev. 2023.

YASUI, S. **Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira**. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006. 208 f. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/4426>. Acesso em: 02 nov. 2022.

YASUI, S. Entre o cárcere e a liberdade: apostas na produção cotidiana de modos diferentes de cuidar. *In*: **Caderno HumanizaSUS**; v. 5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 548 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_mental_volume_5.pdf. Acesso em: 10 fev. 2023.

YASUI, S.; LUZIO, C. A.; AMARANTE, P.. Atenção psicossocial e atenção básica: a vida como ela é no território. **Rev. Polis Psique**, [S. l], v. 8, n. 1, p. 173-190, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.22456/2238-152X.80426>. Acesso em: 13 fev. 2023.

APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Deivisson Vianna Dantas dos Santos Dr. Professor do Departamento de Saúde Coletiva, Marcelo Kimati Dias Dr. Professor do Departamento de Saúde Coletiva e Clarilene Claro dos Santos aluna do programa de pós-graduação em Saúde Coletiva – da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando você, profissional de saúde e gestor do Serviço Integrado de Saúde Mental (SIM-PR) a participar de um estudo intitulado “AVALIAÇÃO DE UM SERVIÇO INTEGRADO DE SAÚDE MENTAL NO ESTADO DO PARANÁ: PERCEPÇÕES E PRÁTICAS”. A avaliação sob uma perspectiva regionalizada justifica-se pela magnitude que as ações de saúde mental representam para o sistema de saúde considerando o território como lugar psicossocial do sujeito, os aspectos favoráveis e as dificuldades existentes na organização, gestão, construção das estratégias de cuidado e da articulação em rede em um serviço regionalizado de atenção psicossocial.

a) O objetivo desta pesquisa é Avaliar um Serviço Integrado de Saúde Mental no Estado do Paraná (SIM -PR).

b) Caso você concorde em participar da pesquisa, você participará da etapa que consiste na realização de entrevista, a qual será gravada e realizada nas dependências do Consórcio Intermunicipal de Saúde CIS Centro – Oeste, em sala privativa, visando garantir o sigilo e privacidade ao participante.

c) Para tanto você deverá responder as questões que serão abordadas durante a entrevista, o que levará aproximadamente cerca de 30 a 40 minutos.

d) É possível que você experimente algum desconforto, principalmente relacionado a insegurança ou constrangimento diante da gravação.

e) Alguns riscos relacionados ao estudo podem ser se apresentar como risco mínimo, tais como insegurança ou constrangimento diante da gravação e da entrevista. Contudo para minimizar esses riscos você terá acesso aos resultados da pesquisa, a entrevista será realizada em local reservado e você terá a liberdade para

não responder as questões caso sinta-se desconfortável, além disso em nenhum momento a sua identidade será revelada e a guarda do material proveniente das entrevistas ficará sob a responsabilidade do professor Deivisson Vianna Dantas dos Santos.

f) Os benefícios esperados com essa pesquisa são: fomentar a reflexão sobre um modelo de atenção organizado em um contexto regionalizado, permitindo reconhecer e identificar as práticas implementadas para construção desse modelo de atenção em saúde mental, bem como, promover a qualificação das ações em saúde mental sob a ótica da saúde coletiva para a população e a sociedade

g) Os pesquisadores Deivisson Vianna Dantas dos Santos, Clarilene Claro dos Santos e Marcelo Kimati Dias responsáveis por este estudo poderão ser localizados em qualquer horário pelos e-mails deivianna@gmail.com, clarilene.csantos@gmail.com, mdkimati@gmail.com, e telefones respectivamente (41) 99109-1158, (41) 99916-6949 e (41) 99196-6512 para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo. Em caso de emergência você também pode me contatar em qualquer horário Clarilene Claro dos Santos, neste número (41) 99916-6949.

h) A sua participação neste estudo é voluntária e se 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.

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

j) As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas, orientador da pesquisa Deivisson Vianna Dantas dos Santos e pelo co-orientador da pesquisa Marcelo Kimati Dias, sob forma codificada, para que a sua identidade seja preservada e mantida a confidencialidade.

k) Você terá a garantia de que quando os dados/resultados obtidos com este estudo forem publicados, seu nome não aparecerá em nenhum momento.

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 e-mail cometica.saude@ufpr.br e/ou telefone 41 -3360-7259, das 08:30h às 11:00h e das 14:00h às 16:00h ou do Hospital do Trabalhador, Bloco Centro de Estudos Pesquisa e Desenvolvimento Humano - Avenida República Argentina, nº 4406 - Bairro Novo Mundo - Curitiba/PR, pelo e-mail cep.cht@sesa.pr.gov.br e/ou telefone 41 321-5829, das 07:00h às 16:00h. 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 o 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.

Eu concordo, voluntariamente, em participar deste estudo.

Guarapuava, ____ de _____ de _____

[Assinatura do Participante de Pesquisa]

Eu declaro ter apresentado o estudo, explicado seus objetivos, natureza, riscos e benefícios e ter respondido da melhor forma possível às questões formuladas.

Deivisson Vianna Dantas dos Santos
Docente Adjunto III – Departamento Saúde Coletiva

Clarilene Claro dos Santos
Mestranda - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Marcelo Kimati Dias
Co-orientador – Departamento Saúde Coletiva

APÊNDICE 2 – ROTEIRO ENTREVISTA COM PROFISSIONAL

ROTEIRO ENTREVISTA COM PROFISSIONAL

Ficha de Descrição do Participante

Data: ____ / ____ / ____

Gênero: _____

Idade: _____

Escolaridade: _____

Categoria profissional: _____

Local de lotação/atuação: _____

Tempo de atuação no serviço: _____

Tipo de contratação: _____

1. Me conte, pra você o que é o SIM-PR?
2. Fale um pouco sobre a região em que vocês atendem.
3. Como são os atendimentos das pessoas que buscam o serviço?
4. Como as pessoas chegam neste serviço? (como decidem quem fica?) (quem elas são?) (onde e como vivem?)
5. Como vocês se relacionam com as famílias? (como elas chegam aqui?) (o que acontece?)
6. Que ações são desenvolvidas fora do serviço? (como?) (quem participa?) (Poderia me dar um exemplo?) (Não entendi, poderia explicar novamente?)
7. Como vocês costumam trabalhar aqui? (estrutura organizacional?) (reunião de equipe?) (educação permanente?)
8. Como é a rotina do serviço?

9. Como é a relação com os outros serviços? (sabem o que é o SIM PR?) (como acontece?) (pode detalhar um pouco mais?)

10. Que outras atividades de cuidado ou apoio vocês desenvolvem com as pessoas que procuram o serviço? (Como essas atividades acontecem?)

11. O que você acha do espaço físico daqui?

12. Fale um pouco sobre sua relação com a gestão? (como são avaliados?) (existem indicadores?)

13. E como você avalia o serviço?

APÊNDICE 3 – ROTEIRO ENTREVISTA COM GESTOR

ROTEIRO ENTREVISTA COM GESTOR

Ficha de Descrição do Participante

Data: ____ / ____ / ____

Gênero: _____

Idade: _____

Escolaridade: _____

Categoria profissional: _____

Local de lotação/atuação: _____

Tempo de atuação no serviço: _____

Tipo de contratação: _____

Gestor do serviço () Coordenador ()

1. Me conte, pra você o que é o SIM PR?
2. Como vocês costumam trabalhar neste serviço? (estrutura organizacional?) (reunião?) (educação permanente?)
3. Que ações são feitas por vocês?
4. Fale um pouco sobre a região que este serviço atende.
5. Como as pessoas chegam neste serviço? (como decidem quem fica?) (quem elas são?) (onde vivem?)
6. Como o serviço se relaciona com os familiares? (quando isso acontece?)
7. Como ocorrem os atendimentos fora do SIM PR? (como é decidido?) (quem participa?)
8. Existe algum tipo avaliação do trabalho? (como ocorre?) (quem participa?) (indicadores?)
9. O que você acha do espaço físico do SIM PR?

10. Como é a relação com outros serviços? (sabem o que é o SIM PR?) (como acontece?) (quando acontece?) (poderia detalhar um pouco mais?)
11. Como é a sua rotina de gestão?
12. Quais são as principais questões de gestão no seu serviço e como você lida com elas?

ANEXO 1 – ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO EM SAÚDE MENTAL

ESTADO DO PARANÁ				
Secretaria de Estado da Saúde – SESA				
Diretoria de Atenção e Vigilância em Saúde - DAV				
Coordenadoria de Atenção à Saúde - COAS				
Divisão de Atenção à Saúde Mental – DVSAM				
ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO EM SAÚDE MENTAL				
Nome do usuário: Ocupação:		Número de Prontuário:		
Nome e inscrição profissional (profissional que realizou atendimento):				
Serviço de saúde:		Data:		
Instruções de preenchimento ¹ :				
<p>1) Devem ser consideradas as manifestações sintomáticas ocorridas somente nos últimos 12 meses;</p> <p>2) Todos os grupos devem ser preenchidos;</p> <p>3) Circule o número correspondente ao sinal/sintoma;</p> <p>4) Realize a somatória dos números circulados;</p> <p>5) O total de pontos bruto será o escore para a Estratificação de Risco.</p>				
SINAIS E SINTOMAS			ÃO	IM
GRUPO I	Ansiedade ou medo persistente, sem causa ou explicação definida, que pode se manifestar com sudorese, tremor, taquicardia, sintomas digestivos e/ou episódios de sensação de morte iminente, de enlouquecer ou de perder o controle		0	4
	Insônia ou hipersonia		0	2
	Medo intenso e persistente de alguma coisa ou alguma situação bem definida que não apresente risco real (fobia)		0	2
	Crises conversivas (distúrbios sensoriais sem base física) e/ou dissociativas (alteração da qualidade da consciência, estreita/rebaixada)		0	2
	Alterações do apetite ou do comportamento alimentar		0	2
	Preocupação excessiva com o peso e/ou a forma corporal com distorção da autoimagem		0	2
	Queixas físicas (somáticas) persistentes sem causa aparente e/ou hipocondríacas		0	2
	Pensamentos ou comportamentos repetitivos/compulsivos com ou sem rituais obsessivos		0	2
	Pensamentos de inutilidade e/ou sentimento de culpa (situações nas		0	4

¹ Realizada preferencialmente pelo profissional de nível superior e vinculada à elaboração do plano de cuidados e/ou ao Projeto Terapêutico Singular.

	quais pode não haver vinculação com a realidade)		
	Tristeza persistente acompanhada de perda de interesse e prazer e/ou desesperança sem causa aparente	0	4
	Prejuízo da atividade sexual (perda ou aumento do desejo sexual, impotência, frigidez, dor na penetração, entre outros)	0	2
	Desorientação temporal e/ou espacial	0	2
GRUPO II	Ideação suicida sem planejamento	0	4
	Ideação suicida com planejamento ² ou histórico de tentativa de suicídio recente (últimos 12 meses)	0	10
	Apatia, diminuição do desempenho social, distanciamento afetivo e/ou afastamento do convívio social e familiar	0	4
	Humor instável associado a impulsividade e comportamentos destrutivos	0	6
	Heteroagressividade e/ou comportamento autolesivo	0	8
	Desinibição social, sexual e/ou perda da noção de pudor	0	4
	Aumento da atividade motora com ou sem inquietação excessiva e constante	0	4
	Humor anormalmente elevado, expansivo, irritável ou eufórico	0	4
	Delírio (ideias criadas e/ou distorcidas da realidade cujo questionamento não é tolerado)	0	8
	Alucinação (percepção visual, auditiva, gustativa, olfativa, ou tátil sem a presença de objetos reais)	0	8
	Alteração do curso e/ou da forma do pensamento (pode estar acelerado, lentificado ou interrompido)	0	6
	Perda da capacidade de julgamento da realidade sem que haja consciência ou noção desta alteração	0	8
	Alteração da memória (perda, excesso ou lapso)	0	2
GRUPO III	<i>Delirium tremens</i> (diminuição do nível da consciência, tremores, febre, sudorese, alucinações de pequenos insetos e animais e outros sintomas que surgem após 72 horas de abstinência alcoólica)	0	10
	Sinais ou sintomas de abstinência ao uso continuado de álcool e/ou drogas	0	8
	Incapacidade de redução e controle do uso de substâncias psicoativas (mantém o uso apesar do prejuízo)	0	8
	Manifestação de comportamento de risco para si e para terceiros sob efeito de substâncias	0	8
	Consumo progressivo de substância psicoativa sem obter o efeito esperado (tolerância)	0	6
	Uso abusivo de Substâncias Psicoativas	0	8
	Dificuldade de compreender e/ou transmitir informação através da fala e linguagem no período de desenvolvimento infantil	0	4
	Movimentos corporais ou comportamentais repetitivos, bizarros ou paralisados	0	4

² Caso o usuário apresente ideação suicida com planejamento e com acesso a um método, associado a um transtorno mental (especialmente depressão ou abuso de substâncias), desespero, presença de delírio ou alucinação ele deverá ser encaminhado imediatamente a serviço de urgência

GRUPO IV	Dificuldade para adquirir e desenvolver as habilidades escolares	0	4
	Dificuldade para adquirir e desenvolver as habilidades motoras	0	4
	Severa dificuldade na interação social e às mudanças na rotina	0	8
	Desatenção com interrupção prematura de tarefas e/ou deixando tarefas inacabadas	0	2
	Comportamento provocativo, desafiador e/ou opositor persistente	0	6
	Comportamentos ou reações emocionais que não correspondem ao esperado para a idade biológica	0	4
GRUPO V	Resistência ao tratamento, refratariedade ou não adesão	0	4
	Recorrência ou Recaída (02 meses após desaparecimento dos sintomas)	0	4
	Exposição continuada ao estresse ou evento traumático acima do individualmente suportável	0	4
	Precariedade de suporte familiar e/ou social com ou sem isolamento social e distanciamento afetivo	0	4
	Testemunha de violência	0	2
	Autor ou Vítima de violência interpessoal	0	6
	Perda da funcionalidade familiar e/ou social (autonomia)	0	6
	Perda progressiva da capacidade funcional, ocupacional e social decorrentes de um agravo de saúde	0	4
	Vulnerabilidade social	0	2
	Histórico familiar de transtorno mental / dependência química / suicídio	0	2
	Comorbidade ou outra condição crônica de saúde associada	0	4
	Faixa etária menores de 18 anos e maiores de 60 anos	0	6
	Abandono e/ou atraso escolar	0	2

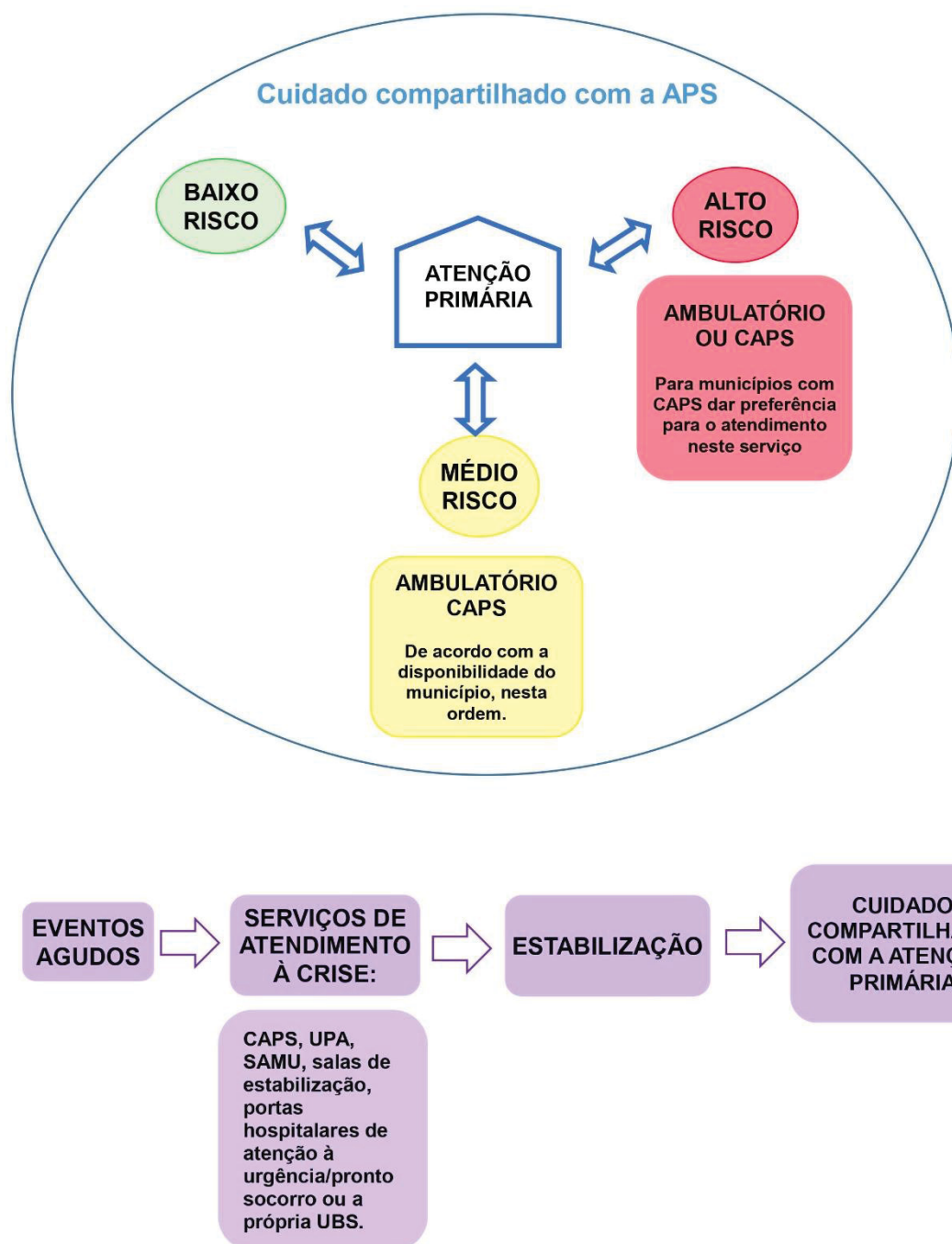
PONTUAÇÃO	RISCO	PONTUAÇÃO TOTAL: ESTRATIFICAÇÃO:
0 a 40	BAIXO RISCO	
42 a 70	MÉDIO RISCO	
72 a 240	ALTO RISCO	

Condições Especiais	Gestação e maternidade recente (há menos de um ano); grupos vulneráveis (ex: indígena, LGBTQIA+, migrante, pessoa em situação de rua, população exposta a agrotóxicos), deficiência intelectual moderada ou severa.
Eventos agudos	Tentativa de suicídio; crise; surto psicótico.

Autoria de Aline Pinto Guedes, Débora de F. Guelfi Waihrich, Flávia Caroline Figel, Júlia Eliane Murta, Larissa Sayuri Yamaguchi, Maristela da Costa Souza, Rejane Cristina Teixeira Tabuti, Suelen Leticia Gonçalves, Vanessa Carvalho de Souza Leal Wladimir Cid Bastos Gonçalves.

Colaboração: Técnicos das regionais de saúde e COSEMS.

Fluxograma de atendimento na Rede de Atenção à Saúde conforme Estratificação de Risco em Saúde Mental



DESCRITORES:

Com a finalidade de auxiliar na escolha dos parâmetros que definirão o nível em que ocorrerá a assistência em saúde e lembrando que o planejamento da estratificação de risco da população alvo foi realizada considerando a gravidade dos sinais e sintomas apresentados, sem a necessidade de

firmar diagnóstico inicial, somada às condições de vida atual do usuário; a seguir apresentamos os descritores dos sinais e sintomas identificados durante as entrevistas de acolhimento da demanda de assistência em saúde.

GRUPO I	
Sintomas relacionados aos transtornos mentais comuns ou menores	
<p>Também caracterizados por englobar quadros mais leves como os depressivos, ansiosos e somatoformes classificáveis nos manuais diagnósticos, além de abranger múltiplos sintomas. Causam prejuízos e incapacidades funcionais, sociais e físicas comparáveis ou mais graves que os transtornos crônicos, duas vezes mais queixas de doenças físicas, altas taxas de mortalidade quando comparados com a população em geral, além de ser uma das mais importantes causas de morbidade na atenção primária.</p>	
SINAIS E SINTOMAS	DESCRIÇÃO
Ansiedade ou medo persistente, sem causa ou explicação definida, que pode se manifestar com sudorese, tremor, taquicardia, sintomas digestivos e/ou episódios de sensação de pânico (morte iminente, de enlouquecer ou de perder o controle).	Sentimento de medo, agudo ou prolongado, acompanhado ou não de manifestações físicas cuja causa não é localizável ou identificável. Inclui episódios de pânico (sensação de morte iminente, de enlouquecer ou de perder o controle).
Insônia ou hipersonia	Dificuldade de adormecer ou de manter-se adormecido, acordar precocemente ou uma sensação de sono não renovador. Hipersonia é a sonolência excessiva durante o dia e/ou sono prolongado a noite.
Medo intenso e persistente de alguma coisa ou alguma situação bem definida que não apresente risco real (fobia)	Medo excessivo em relação a algum objeto, animal ou situação.
Crises conversivas	Conjunto de manifestações de comportamento, das sensações em que o indivíduo pode ter movimentos corporais bizarros, parecidos com convulsões, imobilidade (paralisia) ou anestesia de membros e/ou sensação de perda de alguma função como a fala, audição ou visão.
Crises dissociativas	Semelhante a convulsões epiléticas, manifestando-se por alteração da qualidade da consciência em que esta se estreita ou se rebaixa, porém sem uma causa biológica explicável, levando o indivíduo a fazer uma amnésia seletiva de fatos, de lugares, de si mesmo,

	de pessoas e/ou de fatos psicologicamente significativos.
Alterações do apetite ou do comportamento alimentar	Inclui perda ou aumento do apetite de maneira significativa, além de compulsões alimentares, dietas restritivas e/ou indução de vômito ou diarreia.
Preocupação excessiva com o peso e/ou a forma corporal com distorção da autoimagem	Preocupação excessiva em perder peso ou alterações da imagem corporal, que ocorrem quando o usuário não identifica corretamente seu padrão corporal.
Queixas físicas (somáticas) persistentes sem causa aparente e/ou hipocondríacas	Sensações corporais muito frequentes e/ou sensações e sinais físicos triviais interpretados como anormais e perturbadores levando a um temor de estar com alguma doença que não tenha causa biológica explicável. Costumam levar o indivíduo a obter atenção de terceiros ou outro ganho secundário
Pensamentos ou comportamentos repetitivos/compulsivos com ou sem rituais obsessivos	Pensamentos ou atos em geral incompreensíveis, inevitáveis e indesejáveis pelo próprio indivíduo, julgados por ele como absurdos e irracionais. São exemplos: a reflexão demorada e persistente de ideias, os rituais de verificação (ex. checar várias vezes se a porta está trancada) e os de limpeza (ex. lavar a mão excessivamente, algumas vezes a ponto de se lesionar). Tais comportamentos costumam ser realizados para aliviar algum desconforto emocional subjetivo.
Pensamentos de inutilidade e/ou sentimento de culpa (situações nas quais não há vinculação com a realidade)	São crenças pessimistas em que o indivíduo se autoacusa de acontecimentos diversos os quais não tem responsabilidade direta. Em geral se acompanham de sentimentos depressivos e podem evoluir para ideias desconectadas da realidade.
Tristeza persistente acompanhada de perda de interesse e prazer e/ou desesperança sem causa aparente	Sentimentos de tristeza observados ou referidos pelo indivíduo que são acompanhados de prolongada ausência de vontades e desejos, com inibição global do funcionamento mental, sem necessariamente ter uma causa definida.
Prejuízo da atividade sexual	Quando há relatos de dificuldades para estabelecer relações sexuais, que podem incluir perda ou aumento do desejo sexual, impotência, frigidez, dor na penetração, entre outros.

Desorientação temporal e espacial	Prejuízo ou incapacidade de a pessoa reconhecer a data (dia, mês e ano) atual e o local em que se encontra.
GRUPO II	
Sintomas relacionados aos transtornos mentais severos e persistentes	
Se definem por uma gama extensa e heterogênea de características e necessidades que impactam sobre indivíduos tendo em comum a duração do problema, o grau de sofrimento emocional, o nível de incapacidade que interfere nas relações interpessoais e nas competências sociais e o diagnóstico psiquiátrico. Grande parte dos indivíduos aqui agrupados são pessoas com transtornos psicóticos – esquizofrenia, transtorno afetivo bipolar e outras psicoses.	
SINAIS E SINTOMAS	DESCRIÇÃO
Ideação suicida sem planejamento	É a intenção de matar-se. Tema que deve ser abordado em qualquer investigação de sofrimento psíquico, permitindo ao usuário falar do assunto para que o risco de suicídio seja avaliado.
Ideação suicida com planejamento ou histórico de tentativa de suicídio recente (últimos 12 meses)	Intenção de matar-se somada ao planejamento da ação. Caso haja acesso aos meios para concretizá-la, associado a um transtorno mental (especialmente depressão ou abuso de substâncias), desespero, presença de delírio ou alucinação, o usuário deverá ser encaminhado imediatamente a serviço de urgência. O histórico de tentativa de suicídio nos últimos 12 meses deve ser avaliado, pois é o maior fator de risco para o suicídio.
Apatia, diminuição do desempenho social, distanciamento afetivo e/ou afastamento do convívio social e familiar	Pouca expressão de emoções e afetos; quando há relatos de isolamento, quando a pessoa deixa de frequentar locais ou interagir com pessoas com quem mantinha vínculo próximo.
Humor instável associado a impulsividade e comportamentos destrutivos	Comportamentos impulsivos, imprevisíveis, dificuldade em lidar com a frustração, muitas vezes realizando ações de auto ou heteroagressões.
Heteroagressividade e/ou comportamento autolesivo	A heteroagressividade é a alteração de conduta em que o indivíduo usa práticas de violência verbal ou física contra os outros ou contra objetos. O comportamento autolesivo é a alteração de conduta em que o indivíduo realiza ações de violência física contra si (cortes, beliscões, queimaduras, entre outros).
Desinibição social, sexual e/ou perda da noção de pudor	Alteração de comportamento em que o indivíduo perde a noção de pudor, com atitudes exageradamente sedutoras ou consideradas obscenas, como por exemplo, exposição dos órgãos genitais. Em geral se acompanham de sentimentos de euforia e/ou de grandeza.
Aumento da atividade motora com ou sem inquietação excessiva e constante	Aumento da atividade motora associada ou não a ações involuntárias, automáticas, sem reflexão ou ponderação, em geral incontroláveis, e sem objetivo específico, podendo levar a exaustão.
Humor anormalmente elevado, expansivo,	Elevação desproporcional do humor compreendida

irritável ou eufórico	como uma alegria patológica em que o indivíduo está demasiado otimista, motivado, exaltado, comunicativo. Pode apresentar pressão para falar sem parar resultando num discurso acelerado, contagiante, repleto de brincadeiras e gesticulações. O indivíduo pode expressar vivências exageradas de qualidades pessoais, poder, ganho, grandeza e sucesso relacionados a si mesmo.
Delírio (ideias criadas e/ou distorcidas da realidade cujo questionamento não é tolerado)	Distúrbio do conteúdo do pensamento em que o indivíduo tem ideias em desacordo com a realidade (cria, distorce ou dá falso significado). Essas são crenças das quais ele tem absoluta convicção, sendo irremovíveis e não influenciáveis.
Alucinação	Alteração da percepção visual, auditiva, olfativa, gustativa ou tátil que é clara e definida apesar de o objeto não estar presente na realidade.
Alteração do curso e/ou da forma do pensamento (pode estar acelerado, lentificado ou interrompido)	Aceleração/lentificação nas respostas, sensação de interrupção do pensamento, ou ainda crença de que outras pessoas ouvem ou percebem seus pensamentos e/ou que seu pensamento foi roubado da mente (alteração no curso). Fuga de ideias, pensamentos que deixam de seguir uma sequência lógica ou perda de coerência (alterações da forma).
Perda da capacidade de julgamento da realidade sem que haja consciência ou noção desta alteração	Alteração do pensamento em que há um julgamento falso ou distorcido da realidade motivado por fatores psíquicos patológicos, que se evidencia principalmente quando há alucinações e delírios. Em geral se acompanha de perda das capacidades de autogerenciamento.
Alteração da memória (perda, excesso ou lapso)	Dificuldade ou incapacidade para recordar fatos ocorridos antes, durante ou após um determinado ponto no tempo.
GRUPO III	
Sintomas relacionados à dependência de álcool e outras drogas	
Englobam o abuso e dependência de substâncias psicoativas (drogas) que quando utilizadas alteram o funcionamento cerebral causando modificações no estado mental ou psiquismo. Inclui o uso de depressores do Sistema Nervoso Central (álcool, benzodiazepínicos, opiáceos e inalantes), os psicoestimulantes (anfetaminas e cocaína/crack) e os alucinógenos (maconha, LSD, êxtase). A dependência caracteriza-se por reações físicas ou psíquicas que incluem ingestão excessiva de drogas psicoativas, de modo contínuo ou periódico, para experimentar seus efeitos psíquicos e/ou evitar o desconforto de sua falta (abstinência); abandono progressivo de prazeres e interesses e persistência do uso apesar dos prejuízos decorrentes.	
SINAIS E SINTOMAS	DESCRIÇÃO
<i>Delirium tremens</i>	Psicose orgânica reversível que dura de 2 a 10 dias e que resulta da interrupção da ingestão de bebida

	<p>alcoólica. Inicia-se geralmente 72 horas após a ingestão da última dose de bebida alcoólica, e manifesta-se com diminuição do nível da consciência, confusão mental, desorientação no tempo e espaço, tremores de extremidade e generalizados, insônia, febre, sudorese abundante, ilusões e alucinações visuais e táteis (pequenos insetos e animais) podendo levar à morte pela desidratação e outras complicações.</p>
<p>Sinais ou sintomas de abstinência ao uso continuado de álcool e/ou drogas</p>	<p>Alterações físicas e psicológicas caracterizadas por sintomas como mal-estar, ansiedade, irritabilidade, hipertensão, insônia, náusea, agitação, taquicardia, etc. Podem surgir minutos ou horas após a privação do consumo de álcool ou outras drogas psicoativas. Tremores finos observáveis nas mãos, pernas e língua e hálito e/ou suor com cheiro de álcool são observadas na dependência ao álcool bem como fissura (desejo) pelo uso da droga, inquietude e comportamento de busca, ansiedade, irritabilidade podem ser observados na interrupção do uso de psicoestimulantes como a cocaína.</p>
<p>Incapacidade de redução e controle do uso de drogas</p>	<p>Situação em que o indivíduo, apesar dos prejuízos pessoais sofridos em decorrência da ingestão de álcool ou drogas, continua o uso dos mesmos.</p>
<p>Manifestação de comportamento de risco para si e para terceiros</p>	<p>Atitudes pessoais que colocam o indivíduo em risco de morrer, de causar danos para outros, de sofrer prejuízo físico, emocional ou moral. Ex: dirigir embriagado, relação sexual desprotegida, intoxicação alcoólica aguda, coma alcoólico, abandono de higiene e alimentação.</p>
<p>Consumo progressivo de substância psicoativa sem obter o efeito esperado (tolerância)</p>	<p>Necessidade de ingerir quantidades de substâncias psicoativas progressivamente maiores para obter o mesmo efeito observado inicialmente em pequenas quantidades.</p>
<p>Uso abusivo de substâncias psicoativas</p>	<p>Padrão de uso de psicofármacos, álcool ou outras drogas que causa prejuízo ou dano real à saúde, à vida social e profissional do usuário; sem que se observem tolerância, abstinência e sinais e sintomas de abstinência presentes em casos de dependência química.</p>
<p>Substância psicoativa (SPA)</p>	<p>Substância química que atua diretamente no sistema nervoso central causando alterações na função cerebral com conseqüente modificação no</p>

	<p>pensamento, no humor, nas percepções, no comportamento e/ou na consciência. Com diferentes capacidades de causar dependência, têm utilidade e significados diferentes para aqueles que as consomem.</p>
<p>GRUPO IV</p> <p>Sintomas relacionados a alterações na saúde mental que se manifestam na infância e/ou na adolescência</p> <p>Grupo heterogêneo de transtornos, cujo desenvolvimento é mais comum durante a infância e/ou adolescência. Algumas destas afecções constituem síndromes bem definidas, enquanto outras são simples associações de sintomas; mas devem ser identificadas em função de sua frequência e de sua associação com uma alteração do funcionamento psicossocial.</p>	
SINAIS E SINTOMAS	DESCRIÇÃO
Dificuldade de compreender e/ou transmitir informação através da fala e linguagem no período de desenvolvimento infantil	Pode ser dificuldade da fala, da escrita, da expressão facial, da gesticulação corporal, do aprendizado e da compreensão, observados com maior frequência no período escolar.
Movimentos corporais ou comportamentais repetitivos, bizarros ou paralisados	São gestos, trejeitos, tiques, maneirismos, posturas que são repetidas ou, ao contrário, são mantidas por longos períodos, mas sem um propósito específico ou objetivo aparente.
Dificuldade para adquirir e desenvolver as habilidades escolares	Dificuldades para reter o conhecimento escolar, dificuldades no aprendizado e leitura, atraso no desenvolvimento de habilidades educacionais.
Dificuldade para adquirir e desenvolver as habilidades motoras	Dificuldade para realizar atividades esperadas para sua idade, decorrente de limitações no desenvolvimento neuropsicomotor (ex. Criança de seis anos que não consegue segurar o lápis com firmeza).
Severa dificuldade na interação social e às mudanças na rotina	Indivíduo que não estabelece contato com outras pessoas e pouco interage com seu círculo familiar/social (restrito ou escasso contato visual, oral e/ou tátil). Pode apresentar rejeição às mudanças na rotina, com comportamentos opostos a estas.
Desatenção com interrupção prematura de tarefas e/ou deixando tarefas inacabadas	Padrão de comportamento caracterizado por falta de atenção, resultando em desorganização, distratibilidade, esquecimentos e dificuldade de planejamento.
Comportamento provocativo, desafiador e/ou opositor persistente	Padrão de comportamento desafiante e desobediente, ocorre recorrentemente e pode ser direcionado às figuras de autoridade ou colegas e pode associar-se a comportamentos agressivos e vingativos.
Comportamentos ou reações emocionais que	Tendência a apresentar comportamentos ou reações

não correspondem ao esperado para a idade biológica	afetivas características de épocas anteriores ao atual nível de desenvolvimento e experiência pessoal (também denominado puerilismo ou infantilismo afetivo) e/ou manifestações precoces de sexualidade inconsistente com o período de desenvolvimento. Inclui enurese, encoprese, pesadelo e terror noturno.
GRUPO V	
Fatores que podem se constituir em agravantes de problemas de saúde mental já identificados	
Refere-se à condição de vida atual do usuário sendo baseados nos fatores de risco e proteção.	
SINAIS E SINTOMAS	DESCRIÇÃO
Resistência ao tratamento, refratariedade ou não adesão	Resposta inefetiva a diversos tratamentos administrados de maneira adequada, seja por não aderência do usuário, por permanência dos sintomas, ou por evidências de fracasso nos tratamentos psiquiátricos anteriores.
Recorrência ou Recaída	Retorno da atividade de uma doença após um período de pelo menos 02 meses em que houve remissão (desaparecimento) completa dos sintomas. Pode ser uma manifestação clínica ou laboratorial. Um 1º episódio é considerado único, episódios subsequentes são “recorrentes” ou “recidivantes”.
Exposição continuada ao estresse ou evento traumático acima do individualmente suportável	Quando o indivíduo convive repetidamente ou por tempo prolongado, com eventos ou circunstâncias em sua vida pessoal, familiar, profissional ou social, ou, ainda, quando passou por evento traumático, que gerem alteração, reação ou sofrimento emocional inevitável e acima do individualmente suportável.
Precariedade de suporte familiar e/ou social com ou sem isolamento social e distanciamento afetivo	Quando não há familiares e/ou pessoas de sua comunidade disponíveis para prestar alguma assistência, supervisão, monitoramento ou encaminhamento para tratamento; com ou sem tendência a manter-se afastado do convívio e/ou contato familiar ou social.
Testemunha de violência	Pessoa que assistiu de forma presencial ato de violência física contra terceiros.
Autor ou vítima de violência interpessoal	Pessoa que sofreu ou cometeu ato de violência física contra terceiros.
Perda da funcionalidade familiar e/ou social (autonomia)	Quando o indivíduo perdeu a capacidade de gerenciar sua vida, necessitando auxílio constante de outras pessoas.
Perda progressiva da capacidade funcional, ocupacional e social decorrentes de um agravo de saúde	Quando o indivíduo tem alteração ou condição de saúde que interfere diretamente e progressivamente em seu desempenho de atividades funcionais, ocupacionais e sociais. Um exemplo é uma pessoa que adquire uma doença e passa a ter limitações decorrentes da evolução da mesma.
Vulnerabilidade social	Situação de pessoas ou grupos com dificuldades

		devido a condições socioeconômicas, de moradia, educação, trabalho, acesso, oportunidades e fatores como gênero, raça/cor/etnia, migração, entre outros que interferem na qualidade de vida.
Histórico familiar de transtorno mental / dependência química / suicídio		Quando algum familiar direto do usuário possui algum transtorno mental, podendo incluir dependência química a álcool ou outras drogas e histórico de tentativas de suicídio.
Comorbidade ou outra condição crônica de saúde associada		Quando uma ou mais doenças ou condições crônicas estão presentes ao mesmo tempo que o transtorno mental.
Faixa etária > 60 anos e < de 18 anos		Pessoa com idade cronológica superior a 60 (sessenta) anos e inferior a 18 (dezoito) anos.
Abandono e/ou atraso escolar		Quando o aluno deixa de ir à escola ou está em atraso de no mínimo 02 (dois) anos consecutivos do período escolar.
CONDIÇÕES ESPECIAIS	São condições que exigem maior atenção e cuidado da equipe independentemente do risco identificado pelo instrumento.	<ul style="list-style-type: none"> • GESTÃO E MATERNIDADE RECENTE³; • GRUPOS VULNERÁVEIS (EX: INDÍGENA, LGBTQIA+, MIGRANTE, PESSOA EM SITUAÇÃO DE RUA, POPULAÇÃO EXPOSTA A AGROTÓXICOS) • DEFICIÊNCIA INTELLECTUAL MODERADA OU SEVERA.
EVENTOS AGUDOS	Nestas situações não se faz estratificação de risco, pois são consideradas situações de urgência para as quais deve ser aplicada a classificação de risco como em qualquer outro evento agudo	<ul style="list-style-type: none"> • TENTATIVA DE SUICÍDIO; • CRISE; • SURTO PSICÓTICO.

Referências Bibliográficas

BRASIL. Portaria de Consolidação nº 02, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Portaria de Consolidação nº 03, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as Redes do Sistema Único de Saúde. Ministério da Saúde, 2017.

DALGALARRONDO, Paulo. *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. Porto Alegre, 2000. Editora Artes Médicas do Sul

³ Parto ocorrido há menos de um ano.

MIGUEL, Eurípedes Constantino; GENTIL, Valentim & GATTAZ, Wagner Farid. *Clínica psiquiátrica*. Barueri, SP: Manole, 2011.

MELLO, Marcelo Feijó de, MELLO; Andrea de Abreu Feijó de; KOHN, Robert, organizadores. *Epidemiologia da saúde mental no Brasil*. Porto Alegre: Artmed, 2007

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

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Relatório sobre a saúde no mundo 2001: Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Genebra: OPAS/OMS, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. MI-mhGAP Manual de Intervenções para transtornos mentais, neurológicos e por uso de álcool e outras drogas na rede de atenção básica à saúde. Versão 2.0. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2018. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

OLIVEIRA, José Menna ; LIMA, Roberto Pierobom. *O exame do estado mental*. 1ª. ed. Pelotas (RS): Editora e Gráfica Universitária - UFPel, 2000. v. 1. 230p

SANTOS, Élem Guimarães dos; SIQUEIRA, Marluce Miguel de. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* [online]. 2010, v. 59, n. 3: 238-246.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Mental health policy, plans and programmes (Mental health policy and service guidance package)*. Singapore, 2004.