

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ - CAMPUS DE CASCAVEL  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOCÊNCIAS E SAÚDE – MESTRADO

**MARCIA MAKIYAMA**

**REDE DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL EM UMA REGIÃO DE  
SAÚDE DO PARANÁ**

CASCAVEL-PR

Março/2020

**MARCIA MAKIYAMA**

**REDE DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL EM UMA REGIÃO DE  
SAÚDE DO PARANÁ**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Biociências e Saúde – Mestrado, do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, como requisito para obtenção do grau de Mestre.

Área de concentração: Biologia, Processo Saúde-Doença e Políticas de Saúde

**ORIENTADORA:** Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Gicelle Galvan  
Machineski

CASCADEL-PR

Março / 2020

Ficha de identificação da obra elaborada através do Formulário de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da Unioeste.

Makiyama, Marcia

REDE DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL EM UMA REGIÃO DE SAÚDE DO PARANÁ / Marcia Makiyama; orientador(a), Gicelle Galvan Machineski, 2020.  
141 f.

Dissertação (mestrado), Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Campus de Cascavel, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Graduação em Enfermagem Programa de Pós-Graduação em Biociências e Saúde Ciências Aplicadas à Saúde, 2020.

1. Saúde Mental. 2. Serviços de Saúde. 3. Serviços de Saúde Mental. I. Galvan Machineski, Gicelle . II. Título.



**unioeste**

Universidade Estadual do Oeste do Paraná

Campus de Cascavel CNPJ 78680337/0002-65

Rua Universitária, 2069 - Jardim Universitário - Cx. P. 000711 - CEP 85819-110

Fone:(45) 3220-3000 - Fax:(45) 3324-4566 - Cascavel - Paraná



**PARANÁ**

GOVERNO DO ESTADO

## MARCIA MAKIYAMA

Rede de cuidado em saúde mental em uma regional de saúde do Paraná

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Biociências e Saúde em cumprimento parcial aos requisitos para obtenção do título de Mestra em Biociências e Saúde, área de concentração Biologia, Processo Saúde-doença e Políticas de Saúde, linha de pesquisa Práticas e Políticas de Saúde, APROVADO(A) pela seguinte banca examinadora:

Orientador(a) - Gicelle Galvan Machineski

Universidade Estadual do Oeste do Paraná - Campus de Cascavel (UNIOESTE)

Maria Lucia Frizon Rizzotto

Universidade Estadual do Oeste do Paraná - Campus de Cascavel (UNIOESTE)

Cintia Nasi

Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

Cascavel, 16 de dezembro de 2019

## **AGRADECIMENTOS**

À Professora Gicelle, pela orientação, competência, profissionalismo e dedicação tão importantes. Obrigada por acreditar em mim e pelos tantos elogios e incentivos.

À minha família, meus pais e filho, por me apoiarem e me compreenderem em todos os momentos.

Às colaboradoras Aline Barancelli e Aparecida Gomes Fleminge, da 10<sup>a</sup> Regional de Saúde do Paraná, que auxiliaram na produção do trabalho.

Por fim, a todos aqueles que contribuíram, direta ou indiretamente, para a realização desta dissertação, o meu sincero agradecimento.

## EPÍGRAFE

E o futuro é uma astronave que tentamos pilotar,  
Não tem tempo nem piedade, nem tem hora de chegar.  
Sem pedir licença muda a nossa vida, depois convida a rir ou chorar.  
Nessa estrada não nos cabe conhecer ou ver o que virá.  
O fim dela ninguém sabe bem ao certo onde vai dar.  
Vamos todos numa linda passarela de uma aquarela que um dia, enfim, descolorirá.

(Toquinho e Vinícius de Moraes)

## RESUMO

**Makiyama, Marcia.** Rede de cuidado em saúde mental em uma região de saúde do Paraná. 141 páginas. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Biociências e Saúde, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Campus Cascavel, Unioeste, 2019.

Introdução: A rede de saúde mental deve se organizar de modo a oferecer o cuidado e promover a integralidade da assistência ao usuário em sofrimento mental. Nesse sentido, a atuação do profissional pode favorecer a garantia desses direitos; para tanto, políticas públicas e financiamento, aliados a um sistema de saúde robusto, profissionais capacitados, diretrizes, fluxos e pontos pactuados com responsabilidades definidas, são propostas para a integração da saúde mental na Atenção Básica. Dessa forma, o objetivo geral deste trabalho foi analisar a organização da rede de atenção à saúde mental em 24 municípios da 10ª Regional de Saúde do Paraná quanto aos objetivos específicos, visando a conhecer a estrutura e a organização da rede de saúde, o fluxo e as práticas de saúde mental e a compreender a percepção dos profissionais em relação à rede de atenção à saúde mental nos 24 municípios da 10ª Regional de Saúde do Paraná. Metodologia: Trata-se de pesquisa exploratória de campo, com abordagem dos aspectos quantitativos. A coleta de dados foi realizada, no período de fevereiro a maio de 2019, mediante a aplicação de questionário semiestruturado aos profissionais que atendem os usuários de saúde mental nos 24 municípios que autorizaram a pesquisa, e uma entrevista a um técnico da Décima Região de Saúde do Estado do Paraná, a fim de complementar os dados quantitativos. Resultados e discussão: O perfil profissional revelou prevalência do sexo feminino, (92%), n=22, idade entre 30 a 35 anos, (29%), n=7, graduação em Psicologia, (54%), n=13, e tempo de atuação entre 1 a 3 anos, (50%), n=12, à frente dos serviços na saúde. As diversas condições socioeconômicas, culturais e demográficas dos 24 municípios estudados definem a estrutura dos serviços de atenção à saúde mental e influenciam nas práticas de saúde, sendo que todos, (100%), n=24, possuem pelo menos uma unidade de Estratégia da Saúde da Família, e (17%), n=4, não dispõem de Núcleo de Apoio à Saúde da Família. As práticas dos serviços em saúde revelam que (42%), n=10, realizam a estratificação de risco, (67%), n=16, afirmam realizar o cuidado em saúde mental de acordo com os parâmetros da Rede de Atenção Psicossocial, dos quais, (54%), n=13, confirmam comunicação formal ou informal com os demais serviços. Os profissionais responderam que realizam o Acompanhamento Terapêutico (AT), (100%), n=24; porém, não reconhecem a escuta qualificada e o acolhimento como essenciais para o vínculo e a principal queixa da dificuldade de manejo do usuário. Considerações finais: Percebe-se a heterogeneidade quanto à periodicidade das reuniões e na forma como os profissionais se comunicam com os demais serviços. O estudo permitiu visualizar vazios sanitários, lacunas nas práticas do processo do trabalho e necessidade de capacitação aos profissionais. Entende-se que o estudo pode contribuir para o fortalecimento das políticas públicas e das práticas de saúde mental.

**Palavras-Chaves:** Saúde Mental. Serviços de Saúde. Serviços de Saúde Mental.

## ABSTRACT

Makiyama, Marcia. **Mental health care network in a health region of Paraná.** 141 pages. Masters dissertation. Biosciences and Health Graduate Program, Center for Biological and Health Sciences, Cascavel Campus, Unioeste, 2019.

Introduction: The mental health network must be organized in order to offer care and promote comprehensive care for users in mental suffering. In this sense, the professional's performance can favor the guarantee of these rights; therefore, public policies and financing, combined with a robust health system, trained professionals, guidelines, flows and points agreed with defined responsibilities, are proposed for the integration of mental health in Primary Care. Thus, the general objective of this work was to analyze the organization of the mental health care network in 24 municipalities in the 10th Regional Health Region of Paraná regarding specific objectives, aimed at understanding the structure and organization of the health network, the flow and mental health practices and understanding the perception of professionals in relation to the mental health care network in the 24 municipalities of the 10th Regional Health Region of Paraná. Methodology: This is exploratory field research, with an approach to quantitative aspects. Data collection was carried out from February to May 2019, through the application of a semi-structured questionnaire to professionals who serve mental health users in the 24 municipalities that authorized the research, and an interview with a technician from the Tenth Health Region Paraná, in order to complement the quantitative data. Results and discussion: The professional profile revealed a female prevalence, (92%), n = 22, age between 30 to 35 years, (29%), n = 7, Psychology degree, (54%), n = 13, and working time between 1 to 3 years (50%), n = 12, ahead of health services. The diverse socioeconomic, cultural and demographic conditions of the 24 municipalities studied define the structure of mental health care services and influence health practices, with all (100%), n = 24, having at least one Strategy unit. Family Health, and (17%), n = 4, do not have a Family Health Support Center. Health service practices reveal that (42%), n = 10, perform risk stratification, (67%), n = 16, claim to provide mental health care according to the parameters of the Psychosocial Care Network, of which, (54%), n = 13, confirm formal or informal communication with other services. The professionals answered that they perform Therapeutic Accompaniment (TA), (100%), n = 24; however, they do not recognize qualified listening and embracement as essential for the bond and the main complaint of the user's handling difficulties. Final considerations: The heterogeneity regarding the frequency of meetings and the way professionals communicate with other services is perceived. The study allowed the visualization of health gaps, gaps in the practices of the work process and the need for training professionals. It is understood that the study can contribute to the strengthening of public policies and mental health practices.

**Keywords:** Mental Health. Health Services. Mental Health Services.



## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Os determinantes sociais construídos por Dahlgren & Whitehead. ....	30
Figura 2 - A estrutura operacional das Redes de Atenção à Saúde.....	32

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Quantitativo populacional dos municípios e a prevalência sobre a estimativa do uso de álcool e outras drogas pela população brasileira entre 12 e 65 anos e de transtorno mental. ....	37
Quadro 2 – Estrutura organizacional dos serviços dos municípios .....	58

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Número e proporção dos profissionais responsáveis pela atenção em saúde mental nos municípios da 10ª Regional de Saúde, segundo idade, sexo, formação e tempo de atuação no serviço, Paraná, 2019.....	55
Tabela 2 – Número e proporção de Instrumento de Estratificação de Risco, NASF habilitados, RAPS no município e comunicação entre os pontos da RAPS nos municípios da 10ª Regional de Saúde, PR, 2019. ....	63
Tabela 3 – Resultado da pesquisa sobre as práticas dos serviços de atenção à saúde mental, divididos em estratificação de risco, disponibilização de Núcleo de Apoio à Saúde da Família, trabalho em rede e Acompanhamento Terapêutico, nos municípios da 10ª Regional de Saúde, PR, 2019. ....	64

## LISTA DE ABREVIATURAS

<b>AB</b>	Atenção Básica
<b>ABRASCO</b>	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
<b>ACS</b>	Agente Comunitário de Saúde
<b>AIH</b>	Autorização de Internações Hospitalares
<b>APS</b>	Atenção Primária à Saúde
<b>AT</b>	Acompanhamento Terapêutico
<b>AVAI</b>	Anos de Vida Ajustados por Incapacitação
<b>CAPS</b>	Centro de Atenção Psicossocial
<b>CAPS I</b>	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
<b>CAPS AD</b>	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
<b>CEP</b>	Comitê de Ética e Pesquisa
<b>CEBES</b>	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
<b>CISOP</b>	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Oeste do Paraná
<b>CIR</b>	Comissões Intergestores Regionais
<b>CIT</b>	Comissão Intergestores Tripartite
<b>CNES</b>	Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
<b>CONASEMS</b>	Conselho Nacional de Secretárias Municipais de Saúde dos Municípios
<b>CONASS</b>	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
<b>CONEP</b>	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
<b>CRAS</b>	Centro de Referência Social
<b>CREAS</b>	Centro de Referência de Especialidade da Assistência Social
<b>DACC</b>	Departamento de Atenção às Condições Crônicas
<b>DVSAM</b>	Divisão de Saúde Mental
<b>EC</b>	Emenda Constitucional
<b>ECA</b>	Estatuto da Criança e do Adolescente
<b>ESF</b>	Estratégia de Saúde da Família

<b>GTA</b>	Grupo Técnico de Atenção
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>MTSM</b>	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
<b>NASF</b>	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
<b>NHS</b>	National Health Service
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>PACS</b>	Programa de Agente Comunitário de Saúde
<b>PIB</b>	Produto Interno Bruto
<b>PMAQ</b>	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade
<b>PNAB</b>	Política Nacional da Atenção Básica
<b>PSF</b>	Programa de Saúde da Família
<b>PTS</b>	Projeto Terapêutico Singular
<b>RAS</b>	Rede de Atenção à Saúde
<b>RAPS</b>	Rede de Atenção Psicossocial
<b>SAS</b>	Superintendência de Atenção à Saúde
<b>SCNES</b>	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
<b>SESA</b>	Secretaria de Estado da Saúde do Paraná
<b>SRT</b>	Serviço Residencial Terapêutico
<b>SUAS</b>	Sistema Único de Assistência Social
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
<b>TMC</b>	Transtorno Mental Comum
<b>UB</b>	Unidade Básica
<b>UBS</b>	Unidade Básica de Saúde
<b>WHO</b>	World Health Organization

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>15</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS .....</b>	<b>21</b>
2.1	OBJETIVO GERAL .....	21
<b>3</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>22</b>
3.1	AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE .....	23
3.2	REFORMA PSIQUIÁTRICA E A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL....	34
3.2.1	Reforma Psiquiátrica .....	34
3.2.2	A Rede de Atenção Psicossocial .....	39
3.2.2.1	Acompanhamento Terapêutico.....	42
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>48</b>
4.1	TIPO DE PESQUISA.....	48
4.2	CAMPO DA PESQUISA.....	48
4.3	COLETA DE DADOS .....	49
4.4	ANÁLISE DOS DADOS.....	51
4.5	ASPECTOS ÉTICOS.....	51
<b>5</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>54</b>
5.1	PERFIL DOS SUJEITOS DA PESQUISA .....	55
5.2	ESTRUTURA DOS MUNICÍPIOS QUE INTEGRAM A REDE .....	57
5.3	AS PRÁTICAS E OS SERVIÇOS DA SAÚDE MENTAL NO ÂMBITO DOS MUNICÍPIOS DA 10ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ .....	63
5.3.1	A estratificação de risco com prática nos serviços de atenção em saúde mental 65	
5.3.2	O trabalho dos profissionais do NASF nos serviços de atenção em saúde mental nos municípios da 10ª Regional de Saúde do Paraná.....	67
5.3.3	O trabalho em rede no âmbito da saúde mental nos municípios da 10ª Regional de Saúde do Paraná .....	71
5.3.4	O Acompanhamento Terapêutico no âmbito da saúde mental nos municípios da 10ª Regional de Saúde do Paraná .....	74
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>84</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>86</b>

<b>ANEXOS.....</b>	
<b>ANEXO 1- Parecer consubstanciado do CEP .....</b>	
<b>ANEXO 2 - Justificativa do recesso do Comitê de Ética e Pesquisa envolvendo seres humanos da Secretaria de Saúde do Estado do Paraná com sede no Hospital do Trabalhador .....</b>	
<b>ANEXO 3 - Instrumento de Estratificação de Risco .....</b>	
<b>ANEXO 4 - Comprovante de submissão do artigo .....</b>	
<b>ANEXO 5 - Resumo .....</b>	
<b>ANEXO 6 - TERMOS PARA SUBMISSÃO DE ARTIGO NA REVISTA.....</b>	
<b>APÊNDICES.....</b>	
<b>APÊNDICE 1 - Questionário da Pesquisa.....</b>	
<b>APÊNDICE 2 - Autorização para coleta de dados para pesquisa científica .....</b>	
<b>APÊNDICE 3 - Termo de consentimento livre e esclarecido – tcle .....</b>	

## 1 INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988, nos artigos 193 a 200, garantiu os direitos à saúde ao cidadão brasileiro: “A saúde é direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, SEÇÃO II, ART.196, 1988).

Nesse contexto, instituiu-se, em 1990, o Sistema Único de Saúde (SUS), pela Lei Federal nº 8.080 e Lei Federal nº 8.142, as quais garantiram os seguintes princípios e diretrizes:

universalidade de acesso em todos os níveis de assistência à saúde; igualdade na assistência, sem preconceitos e privilégio de qualquer gênero; integralidade da assistência; participação da comunidade; e descentralização político-administrativa (VIACAVA et al., 2018, p.1752).

Além disso, as Leis no 8.080 e no 8.142 também garantem o financiamento e participação social, respectivamente. (VIACAVA et al., 2018, p.1752).

Com a abertura política e a ampliação de direitos, no Brasil, na década de 1970, e diante do cenário de diversos movimentos sociais, como o movimento de reestruturação, baseados na iniciativa de trabalhadores da saúde, famílias e usuários, os quais reivindicaram mudanças no modelo manicomial. Dentre elas, a desinstitucionalização da loucura, inspirada nos moldes da França e da Itália, que modificaram os fundamentos da ideologia baseados na doença mental, passando a promover saúde mental (FARINHA; BRAGA, 2018).

A partir da Reforma Sanitária Brasileira, políticas públicas foram implementadas como parte do processo de reformulação do SUS, a fim de enfrentar desafios de ordem financeira, estrutural, operacional e de gestão para que ele fosse consolidado como um sistema de atenção à saúde, tendo como foco a Atenção Primária à Saúde (APS), de forma a atingir uma resolutividade de ações promotoras, protetoras e recuperadoras da saúde (SANTOS, 2018).

Assim, a assistência em saúde mental vem de uma trajetória de reestruturação desde os anos de 1970, e, a partir da Reforma Psiquiátrica Brasileira e da Lei Federal nº 10.216, de abril de 2001 (BRASIL, 2001), com a proposta de ruptura do modelo manicomial. Dessa forma, surgiu um novo paradigma, baseado na lógica científica, na política e na ética do cuidado, baseado em acompanhamento terapêutico de forma aberta, comunitária e territorial, com ênfase no trabalho em rede (COSTA et al., 2015; ESLABÃO et al., 2017).



A ruptura do modelo manicomial significou, dessa forma, a inserção do usuário no meio social, prevalecendo seus direitos como cidadão, por meio de novas formas de inserção pelo trabalho, pela cultura e pela arte. Esse processo exige uma ocupação da cidade, dos territórios e da comunidade, com a implantação de novas formas de olhar o usuário em sofrimento mental (AMARANTE; TORRE, 2018).

No entanto, há uma lacuna entre a demanda e a oferta de serviços de saúde quando se trata de Transtornos Mentais Comuns (TMC). Segundo Rotoli et al., 2019, “seu impacto e a prevalência têm recebido pouca atenção por parte das políticas públicas, e, conseqüentemente, do sistema de saúde, mais especificamente na Atenção Primária à Saúde” (SOUZA et al., 2017, p. 60).

Dessa forma, a carga de usuários portadores de transtorno mental na população brasileira aponta para um dos desafios da APS:

A integração entre saúde mental e atenção primária pode cumprir um papel importante na redução do estigma e na abordagem da falta de sistemas estabelecidos de saúde mental em diversos países e localidades. O compartilhamento e a delegação de tarefas podem reduzir custos e a quantidade de profissionais de saúde necessários para suprir as demandas no nível da atenção primária (WENCESLAU; ORTEGA, 2015, p. 2).

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2011) estima que os transtornos mentais e neurológicos, no ano de 2000, foram responsáveis por 12% do total de Anos de Vida Ajustados por Incapacitação (AVAI), e alerta para a ausência de tratamento de boa parte das pessoas, acarretando impacto negativo na qualidade de vida delas, com reflexo na vida familiar, no trabalho e no convívio social.

Nesse sentido, o distanciamento existente entre a APS e a atenção psicossocial, favorecido pela psiquiatria tradicional, desperta preocupações sobre o acompanhamento longitudinal dos casos, o qual restringe-se aos serviços especializados e ao tratamento farmacológico continuado (FROSI; TESSER, 2015).

Assim, na perspectiva de atender ao requisito da territorialidade preconizado pelo SUS, destaca-se o papel da APS como porta de entrada e coordenadora da Rede de Atenção à Saúde e importante componente nas práticas de saúde mental (OLIVEIRA; MEDEIROS, 2017).

O arcabouço legal da RAS demonstra acordos entre Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS, com a publicação da Portaria n.º 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização

das RAS, no âmbito do SUS. Desse modo, o Grupo Técnico de Atenção (GTA) e a Comissão Intergestores Tripartite - CIT, em 2011 e 2012, pactuaram a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de Atenção à Saúde, com as seguintes temáticas: 1. Rede Cegonha. 2. Rede de Atenção às Urgências e Emergências. 3. Rede de Atenção Psicossocial. 4. Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência. 5. Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (BRASIL, 2014a).

A RAPS, instituída pela Portaria MS/GM n.º 3.088, de 23/12/2011, como uma das redes temáticas de atenção à saúde, na tentativa de fortalecer a APS, historicamente fragmentada, redirecionou a assistência e ampliou os serviços de saúde mental (BRASIL, 2011a; COSTA et al., 2015).

Nesta perspectiva de mudança na visão de cuidado ao portador de doença mental, o trabalho em rede visa a atender e estender o cuidado para as demandas dos usuários e suas famílias, visto que a complexidade em torno da questão requer uma visão interdisciplinar e multidisciplinar, incluindo o envolvimento da sociedade e dos serviços públicos e privados, baseada na proposta de atendimento integralizado (ESLABÃO et al., 2017).

Sendo assim, foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), pela Portaria 3.588, de 14 de dezembro de 2017, que estabelece diretrizes e considera os componentes a seguir: Atenção Básica (AB), Consultório de Rua, Centros de Convivência, Unidades de Acolhimento Adulto e Infanto-Juvenil, Serviços Residenciais Terapêuticos I e II (SRT), Hospital Dia, unidades de referência especializadas em hospitais gerais, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), nas suas diversas modalidades, equipe multiprofissional de atenção especializada em saúde mental e hospitais psiquiátricos como pontos de atenção (BRASIL, 2017c).

Essa nova configuração da RAPS demonstra um retrocesso nas políticas de saúde mental, que vão ao encontro dos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, evidenciando a centralidade do cuidado na hospitalização. Na contramão das recomendações internacionais e dos princípios que nortearam a Reforma Psiquiátrica, ficaram evidentes as mudanças no campo da saúde mental, com o resgate do modelo manicomial, anunciadas com os reajustes nos valores das Autorizações de Internações Hospitalares (AIH) para os hospitais psiquiátricos (AMARANTE; NUNES, 2018).

Recentemente, a Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas do Ministério da Cidadania e a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas do Ministério da Justiça e Segurança Pública implementaram a Política Nacional sobre drogas, com recente publicação do Decreto n.º 9.761, de 11 de abril de 2019, cujo objetivo principal é a abstinência total do uso de álcool e outras drogas (BRASIL, 2019a).

Novos desafios nas políticas públicas no Brasil direcionam para um processo de mudanças do modo de agir e pensar do profissional e do usuário do sistema de saúde, o qual está cada vez mais fragmentado. Para tanto, o modelo do trabalho em rede apresenta-se como uma proposta de adequação à complexidade dos usuários que utilizam os serviços de saúde mental (MACEDO et al., 2017).

Dentre os desafios está a defesa das conquistas advindas do movimento da Reforma Psiquiátrica, com a criação dos dispositivos substitutivos que proporcionaram o acompanhamento terapêutico de forma aberta, comunitária e territorial, abrangendo a saúde mental para além das possibilidades limitantes da doença, e rompendo com a lógica dos cuidados tradicionais (NETO; DIMENSTEIN, 2016).

Nessa perspectiva, a política estadual de saúde mental do Paraná segue as diretrizes e princípios do SUS e da Política Nacional de Saúde Mental, considerando que a rede de saúde mental é uma das cinco redes prioritárias de implantação e implementação, cujas ações deverão ser estruturadas de acordo com a realidade local de cada município. Sendo assim, entre 2011 e 2014, a Secretaria Estadual de Saúde do Paraná capacitou 35.000 profissionais da APS, cabendo aos municípios a articulação do trabalho pautado no acolhimento e na resolubilidade em saúde mental, baseado na organização da rede de atenção à saúde mental (PARANÁ, 2014).

Logo, fortalecer a APS com educação permanente e capacitação dos profissionais de saúde é de suma importância para alçar as necessidades decorrentes da saúde mental e da AB como parte da estratégia para a continuidade da assistência à saúde, no sentido de contemplar o acesso universal, a integralidade e a equidade, envolvendo o cuidado interdisciplinar, promovendo novas relações, interações e práticas profissionais (COSTA, 2016; GERBALDO et al., 2018).

A proposta de novas práticas do cuidado em saúde envolve a articulação de vários pontos, incluindo a APS e os CAPS como ordenadores da atenção

psicossocial. Além disso, implica transformações de conceitos e saberes para além da lógica manicomial e exige ações intersetoriais entre as outras instituições e as políticas públicas, extrapolando as redes de saúde, de forma que ocorra o acolhimento profissional de forma longitudinal, com ênfase na interdisciplinaridade (ANJOS FILHO; SOUZA, 2017; FURTADO, 2017).

Atualmente, os CAPS, instituídos pela Portaria n.º 336, de 19 de fevereiro de 2002, são referências no atendimento ao portador de transtorno mental e aos usuários de álcool e outras drogas. Corresponde ao serviço aberto, com equipe multiprofissional e coordenador do território de atuação, com vistas a evitar internamentos e encaminhamentos desnecessários de usuários a hospitais. Dessa maneira, em parceria com a APS, representada pela ESF, tornam-se serviços estratégicos e contribuem para evitar encaminhamentos aos níveis mais complexos (DAMOUS; ERLICH, 2017; OLIVEIRA; MEDEIROS, 2017).

Dentro desse contexto da coordenação dos cuidados em saúde, destaca-se a descoordenação do cuidado como responsável pelo alto custo financeiro demandado por duplicação de exames complementares e laboratoriais, ausência e pouca resolutividade dos problemas apresentados pela comunidade e pelo usuário, barreiras de acesso ao serviço especializado, filas de espera intermináveis, referências desnecessárias, reinternações hospitalares, aumento da permanência nos internamentos hospitalares e fragmentação da RAS (MENDES, 2015).

Assim, a APS ocupa papel central na organização do SUS, promovendo as redes integradas de atenção à saúde, possibilitando melhorar o estado de saúde da população com equidade, reduzir custos e aumentar a satisfação dos usuários com a rede de serviços. No entanto, estudos nacionais e internacionais apontam para fragilidades no sistema de saúde, mesmo com a lógica de que uma APS robusta com uma RAS articulada poderia garantir integralidade e qualidade dos serviços (BOUSQUAT, 2016; TERRAZA NÚÑEZ, 2006).

Pesquisas no Brasil e na América Latina apontam para a existência de uma rede de nível secundário e/ou terciário não adequadamente integrada às equipes de atenção primária. Os obstáculos que prejudicam a coordenação do cuidado estão relacionados ao arranjo dos sistemas de saúde e das redes de saúde (VARGAS et al., 2016).

Portanto, a ordenação do cuidado em saúde exige mecanismos potentes de coordenação organizacional, que se articulem com instrumentos eficazes no

processo do cuidado ao usuário. Por isso, o trabalho em rede pode ser considerado fundamental para a concretização do atendimento integral da atenção, segundo os princípios fundamentais do SUS (MENDES, 2015).

Considerando-se que a demanda epidemiológica de usuários com transtornos mentais e acometidos pelo uso de álcool e de drogas varia em torno de 22 a 25% da procura por atendimentos na ESF, no âmbito da APS, faz-se necessário promover mudanças na estrutura, nos recursos humanos e nos modelos de atenção, a fim de que superem o padrão medicamentoso e biomédico, concebendo outras práticas assistenciais baseadas na saúde mental e não somente na doença e no diagnóstico (PEITER et al., 2019).

Nesse contexto, destacam-se os grupos interdisciplinares, formados por diferentes profissionais, que somam os saberes na busca da prática colaborativa para elaboração de planos terapêuticos no acompanhamento do usuário. Deve-se ressaltar que esse ajustamento na nova perspectiva de trabalho em rede exige comprometimento dos profissionais envolvidos (MENDES, 2015).

No entanto, não se tem a garantia de que a coordenação do cuidado seja realizada de forma satisfatória. Nesse sentido, indaga-se: “Como se organiza a RAPS nos 24 municípios da 10a Região de Saúde do Paraná?”. Pressupõe-se que a RAPS se organize de forma heterogênea e diversificada, com fluxos e práticas assistenciais variadas. O questionamento sobre o tema partiu da reflexão de técnicos da 10a Região de Saúde, que instigou a pesquisa, diante da preocupação sobre o cuidado ofertado ao usuário em sofrimento mental.

Com base nos resultados encontrados, espera-se contribuir para melhorar o atendimento ao usuário com transtornos mentais e usuário de álcool e de drogas, e esclarecer os profissionais de saúde envolvidos nesse processo acerca da prática do cuidado em saúde mental.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Analisar a organização da rede de atenção à saúde mental em 24 municípios da 10ª Região de Saúde do Paraná.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Conhecer o fluxo e as práticas de saúde mental da rede de atenção da 10ª Região de Saúde do Paraná.

- Compreender a percepção dos profissionais em relação à rede de atenção à saúde mental nos municípios da 10ª Região de Saúde do Paraná.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

O histórico da implantação da RAS no Brasil é recente, com menos de 20 anos. Essa rede foi legalizada pela Portaria n.º 4.279, de 30 de dezembro de 2010 (BRASIL, 2010), instituindo um novo formato para o processo de trabalho, a fim de fortalecer o sistema de saúde brasileiro. Inspirado no Relatório Dawson (1920), na Alma-Ata (1978) e no National Health Service (NHS), o Brasil vem buscando superar os moldes fragmentados de ofertas de serviços em saúde, considerando elementos como população, estrutura operacional e modelos de atenção, considerando-se os princípios do SUS: a universalidade, a integralidade e a equidade. (ARRUDA et al., 2015; KUSCHNIR; CHORNY, 2010; MENDES, 2011; MINISTRY OF HEALTH; OPAS/OMS, 1964; OMS, 1978).

A população, como primeiro elemento da RAS, deve ser devidamente estratificada por riscos e subdividida segundo os fatores de risco, devendo ser atendida pela APS, como coordenadora da RAS e porta de entrada do usuário, amparada por uma estrutura operacional e modelos de atenção à saúde para atender condições agudas e crônicas (MENDES, 2011).

O SUS é o sistema de saúde brasileiro e tem o desafio de proporcionar o acesso universal à população. Esse sistema parte da premissa de que a articulação entre sociedade, profissionais capacitados, gestores, comunidade e usuários, com financiamento e políticas públicas, pode avançar na superação dos diversos problemas, como diversidade de contextos regionais, subfinanciamento, disparidade estrutural e operacional e formação profissional (ARRUDA et al., 2015).

Nesse contexto de cuidados em saúde e preocupação quanto à necessidade de reformulações nas práticas sustentadas na assistência integral e longitudinal, destaca-se a demanda epidemiológica de usuários em sofrimento mental, cada vez mais presentes nos atendimentos na APS, as quais são representadas como porta de entrada para a ESF e CAP, os quais buscam organizar o cuidado como modelo substitutivo ao modelo asilar e manicomial, inspiradas nos princípios da Reforma Psiquiátrica, que, desde 1970, avança para modificar o modelo do paradigma sobre a doença mental para saúde mental (OLIVEIRA; MEDEIROS, 2017).

Para reformular o modelo manicomial, foi criada, então, uma rede de serviços de saúde mental, com a rede temática Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), de modo a reorganizar os serviços de saúde mental de forma integrada.

Desse modo, busca-se garantir a ampliação dos cuidados e a criação de vínculo entre o profissional, o serviço, o usuário e o território, com a produção do Projeto Terapêutico Singular (PTS) para proporcionar um Acompanhamento Terapêutico (AT) eficaz (SILVA; BRANDÃO; OLIVEIRA, 2018; TRISTÃO; AVELLAR; NETO et al., 2018; ZEFERINO et al., 2016).

### 3.1 AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

A primeira proposta para a organização do trabalho em saúde no formato de RAS é datada da década de 1920, com o Relatório Dawson, no Reino Unido, documento em que consta a proposta de organização dos sistemas regionalizados em saúde, no sentido de atender às necessidades da população com cuidados preventivos e curativos (MINISTRY OF HEALTH; OPAS/OMS, 1964; KUSCHNIR; CHORNY, 2010).

Como resposta à necessidade de reestruturação do sistema de saúde, a Alma-Ata foi um documento elaborado na República Socialista Soviética, com a participação de vários países, a Organização Mundial da Saúde e a Junta Executiva do Fundo das Nações Unidas para a Infância, e ressaltou a RAS como fundamental para apoiar sistemas de saúde de forma integrada. Elaborado em 1978, definiu papéis e enfatizou a participação de outros setores e da comunidade como parte da responsabilidade sobre a saúde individual e coletiva (OMS, 1978).

O NHS, sistema de saúde britânico, foi criado em 1948, com a proposta de contratação de médicos generalistas e oferta de cuidados integrais, com a responsabilidade de manter uma estreita relação com os demais níveis da atenção. No ano de 1990, esse sistema passou por uma reforma, com aumento da eficiência no uso dos recursos públicos. Buscou-se ênfase nos estímulos de arranjos cooperativos para os cuidados primários e de estratégias para coordenação clínica do crônico com articulação dos níveis de atenção (KUSCHNIR; CHORNY, 2010).

O NHS influenciou internacionalmente, inclusive o Brasil, em mudanças dos arranjos da APS, alinhadas à proposta dos sistemas universais, com o incentivo de financiamento fiscal e no modelo de estrutura centralizada com ênfase na articulação funcional de profissionais nos diversos níveis de atenção, de forma a suprir os vazios sanitários com base no território de atuação (GIOVANELLA et al., 2018).



A história da construção do sistema de saúde no Brasil iniciou-se com a criação do SUS, pela Constituição Federal de 1988, a qual, no artigo 198, propôs ações de saúde integradas e estabeleceu a APS como principal porta de entrada do usuário ao serviço de saúde. Além disso, incrementou-se uma reestruturação do sistema, com a criação da ESF para reorganizar o modelo de saúde fragmentado do país (PORTELA, 2017).

Na sequência, a partir das Leis nº 8080 e nº 8142, de 1990, passou-se à construção de um sistema de saúde que moldasse os preceitos do SUS como estratégia de organização da Atenção Primária à Saúde (APS). A última discussão em torno da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) estabeleceu, pela Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, diretrizes para a organização da APS, que ilustra a Saúde da Família como ponto estratégico para o fortalecimento do sistema de saúde. O documento reafirma, também, a APS como contato preferencial dos usuários e como centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), incorporando ferramentas e dispositivos de gestão do cuidado (BRASIL, 2017b).

Essa portaria promoveu a “relativização da cobertura universal, a segmentação do acesso, a recomposição das equipes, a reorganização do processo do trabalho, e a fragilização da coordenação nacional da política”, com o compromisso de manter um pacote mínimo de serviços em saúde, pressupondo-se a uma APS seletiva, reconfigurando o trabalho das equipes de saúde e reforçando o serviço privatizado (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018, p. 22).

A APS é interpretada de três formas: como atenção primária seletiva destinada a populações pobres, constituída de tecnologia simples e de baixo custo; como nível primário do sistema de saúde e porta de entrada para resolver problemas mais comuns; e como estratégia para reorganizar os recursos do sistema de saúde para as necessidades da população, em formato de rede (OPAS, 2011).

O Movimento Sanitário Brasileiro reconheceu que o termo “atenção primária à saúde” proporcionava uma ideia de pacote mínimo de serviços de saúde, propondo uma ideologia reducionista ao sistema de saúde brasileiro. Assim, foi adotada a expressão “atenção básica à saúde”, com o objetivo de construir a ideia de um sistema universal de saúde que atendesse toda a população brasileira. Logo, os dois termos correspondem a “políticas muito distintas, com sérias implicações para a garantia do direito à saúde” (GIOVANELLA, 2018, p. 1).

A estratégia da APS como ordenadora dessa rede implica seguir, na totalidade, atributos como “primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, focalização na família, orientação comunitária, competência cultural e exercer funções como resolubilidade, comunicação e responsabilização”. (MENDES, 2015, p. 33).

Atributos como gestão baseada em resultados e governança centralizados, com ampla participação social, ações intersetoriais, recursos humanos suficientes, competentes e comprometidos, são elementos essenciais para uma gestão eficiente na implantação da rede de atenção à saúde (OPAS, 2011).

A APS, como parte da rede estruturada e conectada nos serviços de saúde e fortalecida a ponto de gerenciar as ações do cuidado ofertados ao usuário em todos os níveis assistenciais como o primeiro contato entre o sistema de saúde e o usuário, é a proposta de reformulação dos serviços assistenciais em saúde de forma integral e resolutiva, com incentivo aos canais de comunicação entre a população e a equipe de saúde (ALMEIDA; MEDINA, 2018).

Essa proposta ficou evidente com a publicação da PNAB, de 2006 e 2011, expressando uma atenção forte e centrada em melhorias no atendimento ao usuário, buscando centralizar a ESF como ordenadora da RAS e principal porta de entrada do usuário do SUS (MOROSINI et al., 2018).

No âmbito da política do fortalecimento da APS, com valorização da ESF e reconhecendo o PACS como importante membro da equipe multiprofissional, consolidou-se a PNAB 2006 como um documento específico para a gestão do trabalho em saúde nos municípios, favorecendo o aumento dos recursos para financiamento da AB, recursos para qualificação com ampliação da estrutura das unidades, com o programa Requalifica SUS e o programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQAB) (MELO; MENDONÇA, 2018).

A segunda edição da PNAB foi publicada em 2011 e promoveu melhorias, como o Requalifica UBS, com a proposta de reformar e informatizar o sistema de saúde, o PMAQ, o Programa Mais Médicos, o e-SUS AB, e prontuário eletrônico gratuito. Com relação às práticas da assistência nos serviços de saúde, a PNAB 2011 enfatizou o acolhimento do usuário e a preocupação com a inclusão de toda a população, sem distinção de raça, cor, gênero ou idade, reforçando os princípios e diretrizes do SUS, com ênfase na ESF (MELO; MIRANDA, 2018).

A PNAB 2017, instituída pela Portaria nº 2.436, em 21 de setembro de 2017, no entanto, propôs mudanças relacionada ao PACS, pela qual passou a ser obrigatório apenas um agente por ESF, ampliando suas atribuições, conforme relata a Lei nº 13.595/2018. No financiamento, influenciado pela Emenda Constitucional 95/2016, e diante do cenário político-econômico restritivo, a operacionalização da nova política pública de saúde tornou-se um grande desafio, pois promoveu a abertura da AB, danificando a ESF e desvalorizando sua participação social (ALMEIDA; SOUZA, 2018; BRASIL, 2017b).

Desse modo, essa PNAB priorizou a revitalização da cobertura universal, que reforça a privatização e conseqüente desassistência à população. Esse novo desenho de assistência acabou por enfraquecer a ESF e suas conquistas para fortalecer a APS como sistema de saúde organizado (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

Mais tarde, pela Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Previne Brasil, com mudanças no repasse financeiro baseado na captação e desempenho, e, dessa forma, as unidades das equipes de saúde passaram a ser conhecidas como equipes de Atenção Primária (eAP) (BRASIL, 2019c).

Alguns entraves em torno do subfinanciamento do SUS foram parcialmente superados com a ESF, além de ter ocorrido a valorização da atenção primária como estratégia para a cobertura universal, com foco na oferta de cesta de cuidados básicos seletivos, porém, essas iniciativas foram reverberadas negativamente pela PNAB 2017 (GIOVANELLA; MENDOZA-RUIZ, 2018).

Nesse cenário, equipar um modelo assistencial priorizando todos os atributos requer novos instrumentos alternativos aos existentes, capazes de resolver os problemas de saúde da população brasileira, expressando o contexto histórico-social, práticas e organização dos serviços de saúde, contrapondo-se ao modelo biomédico e corporativista (FERTONANI et al., 2015).

A idéia do Ministério da Saúde de padronizar as ações em saúde, acarretam conseqüências ao modelo médico hegemônico, ofertando somente consultas médicas à população. Essa prática é evidente nos municípios de pequeno porte, em sua maioria desassistidos pelas Secretarias Estaduais de Saúde, com carências de assistência técnica e equipamentos de saúde, o que dificulta a implantação efetiva da RAS (CECÍLIO; REIS, 2018).

Nesse contexto, para a implantação efetiva da RAS, seria fundamental o fortalecimento da APS, a partir do modelo organizativo da ESF (ALMEIDA; MEDINA, 2018).

Acompanhada do aparato legal perante as políticas públicas anunciadas, a ESF visa a organizar e reorientar o modelo assistencial operacionalizado mediante a atuação de equipe multiprofissional, contribuindo para uma ampla cobertura territorial, a fim de atender equitativa e integralmente o usuário do SUS, beneficiando e ampliando o cuidado proposto pela APS, associado ao trabalho interdisciplinar (ARANTES; SHIMIZU; MERCHÁN-HAMANN, 2016; GAZIGNATO; SILVA, 2014; MALTA et al., 2016).

Para fortalecer o dispositivo da ESF, o Ministério da Saúde ampliou as possibilidades de cobertura do sistema de saúde com atributo do trabalho interdisciplinar, viabilizando implantações de NASFs, dependendo das necessidades dos municípios, e divididos em diferentes modalidades: o NASF 1 exige uma carga horária de duzentas horas semanais dos membros da equipe; o NASF 2 deve somar uma carga horária de cento e vinte horas semanais e o NASF 3, uma carga horária de oitenta horas. Os profissionais que podem compor a equipe são assistente social, educador físico, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, arte-educador, nutricionista, psicólogo, terapeuta ocupacional, médicos, em suas diferentes especialidades, e o profissional de saúde sanitaria (BRASIL, 2013a).

Dessa maneira, aglutinando-se os saberes e práticas das áreas disciplinares que compõem os serviços da saúde, com a atuação conjunta e integrada dos membros, proporcionam-se ações conjuntas efetivas no processo da construção do cuidado integral (ANJOS FILHO; SOUZA, 2017).

Considerando-se, então, a proposta de fortalecimento da APS na prática do trabalho regionalizado, com foco no protagonismo municipal e, simultaneamente, de fortalecimento das relações de interdependência e corresponsabilidade sanitária entre os entes estadual e municipais, foram criadas as Comissões Intergestores Regionais (CIR), pelo decreto n.º 7.508, de 28 de junho de 2011 (BRASIL, 2013a).

As CIRs são instâncias deliberativas compostas por representantes do estado e todos os secretários municipais de saúde de um determinado território, com capacidade de organização baseada nas regiões de saúde (SILVEIRA FILHO et al., 2016).

Nessa perspectiva de construção do cuidado continuado e integral, com base regional e com foco na configuração do SUS e na centralidade na APS, é implementada a RAS como proposta de reformulação da assistência à saúde (CECÍLIO; REIS, 2018).

Arruda et al. (2015) destacam a implantação da RAS como um dos maiores desafios diante da diversidade e das singularidades de cada região e território, pautada em suas características culturais, sociais e econômicas. Os autores sobrealçam, ainda, o impacto do subfinanciamento imposto pelas últimas políticas e, por conseguinte, a desmotivação de atores envolvidos no processo da instauração da RAS.

Amparada pela Portaria n.º 4.279, de 30 de dezembro de 2010, a RAS considerou itens para estear fundamentos como a economia de escala, qualidade, suficiência, acesso e disponibilidade de recursos (BRASIL, 2010).

A economia de escala diminui os custos a longo prazo, racionalizando custos, aumentando o volume de uma mesma atividade; a qualidade nos serviços de saúde compreende a superação de problemas relacionados a segurança, efetividade, pontualidade, eficiência, equidade; o fundamento da suficiência, por sua vez, requer serviços e ações disponíveis nos três níveis de atenção (primário, secundário e terciário); o acesso é sinônimo de ausência de qualquer tipo de barreira; e, por fim, a disponibilidade de recursos atenta-se em atender o usuário oportunamente, em qualquer ponto da saúde, tanto em situações agudas quanto crônicas (BRASIL, 2010).

Nesse contexto, a RAS destaca os seguintes elementos: população, regiões de saúde, estrutura operacional e modelo de atenção, como ingredientes para se amparar uma RAS organizada. Por conseguinte, a população precisa ser estratificada por riscos, e as regiões de saúde podem ser delimitadas. Na sequência, a estrutura operacional, a qual deve ser ordenada pela APS, abarcando um sistema informatizado, laboratórios, assistência farmacêutica e apoio diagnóstico e terapêutico. Diante do cenário envolvendo o aumento de doenças crônicas e agudas, há premência de modelos de atenção à saúde que atendam a essas demandas (MENDES, 2015).

Nesse sentido, a gestão da RAS deve ser flexível a ponto de obter pontas comunicáveis, com profissionais comprometidos e motivados, dispostos a atender a demanda sem burocratizar o fluxo e capazes de gerenciar recursos operacionais

práticos e pontuais, devidamente pactuados, além de gerenciar os demais setores primários, secundários e terciários (ARRUDA et al., 2015).

O elemento População é considerado como essencial no planejamento na forma organizativa do SUS, não apenas como parte das ações, mas como parte do olhar apurado dos entes federativos municipais para consideração das necessidades em saúde da região e do território de atuação da equipe de saúde. Desse modo, inicia-se pela estratificação de riscos, considerando-se as condições culturais, econômicas e sociais e também as mudanças no perfil populacional, já que as pessoas vêm envelhecendo e, por isso, prevalecem as doenças crônicas (SANTOS, 2017).

Sendo assim, estratificar a população adstrita no território de atuação para planejar ações em saúde permite identificar pessoas e grupos com necessidades de saúde diferentes por subpopulações diferenciadas de acordo com riscos de saúde por condições crônicas. Estas podem ser classificadas de acordo com a complexidade, desde o baixo risco, até médio e alto risco, considerando-se os determinantes sociais (MENDES, 2012).

De acordo com o autor Breilh (2013), os determinantes sociais como ferramentas de transformação no campo da saúde, vão além da construção de uma prática clínica intercultural, prevendo práticas interativas, que valorizem a condição individual e familiar e que perpassem o campo fisiológico e psicológico, protegidos pelas variáveis externas compostas por uma sociedade justa, solidária e protetiva. Todavia, a interface do materialismo crítico, embasado na economia, na política e na cultura do povo latinoamericano, historicamente influenciado pelo incentivo governamental ao acúmulo de capital, com destaque para a exclusão social e a destruição da natureza como modo civilizatório atual, sugere um sistema social inviável e incompatível com a vida e a saúde.

Logo, os determinantes sociais expressam a estrutura que é composta por mecanismos sociais, econômicos e políticos, baseados em fatores como renda, educação, ocupação, gênero e raça, que podem ser influenciados pela governança e pelas políticas públicas, cultura e valores sociais (SOLAR; IRWIN, 2010).

Outro modelo que destaca os determinantes sociais foi construído por Dahlgren & Whitehead (1991), com ênfase no indivíduo e nos estilos de vida, com destaque para suas redes sociais e comunitárias, correlacionadas com as condições econômico-culturais de vida e trabalho. Destacam-se as possibilidades de acesso a

informação, alimentos, lazer, uso de substâncias psicoativas, estresse e práticas de atividades físicas, conforme demonstra a figura 01.

Essa figura demonstra os cinco níveis que atuam sobre o processo de saúde e doença, de forma individual e coletiva, sendo o nível externo o dos determinantes socioeconômicos, culturais e ambientais; na sequência, nos determinantes intermediários, destacam-se os serviços públicos, educação, habitação, saneamento, saúde, produção de alimentos, emprego e renda. Na parte interna, encontra-se o estilo de vida, influenciado pelas redes sociais e comunitárias, que engendram limiar com hereditariedade, idade e gênero, por Dahlgren e Whitehead (1991).

Figura 1 - Os determinantes sociais construídos por Dahlgren & Whitehead.



FONTE: Dahlgren & Whitehead (1991).

A adoção de estratégias pautadas nas diretrizes do SUS, com o surgimento da APS e apoderamento da ESF, permite a reformulação de cuidados no território de atuação, clamando por modelos voltados para as necessidades do usuário, da família e da comunidade, com destaque para modelos de atenção a doenças crônicas (PINTO; GIOVANELLA, 2018).

Sendo assim, também nos Estados Unidos da América (EUA), diante dos problemas com doenças crônicas, foi desenvolvido o Modelo de Cuidados na Doença Crônica (CCM), a partir de Wagner e seus colaboradores, no MacColl

Institute for Health Innovation, de Seattle. Esse modelo inspirou o Modelo de Atenção a Doenças Crônicas (MACC) (FURTADO; NÓBREGA, 2013; MENDES, 2012).

O MACC inspirou o Ministério da Saúde a elaborar o Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das condições crônicas não transmissíveis (DCNT), para o período 2011-2022, como novo modelo aplicável ao sistema público de saúde brasileiro (FURTADO; NÓBREGA, 2013).

A população adstrita ao território de atuação da ESF, devidamente estratificada, constitui o alicerce para uma gestão eficaz, baseada no conhecimento necessário da equipe de saúde para se produzir um planejamento de ações. Dessa maneira, a população estratificada em subpopulações por estratos de riscos, e subdivida por níveis de intervenções, necessita de apoio, com promoção da saúde e gestão do caso, considerado-se o nível mais complexo (MENDES, 2012).

As práticas em saúde pautadas na necessidade de saúde da população passam pela estratificação de risco e exigem constante avaliação das condições de saúde. Estas podem ser influenciadas pela dinâmica das mudanças do território sanitário, pelas situações de agudização, dificuldades de adesão ao controle da condição crônica estratificada e pelas mudanças de comportamento (NETO; BARBOSA, 2018).

No que se refere à integralidade e à continuidade do cuidado, a estratégia da RAS pauta-se por “cenários cuja comunicação entre profissionais e serviços é precária, a dispersão de entradas pode inviabilizar os frágeis processos de coordenação e continuidade do cuidado” (ALMEIDA; MEDINA, 2018, p. 248).

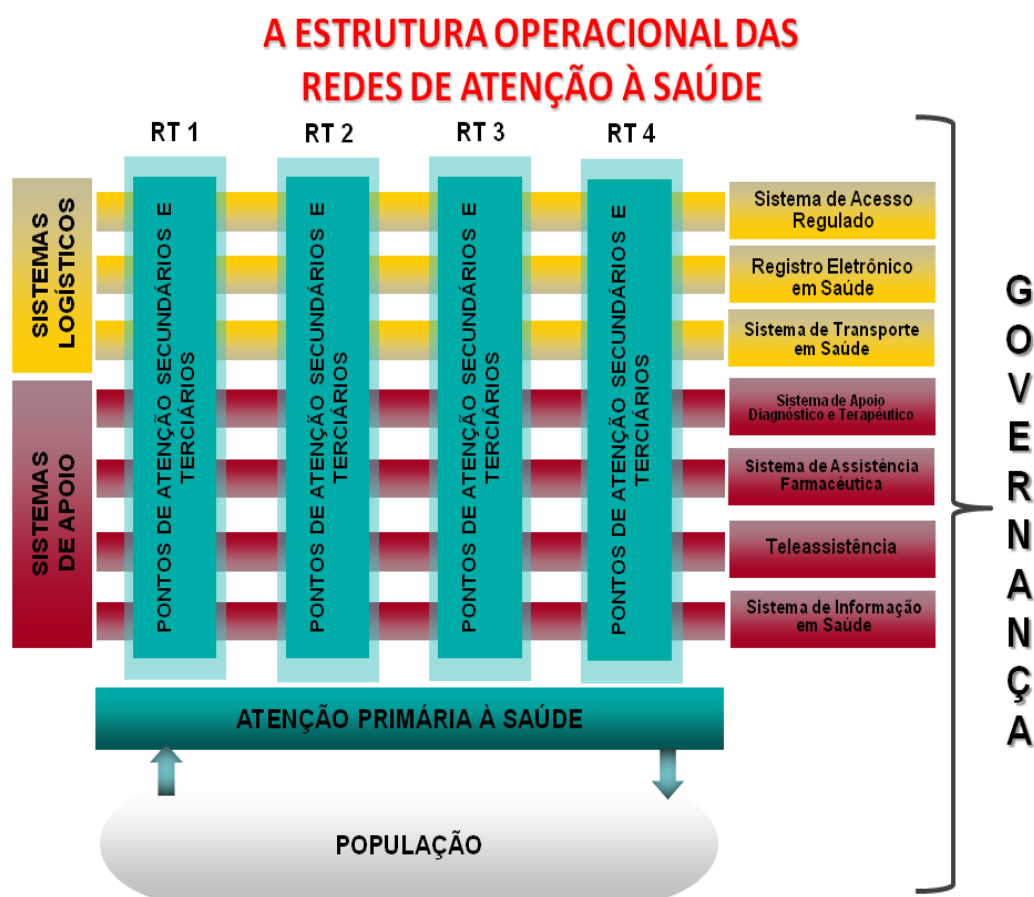
No entanto, a APS, como centro da comunicação do sistema de saúde brasileiro, ainda é insuficiente para compor a RAS idealizada pela política pública vigente. Como prática interprofissional colaborativa, a comunicação por meios eletrônicos, inclusive por prontuário eletrônico, redes sociais, aplicativos de celular e reuniões esporádicas, acarretam comunicação não formal, sinalizando mero verbalismo, sem o comprometimento devido, desvelando a fragilidade do processo do trabalho das equipes (PREVIATO; BALDISSERA, 2018).

Outro elemento, designado como estrutura operacional, destacado na figura 02, demonstra que é essencial a comunicação entre os pontos do sistema de saúde, para interligar os serviços de saúde que compõem a estrutura operacional, com ênfase na APS como centro da comunicação. Esta é apoiada por sistemas logísticos e de apoio, as Redes Temáticas 1,2,3,4 (RT), como as RT de atenção a mulheres e



crianças, as RT voltadas às doenças cardiovasculares, e as demais redes, que devem ser incluídas conforme os recursos específicos, sem que haja prejuízo na integralidade, apoiadas pelos sistemas logísticos e os sistemas de apoio (PEITER, 2019).

Figura 2 - A estrutura operacional das Redes de Atenção à Saúde



FONTE: As redes de atenção à saúde. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, ((Mendes, 2011, p. 86).

LEGENDA: Rede Temática 1 (RT1); Rede temática 2 (RT2); Rede Temática 3 (RT3); Rede Temática 4 (RT4).

A RAS utilizou uma estratégia para organizar as ações e os serviços de saúde brasileiro, inspirada nos moldes dos sistemas integrados de saúde dos Estados Unidos no ano de 1990, e que se estendeu pela Europa Ocidental e pelo Canadá (SHORTELL, 1993).

Portanto, ao se refletir sobre os desafios da Atenção Primária à Saúde:

Não adianta ficar repetindo como mantra que a “atenção básica à saúde deve ser a coordenadora do cuidado” se não forem pensadas estratégias

objetivas para superar o fato de que a atenção básica à saúde não reúne, hoje, condições materiais e simbólicas para funcionar como o centro de comunicação entre os vários pontos que compõem as complexas redes de cuidado (CECÍLIO; REIS, 2018, p. 7).

O sistema de saúde brasileiro apresenta fragmentações e possíveis superações do modelo de saúde considerando-se experiências internacionais e nacionais, caracterizadas por situações de condição de saúde com aspectos crônicos e agudos, tais como doenças infecciosas, problemas de reprodução humana e causas externas e doenças crônicas, conhecidas como a tripla carga de doenças que podem ser superadas com a RAS e com os modelos de atenção à saúde (MENDES, 2011).

A atenção a situações agudas, compostas pelas doenças infecto-contagiosas e pela agudização das doenças crônicas, deve ser otimizada pela gravidade da situação. Para isso, o Brasil tem adotado configurações do Sistema de Triagem de Manchester (STM), criado na Inglaterra, o qual é um modelo que determina o nível de urgência de cada usuário que é classificado em uma das cinco categorias: emergente (vermelho), avaliação imediata pelo médico; muito urgente (laranja), avaliação em até 10 minutos; urgente (amarelo), 60 minutos; pouco urgente (verde), 2 horas; e não urgente (azul), 4 horas (AMTHAUER; CUNHA, 2016).

Portanto, estimular a organização do trabalho no âmbito do SUS, baseada na saúde brasileira nos seus aspectos demográficos e epidemiológicos, faz-se necessário devido à prevalência de doenças crônicas, incluindo-se os distúrbios mentais de longo prazo (MENDES, 2015).

Observando-se experiências mundiais, observa-se que, baseando-se no Modelo de Cuidados na Doença Crônica (CCM), dos Estados Unidos, e inspirada no sistema de saúde de cobertura universal, a Europa instaurou uma APS organizada com base em populações e subpopulações cadastradas. Já no Reino Unido, o CCM foi adaptado ao Plano de Melhoria do Serviço Nacional de Saúde, que implantou um modelo de saúde que atuasse com o setor da assistência social, de forma a promover um impacto positivo na saúde da população e na subpopulação estratificada e diferenciada de acordo com suas necessidades. No Canadá, o CCM valorizou os determinantes sociais, e, na Austrália, há a preocupação de atender às doenças crônicas em seus diferentes estágios e riscos e de forma progressiva com intervenções diferentes. Na Nova Zelândia, o modelo é baseado no curso da vida, com promoção a saúde de forma primária, secundária e terciária, enquanto na

Dinamarca, o foco da atenção à saúde destaca-se pelos serviços baseados na comunidade e na atenção domiciliar, e, na Holanda, o modelo de atenção do CCM ultrapassa os cuidados além do âmbito hospitalar e comunitário (MENDES, 2012).

Segundo Theme Filha et al. (2015), as doenças crônicas mais prevalentes: hipertensão arterial (21,4%), depressão (7,6%), artrite (6,4%) e diabetes mellitus (6,2%), tornaram-se um grande desafio para saúde pública no Brasil.

Diante disso, o alicerce legal ilustrou a RAS como uma estrutura de serviços que viesse ao encontro das necessidades e da complexidade em torno da atual conjuntura do usuário do SUS (MOREIRA; ONOCKO-CAMPOS, 2017).

Buscando enfrentar as dificuldades assistenciais e operacionais, a ESF representa a APS, como ordenadora e coordenadora da RAS, e, da mesma forma, como proposta da Reforma Psiquiátrica Brasileira e da Política Nacional de Saúde Mental afirma a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), como articuladora da assistência ao portador de doença mental e usuários de álcool e outras drogas (FERREIRA et al., 2017).

## 3.2 REFORMA PSIQUIÁTRICA E A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

### 3.2.1 Reforma Psiquiátrica

A Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica Brasileira possuem trajetórias distintas; porém, estão relacionadas quando se trata de reformular o sistema de saúde brasileiro e ressignificar o modelo assistencial e estigmatizante em torno da loucura (AMARANTE; NUNES, 2018).

A Reforma Psiquiátrica Brasileira começou a tomar forma no final da década de 1970, e avançou no ano 1980, com a mobilização de profissionais, usuários e familiares contra o modelo manicomial empregado na época. Entretanto, ela destacou-se realmente após a Lei 10.216, de abril de 2001 (BRASIL, 2001), a qual propôs o novo modelo assistencial, estabelecendo direitos humanos e abertura para a inclusão social e cidadania (COSTA et al., 2013).

Importantes conquistas no terreno da saúde mental foram aprovadas desde que se iniciou a proposta do modelo assistencial baseado nas políticas públicas que

direcionaram a criação de novos dispositivos para substituir o modelo hospitalocêntrico (MACEDO et al, 2017).

Dentre essas conquistas, estão os dispositivos que foram surgindo para subsidiar os serviços hospitalares, como as Portarias Ministeriais 189/1991, que dispõem, sobre procedimentos das ações em Saúde Mental, a Portaria Ministerial 224/1992 que estabelece normas e diretrizes para os atendimentos ambulatoriais e dos CAPS, a Portaria Ministerial 106/2000 e a Portaria Ministerial 336/2002, as quais marcam, progressivamente, momentos de mudança que possibilitaram o credenciamento de serviços dessa natureza (DEVERA; COSTA-ROSA, 2007).

Com o movimento da Reforma Psiquiátrica, apoiado pela participação social do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), em 1978, em consonância com o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), ocorreram iniciativas importantes na reformulação das políticas públicas, com destaque para a edição da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986. Nela, reforçou-se a proposta da Reforma Sanitária, definindo os princípios do SUS. Além disso, a I Conferência de Saúde Mental, em 1987, avançou na reformulação do cuidado assistencial da saúde mental no Brasil, instigando a desinstitucionalização de usuários em sofrimento mental e o fechamento de hospitais psiquiátricos dotados de denúncias de maus tratos, desencadeando o Movimento de Luta Antimanicomial (MLA), o qual mobilizou iniciativas construtivas na temática da saúde mental, concomitantemente aos princípios da Reforma Psiquiátrica, em consonância com a Reforma Sanitária (AMARANTE; NUNES, 2018).

Com a participação das Organizações Pan-Americana e Mundial de Saúde (OPS/OMS), aliadas aos Ministérios da Saúde, Justiça e Seguridade social, parlamentares, delegações técnicas e outras forças políticas nacionais de vários países (Argentina, Chile, México, Uruguai, Nicarágua e o Brasil), ocorreu a Conferência sobre a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica na América Latina. Essa conferência foi realizada em Caracas, em novembro de 1990, inspirando debates sobre as propostas de Reforma Psiquiátrica no Brasil e promovendo o documento chamado de Declaração de Caracas, que incorporou reflexões críticas sobre o papel do hospital psiquiátrico, e também acerca da assistência prestada de acordo com os direitos humanos e civis, e a inserção do usuário no meio comunitário (DECLARAÇÃO DE CARACAS, 1991; DEVERA; COSTA-ROSA, 2007).

A mobilização das políticas públicas e dos movimentos sociais para reformular a assistência dos serviços de saúde mental justifica-se pelos estudos internacionais, que demonstraram a prevalência de 32,4% de Transtorno Mental Comum (TMC) na Etiópia, e 51,8%, na Dinamarca. No Brasil, estudos evidenciam a prevalência de TMC variando de 29,6% a 47,4%, caracterizando-se um sério problema de saúde pública (SILVA; ROCHA, 2018).

No caso da Argentina, país vizinho ao Brasil, os serviços de Saúde Mental nas Províncias da Argentina somam um total de 577 serviços ambulatoriais, sendo 28 para crianças e adolescentes, com 11 hospitais psiquiátricos públicos. Prevalece o sexo feminino como demanda mais atendida, com 53% do total, seguida de 12% de atendimentos para crianças e adolescentes nos pontos de saúde mental (CAMARGO, et al., 2018).

Assim, a estimativa sobre os transtornos mentais reflete uma sobrecarga de 13%, no mundo, com destaque para 70% de prevalência de transtorno do humor, e 90% para transtornos por uso de álcool em países desenvolvidos. Por isso, alerta-se para a lacuna entre a oferta de serviços e a demanda (GONÇALVES, et al., 2008).

No Brasil, a prevalência da estimativa de uso de álcool e drogas por pessoas com idade entre 12 a 65 anos e de transtorno mental foi demonstrada na tabela 01, segundo o quantitativo populacional dos municípios, divulgado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em agosto de 2019 (BRASIL, 2019c).

O III Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira em 2015 refere-se a um alerta para o consumo de álcool, que se tornou um problema de saúde pública devido a fatores como intoxicação, acidentes, violência doméstica e condições agudas e crônicas. O documento chama a atenção para a estimativa do número de pessoas e da prevalência do uso de álcool na vida, equivalente a 66,4%, seguida do tabaco, com 33,5%, e de substâncias ilícitas na vida, com maior prevalência para a maconha, com 7,7%, seguida de crack, com 0,9%, representadas na tabela 01 (BASTOS, 2017).

Alguns autores relataram que é de 29,9%, chegando a 38%, os usuários da Atenção Primária à Saúde (APS); o conjunto dos transtornos mentais representa cerca de 13% a 14% da carga total de doenças. O resultado foi heterogêneo, mesmo utilizando o mesmo método de mensuração (GONÇALVES et al., 2008; ROCHA et al., 2010).

Quadro 1 – Quantitativo populacional dos municípios e a prevalência sobre a estimativa do uso de álcool e outras drogas pela população brasileira entre 12 e 65 anos e de transtorno mental.

Municípios	População*	Prevalência da estimativa de álcool e outras drogas (uso da vida)**			Outros Transtornos***		
		Tabaco 33,5%**	Maconha 7,7%**	Crack 0,9%**	T.D 5,8%***	T.A 9,3%***	TMC 14%*** *
Anahy	2.801	1.860	938	215	25	162	260
Boa Vista da Aparecida	7.591	5.040	2.543	585	68	440	705
Braganey	5.427	3.603	1.818	418	49	315	505
Cafelândia	18.120	12.032	6.070	1.395	163	1.051	1.685
Campo Bonito	3.833	2.545	1.284	295	34	222	356
Capitão L. Marques	15.780	10.478	5.286	1.215	142	915	1.468
Cascavel	328.454	218.093	110.032	25.291	2.956	19.050	30.546
Catanduvas	10.189	6.765	3.413	785	61	591	948
Céu Azul	11.765	7.812	3.941	906	106	682	1.094
Corbélia	17.071	11.335	5.719	1.314	154	990	1.588
Diamante do Sul	3.439	2.283	1.152	265	31	199	320
Espigão Alto do Iguaçu	4.117	2.734	1379	317	37	239	383
Formosa do Oeste	6.578	4.368	2.204	507	59	382	612
Guaraniaçu	12.472	8.281	4.178	960	112	723	1.160
Ibema	6.352	4.218	2.128	489	57	368	591
Iracema do Oeste	2.288	1.919	766	176	21	133	213
Jesuítas	8.412	5.586	2.818	648	76	488	783

Municípios	População*	Prevalência da estimativa de álcool e outras drogas (uso da vida)			Outros Transtornos		
		Tabaco 33,5%**	Maconha 7,7%**	Crack 0,9%**	T.D 5,8% ***	T.A 9,3% ***	TMC 14%****
Lindoeste	4.676	3.105	1.566	360	42	271	435
Nova Aurora	10.472	6.953	3.508	806	94	607	974
Quedas do Iguaçu	34.103	22.644	11.425	2.626	307	1.977	3.172
Santa Lúcia	3.813	2.532	1.277	294	34	221	355
Santa Tereza do Oeste	10.139	6.732	3.397	781	91	588	943
Três Barras do Paraná	12.040	7.995	4.033	927	108	698	1.120
Vera Cruz do Oeste	8.521	5.658	2.855	656	77	494	792
Total	550.709	365.670	184.486	42.405	4.924	31.928	51.217

**FONTE:** \*Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE, 2019. Disponível em: < <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados> >. Acesso em: 28 ago. 2019. \*\*ICICT, Fiocruz, 2017. III Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira (2015). \*\*\* WHO, 2017. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254610/1/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf?ua=1>. \*\*\*\* PRINCE M, Patel V, SAXENA S, Maj M, MASELKO J, Phillips MR, et al. No health without mental health. Global Mental Health. Lancet. 2007 Sep 8;370(9590):859-77. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17804063> >. **Nota:** as prevalências (%) são relativas ao total da população da pesquisa. **Legenda:** AD- Álcool e Droga; TA-Transtorno de Ansiedade; TD-Transtorno Depressivo; TMC-Transtorno Mental Comum.

O Informe Mundial sobre Drogas, divulgado em 2018, pelo Escritório das Nações Unidas contra a droga e o crime (UNODC), alerta para a dependência química sobre os fármacos prescritos e não prescritos por médicos, principalmente os anti-inflamatórios, opioides e benzodiazepínicos, causando proporção de epidemia e grave problema de saúde pública no mundo (BRASIL, FIOCRUZ, 2017b; UNODOC, 2018).

Nesse contexto, “o crescimento da prevalência de condições crônicas no perfil epidemiológico da população brasileira, aí incluídos os transtornos mentais,

exige melhoria na qualificação do cuidado e fortalecimento da rede de atenção psicossocial” (GERBALDO et al., 2018, p.1090).

Portanto, reconhecer os vazios assistenciais em saúde mental é essencial diante dos desafios a alcançar, considerando-se os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira, a fim de diversificar e organizar os serviços nos municípios de grande, médio e pequeno porte, no tocante à implantação e à expansão da RAPS (MACEDO et al., 2017).

### 3.2.2 A Rede de Atenção Psicossocial

A RAPS foi instituída pela Portaria MS/GM n.º 3.088, de 23/12/2011, com atributos que envolvem o cuidado territorial como estratégia para englobar o campo técnico, assistencial, social, político e jurídico ao conjunto de ações em saúde mental no SUS, integrando os serviços de atenção em seus diferentes níveis de complexidade (AMARANTE, 2018).

Essa rede é, então, uma estratégia do processo político, proposta para atender à demanda de doenças crônicas de usuários com transtorno mental e dependentes químicos de álcool e outras drogas, como proposta da Reforma Psiquiátrica e da Política Nacional de Saúde Mental, a fim de fortalecer os dispositivos de saúde do SUS de forma humanizada, estabelecendo compromisso entre esses serviços que compõem a APS (NÓBREGA; SILVA; SENA, 2016).

Com a Lei 10.216, de abril de 2001, o redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental e a definição de direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais preveem o tratamento com finalidade permanente com vistas à reinserção social do paciente em seu meio e à criação de novos serviços (PRADO; SCHINDLER, 2017).

Nesse sentido, a RAPS estabeleceu diretrizes para fomentar o trabalho em rede para os serviços direcionados a pessoas com sofrimento mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS e destacou os seguintes pontos dessa rede: a UBS; a Equipe de Consultório na Rua; equipes de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório; Centros de Convivência; CAPS e suas diferentes modalidades; atenção de urgência e emergência, como o SAMU; UPA 24 horas; Unidade de Recolhimento; Serviços de Atenção em Regime Residencial; atenção hospitalar com enfermaria



especializada em Hospital Geral; Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas; e o Serviço Residencial Terapêutico (SRT) (BRASIL, 2011a).

O SRT foi constituído pelas Portarias 106/2000 e 1.220/2000, e reforçado com o Programa de Volta para Casa com a Lei nº 10.708, de 31/07/2003 (BRASIL, 2003). Dessa forma, um novo desenho sobre o olhar quanto ao campo da saúde mental começou a ganhar espaço para além dos muros do isolamento proposto pelos hospitais psiquiátricos, que passou a ser alvo de avaliações em 2002, com Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH – resultando em fechamento de centenas de hospitais e leitos considerados impróprios como adjutórios à saúde (AMARANTE; NUNES, 2018).

Mudanças na Política Nacional de Saúde Mental no Brasil ocorreram a partir de 2016, com ênfase na especialidade de atendimento em Saúde Mental e abertura aos Hospitais Psiquiátricos Especializados. Essas mudanças culminaram na Nota Técnica n.º 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS, divulgada recentemente, no mês de agosto, a qual estabeleceu novos dispositivos, propostos não mais como dispositivos a serem substituídos, mas como parte integrante da RAPS. Outras mudanças que entraram em vigor foram o financiamento de Comunidades Terapêuticas, como parte dos pontos de saúde como serviços que devem atender o usuário em sofrimento psíquico, e o incentivo à abertura de leitos para internamento de crianças e de adolescentes em hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2019b; DELGADO, 2019).

Dessa maneira, a preocupação com a política pública que vem favorecendo o hospital psiquiátrico como parte da RAPS e o retorno do modelo de segregação da loucura vêm promovendo uma ênfase sobre o retrocesso da luta da Reforma Psiquiátrica e uma mudança da metodologia sobre o tratamento aberto, territorializado e comunitário (SOUZA; JORGE, 2019).

Partindo dessa premissa, para incluir e preparar o usuário no seu território de moradia, com tipificações para sua participação efetiva da sociedade, como cultura, trabalho e geração de renda, foi regulamentado o Programa de Geração de Renda e Trabalho (Resolução CODEFAT n.º 59/1994) e Pontos de Cultura (Lei n.º 12.343/2010). Porém, esses dispositivos não foram explorados adequadamente

como recursos estratégicos para fornecer ferramentas de inclusão ao usuário portador de transtorno mental (AMARANTE; NUNES, 2018).

A exemplo de programas mal sucedidos propostos pela Política Nacional de Saúde Mental, a Política Nacional sobre Drogas apresenta divergências ainda maiores quanto à atenção psicossocial e às mudanças na metodologia relacionadas à Redução de Danos, com ênfase para a abstinência e para a supressão sintomática, relacionadas ao modelo asilar. Mudanças quanto ao paradigma proibicionista a partir da substância psicoativa, a exemplo dos países que adotaram o lema Guerra contra as Drogas, trouxeram resultados desastrosos nas Filipinas e na América do Norte, com assassinatos em massa e corrupção, respectivamente (MEDEIROS et al., 2019).

No Brasil, prevalecem três modelos ou abordagens ao usuário de drogas: modelo moral e criminal; modelo de doença e modelo da Redução de Danos. O primeiro enfatiza a punição, o segundo, a abstinência e a dependência química vista como incurável; e o terceiro norteia o cuidado, sem necessariamente proibir o consumo. A Redução de Danos era a base norteadora dos cuidados propostos pela RAPS; porém, a inserção das Comunidades Terapêuticas e dos Hospitais Psiquiátricos como parte da rede, associada à perspectiva conservadora na área de políticas de drogas, além de mudança dos dirigentes dos Ministérios da Justiça, da Saúde e do Desenvolvimento Social, provocaram retrocessos no cuidado a essa demanda estimada em 246 milhões de pessoas no mundo usuárias de substâncias psicoativas, o que representa problema de saúde pública e de magnitude mundial (TEIXEIRA et al., 2017).

Diante desse cenário, a estimativa é de que, no Brasil, 1,6 milhões de indivíduos entre 12 e 65 anos receberam algum tipo de tratamento na vida, o que corresponde a 1,1% da população geral. Os serviços mais utilizados e procurados pelos usuários de substâncias psicoativas que relataram o uso de tabaco, álcool ou outra substância e que receberam tratamento alguma vez na vida estão representados na pesquisa realizada no Brasil, em 2015, pela ICICT e pela Fiocruz, intitulada III Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira. Os locais mais acessados foram: comunidade terapêutica, unidades de acolhimento e CAPS AD (BASTOS, 2017).

As práticas do cuidado aos usuários de álcool e drogas ainda representam grande problema de saúde pública, diante da falta de preparo organizacional em

torno do processo do trabalho e também do despreparo e sofrimento dos profissionais. Desse modo, a ênfase na individualidade, sem significar o singular, dificultando a adesão e o vínculo do usuário ao serviço, associada à falta de estrutura dos serviços e suporte institucional proporcionam desafios a serem superados (SILVA; ABBAD; MONTEZANO, 2019).

No Estado do Paraná, diante das práticas do cuidado baseadas na proposta da Reforma Psiquiátrica no Brasil, é inevitável que surjam questionamentos sobre a não garantia de efetividade do processo, devido ao déficit de profissionais e de dispositivos que atendam a RAPS e à própria prática dos profissionais, que ainda não se adaptaram ao propósito da nova forma de fazer saúde mental com ênfase no território de atuação (MUHL; HOLANDA, 2018).

Por isso, as taxas de hospitalização aumentaram em 5%, entre os anos de 2000 a 2015, no Paraná, indicando uma demanda de crianças e adolescentes em situação de drogadição, que não são alcançados pelos serviços substitutivos, segundo Balbinot e Haubert (2016). Nesse caso, os equipamentos e serviços substitutivos beneficiam apenas 20% dos municípios do Paraná, sendo que os outros 80% não disponibilizam de CAPS devido ao nível populacional abaixo do parâmetro mínimo estabelecido pelo Ministério da Saúde. Essa situação evidencia um fluxo de usuários sendo encaminhados para outros municípios e hospitais psiquiátricos, favorecendo o setor privado com leitos especializados (WADI; OLINTO; CASAGRANDE, 2015).

Por conseguinte, transformar a prática assistencial e materializar o direito do usuário portador de transtorno mental, inclusive o usuário de álcool e outras drogas, perpassa pelas paredes das instituições dos serviços de saúde com a necessidade de integrar a rede e organizar a continuidade do cuidado. Esse olhar requer uma forma diferenciada de cuidado denominado de Acompanhamento Terapêutico (AT) (MACEDO et al., 2017; FERRO et al., 2018).

### 3.2.2.1 Acompanhamento Terapêutico

O AT é uma técnica de trabalho denominada, inicialmente, como “amigo qualificado”, para auxiliar na reabilitação psicossocial, com vistas ao resgate de vínculos sociais e de cidadania no território de acesso do usuário (ALBERTI et al., 2017).

Posteriormente, o “amigo qualificado” passou por transformações no processo de AT, sendo inserido no seio familiar e no ambiente do usuário, sempre na busca de um vínculo terapêutico. Para os autores, essa é uma prática clínica ainda em construção, que pode ampliar as intervenções e possibilidades de reinserção social, tanto para adultos quanto para crianças, deficientes e usuários de álcool e drogas, com foco interdisciplinar e no PTS (PITIÁ; SANTOS, 2006).

O AT passou, então, a ser considerado um dispositivo clínico-político e tem como sinônimo a política da amizade, com o intuito de construir novas relações sociais. É uma prática que aborda os diferentes espaços sociais, com ênfase na proposta da Reforma Psiquiátrica, de forma comunitária e subjetiva, com experiências inéditas, que devem ser notadas pelo acompanhado e pelo acompanhante com projeto de vida e supervisão pré-elaborados por uma equipe multidisciplinar (NETO, DIMENSTEIN, 2016; TRISTÃO et al., 2018).

Nesse contexto, acolhimento e escuta qualificada são características importantes, pois favorecem o vínculo entre o usuário e a equipe, para proporcionar atividades internas e externas que priorizem a reabilitação psicossocial. Isso proporciona autonomia, de acordo com o PTS construído juntamente entre os profissionais e o usuário (SILVA; BRANDÃO; OLIVEIRA, 2018).

A inclusão do usuário no serviço e no território a que ele pertence é uma forma de chamá-lo para a corresponsabilidade sobre o seu tratamento, baseado na construção do PTS, destacando a importância do vínculo do profissional e do usuário como parte do processo de construções subjetivas, seguidas de acolhimentos, escutas e orientações, a fim de promover sua permanência no serviço e o sentimento de pertencimento a seu território (JORGE et al., 2015).

A ESF, por sua vez, é considerada um dispositivo organizador do sistema de saúde brasileiro, baseada na APS e dialogando com os sistemas que firmam a RAS, incluindo ações multiprofissionais na perspectiva interdisciplinar. Da mesma forma, os CAPS são serviços de saúde e um ponto da RAPS que deve atuar sob a ótica interdisciplinar (FERTONANI et al., 2015; ANJOS FILHO; SOUZA, 2017).

Nesse sentido, o trabalho interdisciplinar na saúde mental, em conjunção com a ideia de desconstrução da lógica manicomial, deve ultrapassar barreiras impostas não apenas pela instituição hospitalar, mas pela sociedade e por profissionais que acreditam no isolamento como proposta velada de solução para o sofrimento mental do usuário, o qual, ainda que fora dos muros do manicômio, é

marcado pelo estigma e pelo preconceito em torno da loucura. Portanto, o desafio do processo da desinstitucionalização do usuário em sofrimento mental é um processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira que não se limita somente à ruptura da forma estrutural e física (FURTADO; NÓBREGA, 2017).

Além disso, a relação entre o profissional e o usuário, entendida como ainda assimétrica, diante das dificuldades de corresponsabilidade dos profissionais dos serviços de saúde, é agravada pela insuficiência do trabalho intersetorial, inviabilizando o AT (FERTONANI et al., 2015).

A reflexão sobre a necessidade de transformações no campo da saúde mental deve se pautar pelo modelo assistencial da atenção psicossocial, com foco nas dimensões teórico-conceitual, técnica, assistencial, jurídica, política e sociocultural. Em suma, o projeto terapêutico consiste na construção de uma nova forma prática de produção, com foco na cidadania, na reinserção e no resgate da prática de direitos (VASCONCELOS et al., 2016).

Por meio da articulação de todos os envolvidos nos dispositivos previstos pela RAPS, busca-se desconstruir um modelo centrado no manicômio. Ao invés disso, salienta-se uma nova visão de cuidado e de paradigma psicossocial, com parâmetros baseados na proposta do modelo comunitário, o qual inclui a família, o usuário, como protagonista da sua saúde, e o território, com todos os dispositivos para sua inserção social (NASI et al., 2009).

Nessa perspectiva, é certo o esforço de comunicação e de trabalho integrado em alguns serviços, ressaltando-se o trabalho interdisciplinar, pautado na construção de PTS baseada na mudança de paradigmas. Nesse caso, o usuário deixa de ser apenas espectador, e passa a ser parte do processo, como protagonista da mudança proposta a partir do olhar de multiprofissionais inseridos na pauta (VASCONCELLOS, 2010).

Porém, Vasconcelos et al. (2016) atentam para a reflexão sobre as práticas e os saberes dos serviços em saúde mental, marcadas pela inexistência da participação do usuário na construção do seu PTS, que nada mais é do que a estruturação de sua vida, e cuja elaboração deveria partir da discussão e da articulação entre os profissionais, os usuários e seus familiares. Os autores enfatizam que a família deve ser convocada como parte da rede de apoio ao usuário, amparada pelos CAPS e pelos demais pontos da rede, a fim de sustentar o cotidiano do usuário no território (FERREIRA; SAMPAIO; OLIVEIRA, 2019).

Sendo os CAPS pontos da RAPS, compostos por equipes multiprofissionais, é imprescindível que seja realizado um trabalho interdisciplinar, seguindo os preceitos da construção de projetos terapêuticos. Entretanto, as pesquisas demonstram que a centralidade no profissional médico, os conflitos entre os profissionais, a transposição inflexível das teorias para as práticas de cada saber, conflitos entre os profissionais, ausência de gestão e subfinanciamento, e também a falta de compreensão sobre atividades pertencentes ao campo da saúde mental fazem com que haja uma fragmentação dos serviços de saúde mental (VASCONCELLOS, 2010; ANJOS FILHO, SOUZA, 2017).

Mendes (2015) ressalta que a elaboração e o monitoramento de planejamento de cuidados do usuário dos serviços de saúde são eficazes quando realizados por grupos transdisciplinares, sendo que a coordenação do cuidado, com objetivos e intervenções conjuntas, deve ser articulada por grupos interdisciplinares.

Esse arranjo organizacional dos sistemas de saúde utilizando-se de equipes capacitadas para o trabalho interdisciplinar supõe um avanço na superação da atual configuração segmentada dos processos de trabalho em saúde mental, marcada pela agudização de vazios sanitários no que tange à assistência integral e resolutiva ao usuário cronicado pela doença mental (MACEDO et al., 2017).

A demanda de doenças crônicas despertou, portanto, a necessidade da formulação de um novo modelo de cuidado à saúde, baseado no cuidado em rede. O estado do Paraná realizou oficinas denominadas Programas de Qualificação da Atenção Primária à Saúde (APSUS), em 2011, com o intuito de capacitar profissionais para o trabalho em rede, sendo que a rede de saúde mental foi uma das cinco priorizadas para implantação e implementação (PARANÁ, 2014).

A programação do APSUS tem como meta fortalecer o trabalho territorial da APS e o trabalho das redes de atenção à saúde nos municípios, garantindo educação permanente e resolubilidade dos problemas no âmbito da APS, com excelência em todo o estado do Paraná, até 2020 (PARANÁ, 2014).

No entanto, para efetivar a proposta desse modelo assistencial, faz-se necessária a integração da rede de serviços ordenada pela APS envolvendo as diversas formas de cuidado, que não se limitam somente aos pontos de saúde. Essa ideia se concretiza quando a APS assume seu papel principal como porta de entrada do usuário do SUS, garantindo-lhe o acesso aos diversos níveis de atenção que promovam a resolubilidade das necessidades, sejam elas menos frequentes ou mais

complexas, com mecanismos formalizados de referência e coordenação do cuidado em saúde, de forma contínua e integral (COSTA et al., 2013).

Os municípios são responsáveis por implantar uma organização com foco no cuidado longitudinal e contínuo, realizar ações em saúde mental para o usuário sob sua responsabilidade, e também identificar e estratificar o risco da população em sua área de atuação (PARANÁ, 2014).

Segundo Almeida et al. (2010), o crescimento e a prevalência de doenças crônicas, como a doença mental, exigem maior contato entre os serviços de saúde na busca de soluções, e um conjunto de reformas centradas na coordenação do cuidado. A APS, nesse caso, deve ser a responsável por direcionar o fluxo do usuário dentro do sistema de saúde.

Tendo em vista a presença de 20 NASFs nos 25 municípios da 10ª Regional de Saúde do Paraná, e a importância ressaltada por Eslabão et al. (2017) ao trabalho dos coordenadores da saúde mental dos municípios, a forma como são utilizados os dispositivos disponíveis no território de atuação da APS pode ou não comprometer a continuidade do acompanhamento terapêutico do usuário no caminho percorrido pela rede de saúde presente em cada realidade (ROTOLI et al., 2019).

Logo, os equipamentos bem definidos dentro da rede de serviços podem facilitar o acompanhamento terapêutico, contribuindo para o exercício do diálogo e do trabalho em rede. Evidencia-se a importância de resolver e transformar o cotidiano do usuário, tecendo parcerias e pontes institucionais para, então, encaminhá-lo para outras instituições (FERRO et al., 2018).

Por esse ângulo, é pertinente:

[...] a necessidade de pesquisas que busquem analisar, no âmbito das redes e regiões de saúde, as potencialidades das equipes de atenção básica para assumir a coordenação tanto na esfera local, como para além dos limites municipais, no espaço regional (ESLABÃO et al., 2017, p. 1142).

Vale ressaltar, inclusive, que uma RAPS bem definida, com serviços de diferentes níveis de complexidade integrados e articulados em torno do usuário e dos familiares, com abordagem multidisciplinar, ações intersetoriais e de cunho interdisciplinar com intento ao atendimento integral podem gerar transformações no modelo de atenção em saúde mental. É importante, também, centralizar a coordenação na ESF e nos CAPS, como pontos de saúde claramente preconizados

pelas políticas públicas de saúde para o cuidado. (MOREIRA; ONOCKO-CAMPOS, 2017; ROLOTI et al., 2019).



## 4 METODOLOGIA

### 4.1 TIPO DE PESQUISA

Esta é uma pesquisa exploratória de campo, com abordagem de aspectos quantitativos. A característica do enfoque quantitativo de pesquisa é sequencial e comprobatória, com ordem rigorosa, seguindo um padrão previsível e estruturado, com abordagem lógica e de raciocínio dedutivo (SAMPIERI et al., 2013).

Com a pesquisa quantitativa, pretendeu-se alcançar e combinar elementos exploratórios, uma vez que se mensurou o perfil do profissional, responsável ou coordenador de saúde mental de cada município que abrange a 10ª Regional de Saúde do Paraná. Nesse sentido, analisou-se, em relação ao perfil do profissional: gênero, idade, escolaridade, área de atuação, secretaria ou serviço vinculado, tempo de atuação profissional. Também foram analisadas estruturas dos serviços e as práticas dos serviços como a de estratificação de risco, trabalho em rede, comunicação e acompanhamento terapêutico.

Sampieri et al. (2013) enfatizam a sensibilização quando se imerge no campo de pesquisa seguindo a lógica do indutivo, a fim de explorar e descrever com intuito de gerar perspectivas teóricas.

O trabalho de campo permitiu uma aproximação com aquilo que se deseja conhecer e estudar, além de criar um conhecimento quando se observa a realidade do campo. Para Minayo et al. (2001, p.26), “o trabalho de campo [...] consiste no recorte empírico da construção teórica elaborada no momento”. Os autores afirmam que um bom trabalho de campo deve estar com uma programação estipulada e com as fases exploratórias e de trabalho de campo delineadas.

### 4.2 CAMPO DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada com profissionais que atuam nos serviços de saúde mental dos 24 municípios de abrangência da 10ª Regional de Saúde do Paraná, listados a seguir: Anahy, Boa Vista da Aparecida, Braganey, Cafelândia, Campo Bonito, Cascavel, Catanduvas, Céu Azul, Corbélia, Diamante do Sul, Espigão Alto do Iguaçu, Formosa do Oeste, Guaraniaçu, Ibema, Iguatu, Iraceia do Oeste,

Jesuítas, Lindoeste, Nova Aurora, Quedas do Iguaçu, Santa Lúcia, Santa Tereza do Oeste, Três Barras do Paraná e Vera Cruz do Oeste.

Fram obtidas 24 autorizações dos gestores, sendo que apenas um município não aceitou participar da pesquisa, justificando-se pela ausência de um profissional exclusivo para atender à demanda de usuários desse perfil.

#### 4.3 COLETA DE DADOS

Foram utilizadas três fontes para a coleta de dados: questionário semiestruturado; entrevista gravada com um técnico da 10ª Regional de Saúde do Paraná e posteriormente transcrita, e consulta pública realizada na internet, na página do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Os dados foram coletados entre os meses de fevereiro a março de 2019, utilizando-se um questionário semiestruturado, o qual foi enviado ao profissional responsável pela atenção à saúde mental de cada município que pertence à 10ª Regional de Saúde do Paraná.

O questionário foi elaborado com perguntas fechadas para se conhecer o perfil do profissional (gênero, idade, escolaridade, nível de escolaridade, área de atuação, serviço vinculado), e a estrutura dos serviços, a fim de esboçar o acompanhamento terapêutico e suas ferramentas (ilustrando instrumentos de estratificação, apoio matricial, fluxogramas, serviços habilitados como CAPS, NASF, ESF, UBS). Além disso, utilizaram-se questões abertas, para compreender a percepção do profissional sobre o acompanhamento terapêutico do usuário (APÊNDICE 1).

Para Lakatos (1991), o questionário é um instrumento de coleta de dados, constituído por uma série ordenada de perguntas, que serão respondidas por escrito. Dentre as vantagens dessa técnica, incluem-se a economia de tempo, o acesso a um número grande de pessoas e a economia de pessoal para aplicação do instrumento, além de possibilitar respostas mais rápidas e mais precisas.

A avaliação do questionário foi realizada por cinco juízes, que não possuíam relação com os participantes da pesquisa, com especialidade na área da saúde mental, para correção estética e funcional do instrumento de coleta de dados. Para tanto, o instrumento foi enviado por correio eletrônico e o pedido formal deu-se por

meio de ofício aos juízes. Após a análise crítica e as sugestões apresentados, foram realizadas as modificações necessárias no instrumento.

Realizaram-se dois testes-piloto para validar o questionário semiestruturado e verificar sua fidedignidade, validade e operatividade. Para isso, foram selecionados dois profissionais que não participaram da pesquisa, e o instrumento foi aplicado após contato prévio para demonstração presencial (LAKATOS, 1991).

Para complementar a pesquisa qualitativa, foi realizada uma entrevista presencial e gravada, segundo os critérios estabelecidos por Duarte (2009), a um representante da Coordenação de Saúde Mental da 10ª Regional de Saúde de Cascavel. O convite para a entrevista foi realizado presencialmente a um técnico que é responsável direto pelo setor de coordenação de saúde mental dessa regional de saúde. A entrevista iniciou-se com a explicação sobre o teor da pesquisa, a assinatura do termo de consentimento e com a pergunta: “O que a 10ª Regional de Saúde de Cascavel propõe de assistência aos 24 municípios no quesito RAPS?”.

Com a entrevista, objetivou-se vivenciar o trabalho realizado pelo entrevistado, compreender a atuação desses atores sobre o tema abordado, respeitando os objetivos iniciais da pesquisa. Após contato inicial, o entrevistado solicitou que a entrevista fosse realizada no local de trabalho, em horário de sua escolha. Depois de gravada a entrevista, ela foi transcrita de forma integral, tendo sido fundamental para mapear as práticas do apoio matricial, permitindo aprofundamento do pesquisador sobre o tema da pesquisa.

No apêndice 2, no segundo parágrafo, o trecho onde se lê “coordenador de saúde mental”, foi substituído por “profissionais dos serviços de saúde mental”, devido a realidades heterogêneas de cada município no que se refere à função do profissional que atua naquela área e pela ausência de coordenador de saúde mental, alegada por alguns gestores.

O pesquisador responsável por essa pesquisa buscou o momento, a condição e o local mais apropriados, considerando as peculiaridades do participante, respeitando os preceitos da Resolução nº 580, de 22 de março de 2018, e garantindo sua privacidade, segundo as especificidades éticas das pesquisas de interesse estratégico do SUS, especificamente no artigo 7º: “A pesquisa que incluir trabalhadores da saúde como participantes deverá respeitar os preceitos administrativos e legais da instituição, sem prejuízo das suas atividades funcionais.” (BRASIL, 2018b, p.55).

#### 4.4 ANÁLISE DOS DADOS

De posse dos dados, pretendeu-se, primeiro, buscar descrevê-los e depois efetuar análise estatística descritiva sobre cada variável. A distribuição das frequências foi alocada em colunas e os elementos foram expostos em números e porcentagens.

A análise de dados quantitativos relacionados aos perfis dos profissionais e à estrutura física, organizacional e clínica da atenção em saúde mental dos municípios foi realizada por meio de estatística descritiva.

A fase da análise dos dados teve como finalidade compreender como são realizadas as práticas do trabalho e a percepção dos profissionais de saúde diante dos cuidados em saúde mental de cada município. Buscou-se, assim, analisar a questão aberta formulada para ampliar o tema investigado a fim de atender aos objetivos específicos do estudo. Nesse processo, o pesquisador interpretou a resposta da questão aberta, considerando as opiniões e os motivos do participante da pesquisa.

A análise da entrevista foi conduzida por transcrição, interpretada, inserida de forma aleatória no decorrer dos resultados e referenciada pela literatura pesquisada de acordo com os objetivos da pesquisa, de forma organizada e singular.

#### 4.5 ASPECTOS ÉTICOS

Foi solicitada, ao gestor responsável de cada município que participou da pesquisa (APÊNDICE 2), a liberação de pesquisa de campo, sendo que dos 25 municípios da 10ª Regional de Saúde do Paraná, apenas um não autorizou o estudo. Porém, dados disponíveis para consulta pública foram apresentados para complementar o estudo, no que se refere à distribuição de estruturas e serviços do município que não aceitou participar da pesquisa.

Foram respeitados os aspectos éticos, conforme a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, considerando-se as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, com ênfase no consentimento livre e esclarecido dos profissionais que participaram da pesquisa, aos quais explicou-se a

natureza da pesquisa, objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que lhe pudesse acarretar, sempre respeitando suas singularidades (BRASIL, 2013).

Embora a Resolução nº 580, de 22 de março de 2018, preveja o encaminhamento para liberação de pesquisa ao Comitê de Ética e Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Secretaria de Saúde do Estado do Paraná, com sede no Hospital do Trabalhador, em Curitiba, o Comitê esteve com suas atividades suspensas e em recesso no período de junho a dezembro de 2018, impossibilitando o envio do projeto em estudo. Dessa forma, a ausência da avaliação pelo Comitê da Secretaria Estadual de Saúde (SESA) é justificada por documento enviado por essa instância (Anexo 2).

A pesquisa não ofereceu riscos aos participantes; todavia, caso algum deles apresentasse algum desconforto devido a possível constrangimento durante a aplicação do instrumento, seria prestada assistência de forma imediata e integral, que por meio da explicação que o pesquisador realizasse sobre os objetivos do estudo e minimizasse o problema.

Assim, foi incluído na pesquisa o profissional que atuasse no cuidado em saúde mental no seu município, e que o representasse junto à 10ª Regional de Saúde do Paraná, cujo gestor tenha autorizado a pesquisa. Esse profissional apresentou o aceite em participar da pesquisa, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE 3), que foi assinado em duas vias, das quais uma ficou com o participante. Foi excluído o profissional que estivesse de licença maternidade ou de saúde ou em férias.

Ainda, garantiu-se o anonimato dos profissionais que participaram da pesquisa, sendo que os questionários foram identificados, conforme a ordem de devolução, com a letra P, de profissional, e o número arábico, por P1, P2, P3, P4, P5, P6, e assim sucessivamente até P24; já o técnico da 10ª Regional de Saúde do Paraná foi identificado por G1.

Os benefícios que a pesquisa poderá proporcionar aos profissionais envolvidos no cuidado e ao usuário dos serviços de saúde mental referem-se à oferta de subsídios para a continuidade e integralidade do cuidado, visando à possibilidade de reflexão sobre as práticas organizacionais e assistenciais realizadas na APS.

Finalmente, submeteu-se o projeto ao CEP, em outubro de 2018, CAAE: 02330518.1.0000.0107, e aprovado pelo Parecer n.º 3.053.977, na data de 03 de dezembro de 2018 (ANEXO 1).

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O formato de trabalho interdisciplinar e intersetorial no âmbito da Reforma Psiquiátrica como modelo técnico de saúde mental promoveu mudanças no cuidado em saúde. Essa estratégia, aplicada às práticas e à articulação eficaz da comunicação entre equipamentos e serviços no território é essencial ao trabalho em rede (CLEMENTINO et al., 2019).

A estrutura dos serviços das áreas de saúde, serviço social e educação estão representados por unidades de ESF, CRAS e escolas nos municípios participantes da pesquisa e podem representar um reforço para a RAPS no cuidado em saúde mental.

As práticas dos serviços no cuidado em saúde mental, seguindo os parâmetros da RAPS, articulam ações e serviços em saúde ao usuário, podendo promover a ampliação de seus direitos, com ênfase na sua participação direta, como protagonista, na produção do projeto de vida, amparado pelos aparatos profissional, familiar e social.

Nesse contexto, é importante conhecer o perfil dos profissionais responsáveis pelo cuidado ao usuário em sofrimento mental na APS, pois são eles os principais atores durante o primeiro atendimento e acolhimento na ESF. Também, torna-se essencial conhecer como as práticas dos serviços são realizadas por esses profissionais e como elas se comunicam com os demais setores. Essas informações representam importantes mecanismos de avaliação para responder ao pressuposto da pesquisa e esclarecer a resposta dos serviços no cuidado em saúde mental na RAPS.

Deve-se frisar que o AT pode ser uma atividade eficaz no campo da subjetividade da saúde mental, sendo uma estratégia nos trabalhos que se propõem a ampliar o campo de atuação do profissional para além dos muros dos serviços, a fim de proporcionar novas possibilidades de recursos para o usuário.

A partir dessas considerações, realizou-se a análise das questões abertas do instrumento da pesquisa, as quais investigaram: perfil dos profissionais, utilização de instrumento de estratificação de risco; disponibilização de NASF, atendimentos e encaminhamentos em saúde mental; trabalho em rede na atenção psicossocial, e acompanhamento terapêutico. As respostas são apresentadas na íntegra, para

complementar os resultados quantitativos da pesquisa, a fim de compreender a percepção dos profissionais sobre a RAPS nos municípios.

## 5.1 PERFIL DOS SUJEITOS DA PESQUISA

Na Tabela 01, apresenta-se o perfil dos 24 profissionais responsáveis pela atenção em saúde mental dos municípios que integram a 10ª Regional de Saúde do Paraná e que participaram da pesquisa.

Tabela 1 - Número e proporção dos profissionais responsáveis pela atenção em saúde mental nos municípios da 10ª Regional de Saúde, segundo idade, sexo, formação e tempo de atuação no serviço, Paraná, 2019.

<b>CATEGORIA</b>	<b>N=24</b>	<b>%</b>
<b>Idade</b>		
24 a 29 anos	06	25
30 a 35 anos	07	29
36 a 41 anos	05	21
42 a 47 anos	03	13
48 a 53 anos	01	4
Não respondeu	02	8
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>100</b>
<b>Sexo</b>		
Masculino	02	8
Feminino	22	92
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>100</b>
<b>Formação</b>		
Psicologia	13	54
Enfermagem	06	25
Serviço Social	03	13
Fisioterapia	01	4
Farmácia	01	4
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>100</b>
<b>Tempo de atuação no serviço</b>		
6 meses	1	4
1 a 3 anos	12	50
4 a 6 anos	3	13



7 a 9 anos	4	17
10 a 12 anos	2	8
13 a 16 anos	2	8
Total	24	100

FONTE: Dados pesquisa, 2019.

A faixa etária desses profissionais, na maioria dos casos, 29% (n=7), fica entre 30 a 35 anos. No entanto, os dados evidenciam o ingresso, no trabalho em saúde pública, especialmente em saúde mental, de várias gerações de trabalhadores, desde os mais jovens até os mais experientes.

Estudos denotam a prevalência de profissionais de saúde na faixa etária de 38 a 41 anos, principalmente entre os médicos e enfermeiros, embora o resultado não represente um parâmetro de outros estudos recentes (LIMA et al., 2016).

Dos 24 profissionais que responderam ao questionário, 92% (n=22) são do sexo feminino e 8% (n=2), do sexo masculino, indicando que o trabalho na saúde é predominantemente feminino.

Essa prevalência é corroborada por outros estudos, no Brasil, sobre os perfis dos profissionais, apontando, como destaque, o sexo feminino à frente dos cuidados em saúde (ARAÚJO et al., 2018, LIMA et al., 2016).

A predominância do sexo feminino é influenciada pelo panorama histórico do cuidado em saúde exercido pelas mulheres, sendo que as pesquisas apontam a força do trabalho na APS com tendência à feminização (OLIVEIRA; PEDRAZA, 2019).

Quanto à formação dos profissionais, a maioria tem graduação em Psicologia 54% (n=13), em seguida, Enfermagem 25% (n=6), Serviço Social, com 12,5% (n=3), Fisioterapia, 4,1% (n=1), e Farmácia, em 4,1% (n=1) dos casos.

Pesquisa realizada por Silva e Lima (2017) também apontou que os psicólogos prevalecem como os profissionais de nível superior com maior representatividade à frente dos cuidados em saúde mental, enquanto os farmacêuticos apresentam menor representatividade, apesar de serem indispensáveis na gestão de medicamentos.

Todos os entrevistados, 100% (n=24), atuam na Secretaria Municipal de Saúde, sendo que o tempo de atuação na função e no setor variou de 6 meses a mais de 15 anos, com prevalência de 1 a 3 anos de exercício: 50% (n=12), evidenciando a rotatividade de profissionais na área da saúde mental.

De acordo com Lima et al. (2016), no estudo realizado sobre o perfil profissional atuante na ESF, o vínculo é de 100% na Secretaria Municipal de Saúde e o ingresso ocorre por meio de concurso público.

Como alternativa à falta de recursos humanos, é frequente o uso das terceirizações. Esse recurso leva à precarização do trabalho e à desvalorização profissional, pois é um modelo de contratação temporária, com carga horária reduzida, acarretando rotatividade profissional, o que compromete a criação de vínculos com a população e a longitudinalidade da atenção e do cuidado (PEITER et al., 2019).

Entre os fatores que influenciam a rotatividade do profissional de saúde, além da insatisfação no trabalho, destacam-se o modelo de contratação e remuneração praticado, a estruturação das redes de serviços, a infraestrutura e porte dos municípios, dificultando a implementação da ESF e o vínculo estável no trabalho (LIMA et al., 2016; PIERANTONI et al., 2015).

Porém, é necessário enfatizar que “os processos de gestão e trabalho das várias profissões no SUS possuem interface com o modelo de atenção à saúde, as Redes de Atenção à Saúde, e, mais especificamente, as Redes Temáticas de Atenção à Saúde” (PEITER et al., 2019, p.7).

Por isso, para a efetivação da rede de atenção integral é necessário considerar recursos humanos que atuam para concretizar o cuidado em saúde, dentro das possibilidades do território e da organização dos serviços, ressaltando a APS como porta de entrada principal do usuário. É importante, também, destacar todos os pontos e estratégias como responsáveis pelo cuidado em saúde, com destaque para a APS e o CAPS como coordenadores do cuidado em saúde mental (ESLABÃO et al., 2017).

Como elemento constituinte da RAS, destaca-se a integração dos serviços para a continuidade do cuidado, entre eles, a estrutura operacional, os pontos de atenção primário, secundário e terciário, e os demais pontos de apoio (PEITER et al., 2019).

## 5.2 ESTRUTURA DOS MUNICÍPIOS QUE INTEGRAM A REDE

Diante da proposta de organização do trabalho em rede, fez-se necessário conhecer a estrutura de serviços ofertados nos municípios, a fim de que sejam

visualizados possíveis parceiros para fortalecer o atendimento e as estratégias de acolhimento ao usuário.

Quadro 2 – Estrutura organizacional dos serviços dos municípios.

Município	ESF	NASF	CAPS	Programa Tabagismo	Hospital Municipal	UPA	Academia da Saúde *	Serviço de Atenção psicossocial *	Centro de Convivência **	Abrigo**	Casa Lar**	CRAS**	CREAS**	Escolas Estaduais ***	Colégios Estaduais ***	EME***
Anahy	1	NASF 3		2	-	-	-	-	4	-	-	1	1	1	1	-
Boa Vista da Aparecida	3	NASF 2		1	1	-	3	-	-	-	-	1	1	3	1	1
Braganey	2	NASF 3		1	-	-	1	-	1	-	-	1	1	1	2	1
Cafelândia	5	NASF 2	-	1	1	-	-	-	1	-	-	1	-	-	3	1
Campo Bonito	2	NASF 3	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	1	1
Capitão Leônidas Marques	-	-	-	-	1	-	1	1	1	-	1	1	-	1	3	1
Cascavel	2 7	-	5	1	1	3	-	1	9	6	1	9	4	2	3 7	4
Catanduvas	2	-	-	1	-	-	1	-	-	1	1	1	-	3	3	-
Céu Azul	4	NASF 2	-	1	1	-	-	-	-	-	-	1	-	1	2	1
Corbélia	4	NASF 2	-	1	1	-	-	1	1	1	-	1	1	1	3	1
Diamante do Sul	1	NASF 3	-	1	-	-	1	-	-	-	1	1	-	1	2	-
Espigão Alto do Iguaçu	2	NASF 3	-	-	-	-	1	-	2	-	-	1	-	2	3	-
Formosa do Oeste	3	-	-	1	1	-	-	1	-	-	1	1	-	4	1	1
Guarani- açu	5	NASF 1	-	-	1	-	-	1	1	1	1	1	1	3	2	1

Continuação Quadro 02 – Estrutura organizacional dos serviços dos municípios do estado, 2019.

Município	ESF	NASF	C.A.P.S. Pro grama Tabagismo	Hospital Municipal	UPA	Academia da Saúde *	Serviço de Atenção psicossocial *	Centro de Convivência **	Abrigo**	Casa Lar**	CRAS**	CREAS**	Escolas Estaduais ***	Colégios Estaduais ***	EME***	
Ibema	1	NASF 3	-	-	-	1	-	-	-	-	1	-	-	1	1	
Iguatu	1	NASF 3	-	-	-	1	-	-	-	-	1	-	-	1	-	
Iracema do Oeste	1	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1	-	-	1	1	
Jesuítas	2	NASF 3	-	-	1	-	-	-	-	-	1	-	-	2	1	
Lindoeste	2	NASF 3	-	1	1	-	1	-	-	-	1	-	1	2	1	
Nova Aurora	3	NASF 2	-	1	1	-	1	-	1	1	1	-	1	3	1	
Quedas do Iguaçu	7	NASF 1	-	-	1	-	1	1	-	1	1	1	2	1 1	1	
Santa Lúcia	2	NASF 3	-	-	-	-	-	1	-	-	1	-	1	1	-	
Santa Tereza do Oeste	4	NASF 2	-	1	-	-	1	-	-	-	1	1	2	1	1	
Três Barras do Paraná	4	NASF 2	-	1	1	-	1	1	-	1	1	1	2	2	1	
Vera Cruz do Oeste	3	NASF 2	-	1	1	-	2	1	1	-	1	-	-	2	1	
Total	9 1	20	5	17	14	3	1 6	10	23	1 1	9	3 3	1 1	33	9 0	22

FONTE: \*Dados cedidos pela 10ª Regional de saúde de Cascavel; \*\*Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde-CNES. Consulta estabelecimento. Versão Obrigatória 4.1.00 Completa E Simplificada. 13/06/2019 - Abertura Mód. Transmissor CNES Competência 06/2019; Disponível em: < [datasus.saude.gov.br](http://datasus.saude.gov.br) > cnes-equipes-de-saude > acesso em 28 ago. 2019.\*\*\* Secretaria da Família e Desenvolvimento Social. Rede de Proteção Social no Estado. Escritório Regional de Cascavel. \*\*\*\*Secretaria da Educação do Estado do Paraná. Núcleos Regionais de Educação. Disponível em: < <http://www.nre.seed.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=520> >. Acesso em 29 mar. 2019. Legenda: ESF – Estratégia de Saúde da Família; NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família; CAPS- Centro de Atenção Psicossocial; UPA – Unidade de Pronto Atendimento; CRAS – Centro de Referência da Assistência Social; CREAS – Centro de Referência de Especialidade da Assistência Social; EME –Escola Modalidade Especial; CJA - Centro Estadual de Educação Básica de Jovens e Adultos.

Os municípios participantes da pesquisa são caracterizados por diferentes condições socioeconômicas, culturais e demográficas: alguns são de pequeno porte, com 3 mil habitantes, como Anahy, até o município de grande porte, Cascavel (BRASIL, 2019c).

Essa característica reflete na estrutura da rede de atenção em saúde mental nos diferentes municípios. Apesar disso, como mostra o quadro 2, todos os municípios possuem ESF, 100% (n=91), e a maioria tem Unidades de NASF habilitadas, 80% (n=20) (quadro 02).

A ESF, criada pela Portaria n.º 154, de 24 de janeiro de 2008, é um modelo de atenção à saúde para reorganizar o cuidado em saúde e construir a rede de atenção à saúde, ampliando as possibilidades de resolutividade, em conjunto com o NASF, (BRASIL, 2006; BRASIL, 2008b; BRASIL, 2011c).

Apenas (4%) dos municípios, n= 1, possui CAPS i, CAPS AD, CAPS AD III, CAPS III e ambulatório de saúde mental, denominado Centro de Atenção em Saúde Mental (CASM) (quadro 02). Os CAPS são dispositivos que reformulam o cuidado em saúde mental, na tentativa de construir um novo paradigma baseado na Reforma Sanitária e na Psiquiátrica, marcos importantes das políticas de saúde mental no SUS. Foram instituídos pela Portaria GM no 336, de 19 de fevereiro de 2002 (ESLABÃO et al., 2017; AMARANTE; NUNES, 2018).

Como proposta do planejamento do sistema de saúde brasileiro, foram criados programas para auxiliar o cuidado em saúde. Um deles é o Programa Nacional de Controle do Tabagismo, cujo objetivo é reduzir a prevalência de fumantes e consequente morbimortalidade relacionada ao consumo de derivados do tabaco. Assim, esse programa, instituído pela Portaria MS-GM no 571, de 5 de abril de 2013, é definido, pela APS, como lócus principal do cuidado e apoio à pessoa que fuma, preconizando o apoio profissional e medicamentoso ao tabagista que quer cessar o uso do tabaco (BRASIL, 2015b). Conforme a presente pesquisa, 68% (n=17) dos municípios possuem tal programa instituído (quadro 02).

Por sua vez, o Programa Academia de Saúde é uma estratégia de promoção da saúde e produção do cuidado, que funciona com a implantação de espaços públicos para promover práticas corporais e atividades físicas. No caso dos municípios pesquisados, a adesão ao programa foi de 52% (n=13) (quadro 02).

Ampliada pela Portaria n.º 3.582, de 6 de novembro de 2018, prevê recursos com a finalidade de permitir a estruturação de Academias da Saúde, com o objetivo

de aumentar o nível de atividade física, ampliar e valorizar espaços públicos de lazer e promover a integração multiprofissional na construção e execução de ações (BRASIL, 2018a).

Outro programa, o Serviço de Atenção Psicossocial, faz parte da tabela de Serviços Especializados do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES). Ele prevê assistência de Serviços de Atenção Básica para pessoas com necessidades decorrentes de transtorno mental e do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, conforme a Portaria n.º 856, de 22 de agosto de 2012, reconhecidos pelo código de Serviço 115 – Serviço de Atenção Psicossocial (BRASIL, 2012).

Verificou-se (quadro 01) que 20% (n=5) dos municípios possuem esse serviço cadastrado no SCNES, todavia, sem previsão de repasse financeiro. O município que se cadastra nessa categoria não possui o CAPS habilitado, apenas registra que possui atendimento em saúde mental (quadro 02).

Os Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) são unidades de referência que congregam serviços da atenção social e uma rede de proteção social (BRASIL, 2011b). Conforme quadro 02, todos os municípios possuem pelo menos um (CRAS).

Como parte do quadro estrutural dos municípios e parte da política social, o Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS) atende pessoas ou famílias que vivem em situações de precariedade financeira, educacional, habitacional, elegíveis para participar de programas socioassistenciais de prevenção de situações de risco e vulnerabilidade social (BRASIL, 2011b).

Os dados do presente estudo mostram que 36% (n=9) dos municípios possuem Casa Lar; 20% (n=5) dispõem de abrigos, e 36% (n=9) possuem centros de convivência (quadro 02).

Os dados da Secretaria da Educação do Estado do Paraná incluem uma rede educacional que se inicia no Ensino Fundamental, presente em 76% (n=19) dos municípios, denominada, no quadro 02, como Escolas Estaduais. Na sequência, os colégios estaduais correspondem a 100% (n=25) das instituições educativas presentes nos municípios, segundo o órgão responsável pelas diferentes modalidades da educação no Brasil. A Escola Modalidade Especial (EME) está presente em 76%, n=19, (76%) dos municípios. A Educação de Jovens e Adolescentes pelo Centro Estadual de Educação Básica (CJA) ou Educação para

Jovens e Adolescentes (EJA) está presente em 12% (n=3) dos municípios pesquisados (quadro 02).

Os dados coletados na Secretaria da Educação do Estado do Paraná, acerca da rede de ensino que se inicia no Ensino Fundamental, informam que essa modalidade, cujo objetivo é promover o domínio da leitura, escrita e cálculo, tem nove anos de duração. A matrícula é obrigatória para crianças a partir dos 6 anos de idade, divididos em duas fases: a primeira, com cinco anos de duração, para alunos de 6 a 10 anos de idade; e, na sequência, a segunda, com quatro anos de duração, para alunos de 11 a 14 anos. Na sequência, os Colégios Estaduais participam do processo formativo, atuando da Educação Básica até o Ensino Médio, visando à consolidação e ao aprofundamento dos conhecimentos adquiridos no Ensino Fundamental, de forma a possibilitar o prosseguimento dos estudos dos jovens (BRASIL, 1996; PARANÁ, 2003; MEC, 2008).

Outra modalidade de ensino é a Escola Modalidade Especial (EME), cujo objetivo é a inclusão de deficientes visuais, auditivos, físicos, mentais, além de alunos com superdotação e com condutas típicas (Brasil, 2008).

A Educação de Jovens e Adolescentes pelo Centro Estadual de Educação Básica (CJA) ou Educação para Jovens e Adolescentes (EJA), legitimado pelo Paraná Alfabetizado, segue com a missão de ofertar ensino a pessoas que não puderam efetuar os estudos na idade própria. (Brasil, 2004); (Paraná, 2003).

Deve-se ressaltar que a coesão entre os setores da saúde e da educação é imprescindível, diante dos problemas em torno da temática do uso de álcool e drogas entre crianças e adolescentes. Essas instâncias, amparados pela RAPS (CAPS i, CAPS AD, NASF, ESF, escolas, serviço social, Estatuto da Criança e do Adolescente) elaboram esforços para dar respostas condizentes, de forma humanizada e singular, ao problema (PASSOS et al., 2016)

Dessa forma, as dimensões técnica e assistencial abrangem a prática dos profissionais de saúde, o cotidiano e a estrutura do atendimento das demandas do usuário. Porém, o tratamento humanizado da assistência não significa a superação da prática fragmentada da assistência cotidiana fundamentada no modelo especializado de cada profissão, ilustrado pelo trabalho individualizado, com ênfase no modelo biomédico e medicamentoso (RIGOTTI et al., 2016; VASCONCELOS et al., 2016; ZEFERINO et al., 2016).

### 5.3 AS PRÁTICAS E OS SERVIÇOS DA SAÚDE MENTAL NO ÂMBITO DOS MUNICÍPIOS DA 10ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ

Na Tabela 2 apresentam-se os dados referentes a estratificação de risco, estrutura e comunicação entre os serviços de saúde mental.

Tabela 2 – Número e proporção de Instrumento de Estratificação de Risco, NASF habilitados, RAPS no município e comunicação entre os pontos da RAPS nos municípios da 10ª Regional de Saúde, PR, 2019.

<b>Categoria</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Instrumento de estratificação de risco</b>		
Sim	10	42
Não	8	33
Às vezes	6	25
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>100</b>
<b>NASF habilitado</b>		
Sim	20	83
Não	04	17
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>100</b>
<b>RAPS no município</b>		
Sim	16	67
Não	8	31
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>100</b>
<b>Comunicação entre os pontos da RAPS</b>		
Sim	13	54
Não	4	17
Às vezes	7	29
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>100</b>

FONTE: Dados da pesquisa, 2019.

Sobre a estratificação de risco, 42% (n=10) dos municípios a realizam, 33% (n=8) não realizam, e 25% (n=6) realizam às vezes. Quanto ao NASF, 83% (n=20) dos municípios possuem NASF habilitado e 17% (n=4) ainda não dispõem do serviço. Quando questionados sobre o trabalho em rede, 67% (n=16) dos profissionais tiveram a percepção de que atuam em rede e 33% (n=8) responderam que não. Nesse quesito, entende-se que há necessidade de comunicação entre os serviços, quando se pretende atuar de forma interdisciplinar, uma vez que 54%



(n=13) dos profissionais responderam que se comunicam, 17% (n=4) não se comunicam, e 29% (n=7) dos profissionais afirmaram que se comunicam às vezes (Tabela 2).

Os dados referentes às práticas dos serviços de atenção em saúde mental são apresentados na Tabela 3.

Tabela 3 – Resultado da pesquisa sobre as práticas dos serviços de atenção à saúde mental, divididos em estratificação de risco, disponibilização de Núcleo de Apoio à Saúde da Família, trabalho em rede e Acompanhamento Terapêutico, nos municípios da 10ª Regional de Saúde, PR, 2019.

<b>PRÁTICAS EM SAÚDE MENTAL</b>	<b>FREQUÊNCIA</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>%</b>
Estratificação de risco	Realizam a estratificação de risco	10		42%
	Não realizam a estratificação de risco	8		33%
	Às vezes realizam estratificação de risco	6		25%
Total		24		100%
Disponibilização de NASF	NASF 1 - 2 habilitados; NASF 2 - 8 habilitados; NASF 3 -10 habilitados	20		83%
	Não disponibilizam de NASF	4		17%
	Total	24		100%
Realizam o trabalho em rede	Realizam o trabalho em rede e expressam comunicação formal ou informal	16		67%
	Não realizam o trabalho em rede	8		33%
	Total	24		100%
Acompanhamento Terapêutico	Sim	24		100%
	Não	0		0%
	Às vezes	0		0%
Total		24		100%

FONTE: Dados da pesquisa, 2019. Legenda: NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família).

### 5.3.1 A estratificação de risco com prática nos serviços de atenção em saúde mental

Entre 2011 e 2014, a Secretaria do Estado do Paraná implantou o programa de apoio aos municípios, denominado Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde (APSUS), com objetivo de capacitar as equipes da APS para viabilizar oficinas e cursos de atualização sobre territorialização e estratificação de risco, sendo o Caderno nº 8 o instrumento de referência da Rede Temática da Saúde Mental (PARANÁ, 2014).

Desse modo, os profissionais que afirmaram realizar a estratificação de risco relataram a utilização do instrumento ofertado no Caderno nº 8 (ANEXO 3), como relato a seguir: *“Caderno 8 (saúde mental)”(P11)*.

A estratificação do risco para gestão do cuidado significa reconhecer que as pessoas têm diferentes graus de risco e de vulnerabilidade, apontando necessidades diferentes. O acompanhamento dos casos mais graves, o atendimento em grupo e as ações de prevenção e de promoção da saúde mental são fatores importantes na discriminação do nível de oferta do cuidado em saúde mental e para a organização das ações da APS, como um todo, para oferta de cuidados à população adstrita em seu território de atuação (ROCHA, et al., 2018).

No entanto, há necessidade de reflexões sobre as práticas relatadas pelos profissionais pesquisados, diante de sua percepção sobre o compromisso social exercido na APS. A estratificação de risco favorece o surgimento de novas demandas, as quais necessitam de acompanhamento e direcionamento das ações; assim, como indica a literatura, há uma deficiência sobre quais parâmetros devem ser adotados para cada grau de risco.

Os profissionais participantes da pesquisa que realizam a estratificação de risco de acordo com critérios estabelecidos pela formação profissional refletem uma fragilidade no papel da APS em constituir uma homogeneidade na forma de estratificar os riscos.

*“É usado a partir da primeira entrevista com o paciente e concluído após algum tempo de intervenção e conversa com equipe”(P3)*.

*“Ficha padrão de estratificação de risco em saúde mental preenchida pela psicóloga” (P16)*.

Os profissionais que não realizam a estratificação de risco revelam que há uma fragilidade no papel da APS em constituir uma porta de entrada eficiente e resolutiva ao usuário em sofrimento mental, evidenciando que há uma demanda crescente e uma preocupação com a ausência de gestão para esses casos. Diante do exposto, em sua entrevista, G1 amplia a discussão para a preocupação da ausência de manejo do usuário na APS, indicando despreparo dos profissionais para o acolhimento a essa demanda na ESF, como indicam suas falas:

*“[...] não há um protocolo específico para isso, no município” (P1).*

*“Atendimento excessivo de demanda espontânea, falta organização na rede e no atendimento dos pacientes de saúde mental” (P7).*

*“Existe o instrumento, porém, o mesmo ainda não foi utilizado. Sendo que será iniciado o uso durante a Estratificação de Risco em S.M.” (P19).*

É sugestivo que a coordenação do cuidado integral, utilizando-se da estratificação de risco, seja um desafio para a APS e para o SUS (ROCHA et al., 2018).

Os participantes da pesquisa denunciam a falta de recursos humanos e esclarecem que a oferta dos serviços está relacionada à procura e à demanda. Nesse sentido, os relatos dos profissionais evidenciam que é necessária uma mudança na forma organizacional sobre a temática da saúde mental:

*“Falta de planejamento” (P14).*

*“Porque no município a Atenção Básica é composta por ações fragmentadas e uma organização do processo de trabalho muito frágil” (P17).*

Os profissionais que “às vezes” realizam a estratificação de risco, evidenciam que a organização do trabalho e a gestão do cuidado se concentra na demanda da população que manifesta sofrimento mental, visto que, na ausência de um planejamento sobre o fluxo dessa demanda, o profissional se limita a realizar encaminhamentos e atendimentos individuais com base no modelo biomédico.

Dentre as limitações importantes na organização da APS em torno da oferta do cuidado ao usuário, citam-se: inexistência dos níveis centrais da gestão, ausência

de protocolos, deficiência nas ações para casos de dependência química, as quais implicam no prejuízo de fluxos, identificação, estratificação e abordagem segura aos casos de saúde mental (GERBALDO et al., 2018).

Dessa maneira, como se verifica nas falas a seguir, alguns desafios ainda precisam ser superados:

*“Devido à grande demanda, às vezes os profissionais de saúde responsáveis pelos atendimentos não conseguem aplicar o instrumento de estratificação em saúde mental” (P4).*

*“Geralmente é realizado pelo (a) profissional médico (a) e realizados os devidos encaminhamentos através dos mesmos. Obs.: nem todos (as) utilizam. O município iniciou há pouco o processo de aplicação do instrumento, profissionais necessitam de maiores capacitações. Profissionais de outra área (Enfermagem, Assistência Social) alegam ter pouco preparo, são “resistentes” (P6).*

Assim, não há recursos psicossociais com ênfase no acolhimento, na escuta qualificada e no diálogo como intervenções e prática terapêutica. A dificuldade de lidar com o usuário em sofrimento mental, pelos profissionais participantes da pesquisa, favorece o cuidado pautado nos encaminhamentos, procedimentos com foco na doença e no diagnóstico, em consultas individuais e medicalização.

Dessa forma, a oferta dos serviços está baseada na demanda e não na necessidade de saúde da população, contribuindo para a intervenção somente nos casos de agudização de sintomas, compreendendo o sofrimento psíquico como demanda de tratamento ou medicamento psiquiátrico (MOREIRA; ONOCKO-CAMPOS, 2017; SILVEIRA FILHO et al., 2016).

### 5.3.2 O trabalho dos profissionais do NASF nos serviços de atenção em saúde mental nos municípios da 10ª Regional de Saúde do Paraná

Sobre a disponibilização de NASF e a prática de atendimentos, o serviço apresentou-se como um importante dispositivo, evidenciando que a atuação da equipe, em alguns municípios é multidisciplinar e interdisciplinar, com foco no atendimento em grupos e trocas de informações sobre o acompanhamento do usuário. Entretanto, municípios que contam com o NASF ainda estão estruturando

suas práticas e a organização da assistência, pois há relatos de atividades como visitas domiciliares, supervisão medicamentosa e orientações ao usuário.

O NASF foi criado pela Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008, e elaborado com o objetivo de fortalecer a APS por aparato interdisciplinar e não como porta de entrada do usuário, mas, com ações para capacidade resolutiva, incluindo-se proposições de saúde mental. É operacionalizado com foco no apoio matricial à equipe da ESF e no vínculo entre os profissionais, visando à integralidade do acompanhamento terapêutico à população estratificada, com a produção do PTS (BRASIL, 2008; MARTINS et al., 2015; MELO; MIRANDA, 2018).

Todavia, os profissionais estão agindo de forma a substituir a oferta de cuidados da ESF, ausentando-se da atuação como apoio matricial, atribuindo a falta de preparação da formação profissional para tal e também por entenderem que essa demanda deve ser atendida por especialistas (GERBALDO et al., 2018), conforme demonstram as falas a seguir:

*“Grupos terapêuticos, visitas domiciliares, orientações aos pacientes” (P2).*

*“De acordo com a estratificação de risco, o NASF realiza grupos de saúde mental separados por grau de risco (alto, médio e baixo). Na programação são quatro encontros no ano; no momento o primeiro encontro já foi realizado, e para o mês de abril o segundo encontro já está sendo programado” (P5).*

A essência do NASF está em apoiar as ações da ESF, com compartilhamento de casos e auxílio na organização do trabalho, aplicando estratégias em conjunto com os pontos de saúde e os setores presentes no município. Dessa forma, espera-se que o NASF represente um avanço na gestão dos casos que necessitem de apoio interdisciplinar. Contudo, de acordo com as falas dos profissionais, ainda há desafios a serem superados pelos NASFs:

*“Município recebe o recurso devido à pactuação. Equipe não está estruturada para as ações pertinentes ao NASF” (P7).*

*“Difícilmente as equipes PSF e NASF se reúnem, pois falta tempo porque a demanda da unidade é extensa e faltam profissionais. Porém, sempre que é necessário, de forma eventual, trocamos informações sobre o paciente” (P3).*

*“O NASF está em processo de implantação, há falta de profissionais para complementar a equipe de modo efetivo. Falta formação continuada para NAS e os profissionais ainda não têm exclusividade de carga horária para NASF” (P13).*

Distorções no entendimento, já na implantação do NASF, visto como modo de financiamento a especialidades, desvincilhando-se do papel de matriciador, corroboram para o conceito de saúde-doença na APS como restritiva ao modelo hegemônico centrado no profissional do médico e na assistência medicamentosa. A exemplo do que ocorre na 4ª e na 5ª Regional de Saúde do Paraná, são desafios igualmente enfrentados nessa região do Estado (GARCIA et al., 2017).

Estima-se que o NASF seja um ambulatório especializado operando para atendimento em saúde mental. Nesse cenário, reflete-se a fragmentação do cuidado integral dos profissionais de saúde que direcionam o usuário para os serviços especializados, justificada pela falta de preparação para atender à demanda, com foco no profissional psiquiatra e psicólogo (GERBALDO et al., 2018; MOREIRA; ONOCKO-CAMPOS, 2017).

Sobre isso, apresentam-se as seguintes falas:

*“Atendimentos individuais com psicóloga do NASF” (P11).*

*“O NASF está sendo implantado. Até o momento, os usuários são atendidos pelo psicólogo clínico, alguns acompanhados por psiquiatra, outros, o próprio clínico geral acompanha” (P20).*

Logo, a limitação da organização do NASF se apresenta como uma grande restrição na construção da inserção social do usuário (MOREIRA; ONOCKO-CAMPOS, 2017).

O NASF está fundamentado no trabalho interdisciplinar e no apoio matricial para as equipes da ESF, com base na construção de PTS e no compartilhamento de competências, como demonstram algumas falas dos profissionais a seguir:

*“O trabalho realizado envolve principalmente atendimentos individuais específicos e compartilhados, atendimentos domiciliares específicos e compartilhados, atividades coletivas compartilhadas e reuniões de equipe NASF” (P17).*

*“Preventivo, eficiente, eficaz. Promove o trabalho multidisciplinar e interdisciplinar” (P18).*

*“Discussão de caso com as equipes de ESF e elaboração de PTS. Encaminhamento para Unidades Hospitalares Psiquiátricas e CAPS AD III. Acompanhamento e orientação pela equipe NASF e atendimentos individuais pelos profissionais” (P19).*

*“Apoio às equipes da Saúde da Família, através de discussão de casos, consultas compartilhadas e visita domiciliar compartilhada, construção do projeto terapêutico singular” (P21).*

O compartilhamento dos casos e saberes ente a ESF e o NASF, como equipe interdisciplinar, assume a proposta de solucionar os problemas relacionados ao usuário, inspirando a possibilidade de conexão entre as equipes, além de valorizar o cuidado e qualificar as ações (ROTOLI et al., 2018).

Alguns municípios direcionaram o NASF como um importante dispositivo, evidenciando que existe a atuação da equipe multidisciplinar e interdisciplinar, com foco no atendimento em grupos e trocas de informações para o acompanhamento do usuário (MELO; MIRANDA, 2018).

Todavia, entre os municípios que não possuem NASF, fica explícita a fragilidade dos profissionais em absorver a demanda da saúde mental, que limita o atendimento ao modelo biomédico com foco no modelo curativo, centrado na doença e na medicalização do sofrimento do usuário. Esse fato se confirma com a fala de G1, que fez o levantamento sobre as necessidades microrregionais, identificando, como uma das principais queixas, a dificuldade de manejo do usuário. Isso é apontado nas falas dos profissionais:

*“Mas primeiramente é conversado com a equipe, após é encaminhado para UBS e o psiquiatra atende. Quando há consulta em caso de surto, é encaminhado para o hospital de referência; quando necessário, é internado no hospital de referência psiquiatra” (P1).*

*“É encaminhado para consulta com psiquiatra que atende aqui na UBS, e psicólogo, quando o mesmo necessita de internamento é feito via central de leitos” (P8).*

*“O usuário recebe o atendimento do psicólogo no Centro de Saúde, sob agendamento” (P16).*

Os municípios que não possuem o NASF atendem o usuário na ESF ou na UBS e o encaminham para o serviço especializado (MACEDO et al., 2017).

### 5.3.3 O trabalho em rede no âmbito da saúde mental nos municípios da 10ª Regional de Saúde do Paraná

Em relação ao trabalho em rede na atenção psicossocial, observou-se que a maioria dos profissionais preferem trabalhar em rede e se comunicam, de forma informal ou formal, entre os serviços e por meio de dispositivos disponíveis no município de atuação. Outros declaram que não trabalham em rede, mas que se comunicam de maneira informal ou formal; porém, alguns não fazem o trabalho em rede nem produzem comunicação entre os serviços.

No que tange à RAPS, ela foi descrita como um serviço presente em 66,66% dos participantes da pesquisa, n=16, e (33,33%), n=8, revelam a ausência do trabalho em formato de rede.

Entende-se que a essência do trabalho em rede está na capacidade de comunicação e na capilaridade das informações sobre o acompanhamento terapêutico do usuário em sofrimento mental. Diante dessa questão, perguntou-se aos profissionais se eles fazem o trabalho em rede, com respostas “sim” ou “não”; de acordo com a resposta, era proposta uma justificativa para a percepção do profissional sobre sua prática.

Nesse caso, dos 67% de profissionais, n=16, que responderam que realizam o trabalho em rede, 21%, n=5, responderam que não realizam o trabalho pautado no formato de rede, mas, que “às vezes” se comunicam com outros profissionais utilizando-se de encaminhamentos, ofícios e conversas informais; outros 17%, n=4, responderam que “sim”, realizam o trabalho em rede, enfatizando que “às vezes” fazem contato com outros serviços, por meio de ofícios, outros meios de comunicação (telefone, celular), por intermédio do NASF e de formulário de referência e contrarreferência; 4% dos profissionais, n=1, relataram que existe um trabalho em formato de rede e que o fazem por encaminhamento de referência.

A comunicação formal ou informal, verbal ou escrita, acontece em 54,16% dos municípios, n=13. Os demais denotam que não realizam, sendo 16,66%, n=4, e os que realizam às vezes, são 29,16%, n= 7. Os profissionais declararam que os contatos de forma informal acontecem por dispositivos telefônicos, entre os setores



e serviços localizados no município, e por escrito, utilizando-se o ofício ou instrumento de referência e contrarreferência. Apenas um profissional denotou a iniciativa da prática por intermédio do NASF.

Os profissionais que realizam o trabalho em rede e expressam comunicação de forma formal ou informal, responderam que o concebem apenas com encaminhamento para os serviços especializados, não reconhecendo a APS como ponto de acolhimento ao usuário em sofrimento mental.

*“Após análise da equipe multiprofissional, é realizado contato com a rede de apoio, para troca de informações, visto a Clínica de especialidades ser ponto de referência para todos os encaminhamentos, sendo de saúde mental ou não” (P13).*

*“Na maioria dos casos, são realizados encaminhamentos e, após um primeiro contato com o usuário, é realizada uma reunião para o estudo de caso” (P15).*

Nesse cenário, a limitação em atendimento integral e contínuo se torna ineficaz, uma vez que os fragmentos em torno da organização e da comunicação se fazem presentes.

*“Não escrito ou digitado, e sim via telefone e pessoalmente” (P22).*

*“A comunicação se dá a partir de casos onde um só serviço não “dá conta” de resolver-orientar. Mas as reuniões de rede constantemente, não acontecem” (P2).*

*“Trabalho de rede fragmentado, falta de comprometimento de alguns representantes da rede de atendimento” (P6).*

Dentre os problemas que desafiam a realização do trabalho em equipe, destaca-se a comunicação desagregada da proposta de trabalho, a qual deveria ter como foco a harmonia entre os profissionais, associada a uma proposta interdisciplinar e de troca de saberes. Dessa maneira, a comunicação ineficaz entre os serviços reflete no fluxo do trabalho de referência e contrarreferência, proporcionando, como consequência, o abandono do tratamento. Por isso, realização de reuniões periódicas e encontros informais podem favorecer a integração e a prática colaborativa entre os profissionais e um espaço de reflexão

para a solução de problemas (PERUZZO et al., 2018; PREVIATO; BALDISSERA, 2018; ROTOLI et al., 2019).

Notam-se, nas falas dos profissionais, os arranjos organizacionais em torno do instrumento de referência e de contrarreferência para viabilizar a comunicação entre as equipes e os setores.

*“O município [...] vem realizando articulação em rede desde o ano de 2010, realizando reuniões sistemáticas (uma vez ao mês) para discutir e elaborar os fluxos de atendimento e as políticas intersetoriais. Com muita frequência, os profissionais dos diversos serviços da Rede Intersetorial se reúnem para discussão de casos e para realizar os encaminhamentos necessários e a tomada de decisões conjuntas. Os profissionais que compõem a Rede Intersetorial de Atenção e Proteção Social elaboraram uma Ficha de Referência e Contrarreferência, que é utilizada por todos os profissionais dos serviços governamentais e não governamentais. Essa ficha foi referenciada pelos Conselhos municipais (Saúde, Assistência Social, Direitos da Criança e Adolescente)” (P7).*

*“Comunicação através de contato telefônico e ofícios. Há formulário próprio de referência-contrarreferência de cada serviço” (P23).*

*“Utilizamos uma Ficha de Referência-Contrarreferência. Trazemos o encaminhamento e nessa ficha contém um “campo” para que o profissional coloque e especifique as providências e/ou demais encaminhamentos – realizados, no caso, e assim dê a resposta ao serviço de referência” (P24).*

É preocupante a ausência de canais de comunicação entre os profissionais ou a ênfase na discussão dos casos por meio de recursos eletrônicos, informalizando o cuidado do usuário e promovendo sofrimento psíquico, prática comprovada pelas falas a seguir:

*“A comunicação é pouca devido ao pouco tempo e à rotatividade de profissionais da rede” (P9).*

*“Somente os pacientes mais graves. Pela grande demanda, existe falta de profissionais” (P12).*

*“A comunicação é feita através de ofícios entre os órgãos da Rede e também reuniões mensais com os representantes de cada órgão. Existe também um grupo de whatsapp da rede” (P10).*

*“Porque a comunicação é fragmentada, não há uma padronização por meio de reuniões periódicas ou instrumentos formais. Ocorre comunicação entre alguns profissionais das equipes dos pontos da RAPS, mas não ocorre entre equipes como um todo” (P17).*

*“Uma das complexidades em nosso município é a rede, o contato maior é com o CREAS-Educação, alguns casos o CRAS. A comunicação ocorre por telefone-celular. Raramente são realizadas reuniões” (P19).*

Como se pode observar, há fragilidade na organização do processo do trabalho pautado na comunicação formal; o que ocorre é, principalmente, a utilização da comunicação informal, a qual ocorre por meio de tecnologias, como WhatsApp<sup>1</sup>, recado, telefone, e-mail e celular. Nesta pesquisa, “a passagem de informações caracteriza-se como mero verbalismo, o que dificulta a ação e a reflexão dialógica” (PREVIATO; BALDISSERA, 2018, p.1541).

Os participantes que afirmaram não realizar o trabalho em rede demonstraram desinformação sobre o assunto pesquisado: *“Não faz RAPS” (P3)* e *“Não existe uma equipe RAPS nas proximidades” (P14)*, evidenciando a dificuldade dos serviços para o trabalho em rede.

#### 5.3.4 O Acompanhamento Terapêutico no âmbito da saúde mental nos municípios da 10ª Regional de Saúde do Paraná

Em relação ao AT, todos os profissionais relatam que a prática é realizada, seja por prontuário manual escrito ou eletrônico, visitas domiciliares, encaminhamentos dos usuários para o psiquiatra, direcionamento para o Consórcio Intermunicipal do Oeste do Paraná (CISOP), tratamento médico e medicamentoso, pela responsabilidade da ESF e pela produção do Projeto Terapêutico Singular (PTS).

---

<sup>1</sup> O *WhatsApp* é um aplicativo desenvolvido para a troca de mensagens instantâneas entre usuários conectados à internet através de smartphones

*“Medicação, quando é prescrita, e acompanhamento em casa; visitas periódicas” (P1).*

*Estratificação saúde mental, orientações, acolhimento e encaminhamentos”(P2).*

*“Triagens informais pessoais do profissional, estratificação de risco, acompanhamento no sistema integrado, encaminhamentos informais e formais (por meio do NASF) à Unidade Básica de Saúde de abrangência e aplicativo eletrônico (whatsapp)” (P6).*

*“O tratamento é paliativo, e basicamente médico e medicamentoso. Nos casos mais extremos de situações de surto providencia-se internamento em hospital psiquiátrico, sendo a principal referência o Hospital Regional, em Jandaia” (P7).*

*“São realizadas consultas de controle com os especialistas e acompanhamento através do prontuário” (P8).*

*“Os serviços de Saúde Mental realizam o matriciamento em saúde mental na APS, elaboram Projeto Terapêutico Singular, relatórios, utilizam o prontuário eletrônico, e Ficha Intersetorial de Referência e Contrarreferência” (P9).*

*“Através de psicoterapia - semanal ou quinzenal” (P14).*

*“Reuniões para estudos de caso e Projeto Terapêutico Singular – PTS” (P15).*

*“Atendimentos sob agendamento utilizando escuta ativa, anamnese, entrevista, testes, jogos terapêuticos” (P16).*

*“Por meio de atendimentos individuais e/ou compartilhados e contato com outros profissionais de saúde que também acompanham os usuários da atenção em saúde mental. Assim como profissionais de equipes de outros serviços da rede. Utilizo o prontuário eletrônico como instrumento de acompanhamento terapêutico” (P17).*

*“Nas reuniões de matriciamento com as equipes da ESF existe a discussão de casos e elaboração do Plano Terapêutico Singular e reavaliação mensal desse instrumento” (P19).*

*“Realizado atendimento individual, inserido em algum grupo do NASF quando pertinente. Encaminhamentos para outros dispositivos” (P23).*

Moreira; Onocko-Campos (2017) destacam o tratamento medicamentoso e psiquiátrico como integralidade no olhar ao sofrimento psíquico com foco na especialidade, além da produção do Projeto Terapêutico Singular (PTS) (ROCHA; LUCENA, 2018).

No âmbito da Reforma Psiquiátrica, o AT baseia-se na tentativa do profissional em inserir o usuário no ambiente familiar e no contexto social e histórico-cultural, identificando-o com o mercado de trabalho, auxiliando-o na resolução das dificuldades diárias, tais como ir ao banco, fazer compras e gerenciar sua vida afetiva e financeira. No entanto, assim como denuncia a literatura, existe um desconhecimento, por parte dos profissionais de saúde, sobre o AT ao usuário, quando este recebe alta hospitalar ou durante seu tratamento em pontos de saúde.

Além disso, há uma percepção errônea de AT como uma intervenção clínica sobre as práticas rotineiras centrada no modelo biomédico, indicando o cuidado pautado na psiquiatria tradicional. Segundo Oliveira; Medeiros (2017), não se direciona uma prática subjetiva e eficaz, em se tratando do usuário com transtorno mental. Por isso, o AT, diante da proposta da Reforma Psiquiátrica, estabelece critérios de planejamento e objetivos terapêuticos baseados na própria manifestação do usuário em promover mudanças, baseadas na sua capacidade funcional e cognitiva (CUNHA; PIO, 2017; SILVEIRA, et al., 2017).

Sendo assim, o AT não se limita ao ambiente do ponto de saúde, do hospital ou do ambulatório, mas procura expandir o território de deambulação para além do espaço interno das instituições. Nesse sentido, a escuta e o manejo do vínculo entre o acompanhante e o usuário são elementos essenciais no ajuste das metas que devem ser pré-estabelecidas entre ambos (BETTIN, 2019; NETO, et al., 2011; RIMONDINI et al., 2019).

Portanto, o AT é, em síntese, um dispositivo que possibilita a ampliação dos recursos do sistema de saúde disponível, favorecendo uma teia de possibilidades para transformação do cotidiano, e maximizando pontes para enriquecer o projeto de vida do usuário (FERRO et al., 2018).

Os municípios pesquisados demonstraram diversas práticas indefinidas de cuidado em saúde mental, a exemplo de outros países, como Portugal, pois coexistem modelos de articulação superficiais e mal desempenhados. Logo, mesmo com a Política Nacional de Saúde Mental e a extensão de propostas a serem elencados até 2020, prevalece uma “débil implementação de Rede de Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental”. Relatos da Comissão Nacional para a Restruturação dos Serviços de Saúde Mental em Portugal e na Europa demonstram negligência com a área, provocando discriminação do doente mental (FERNANDES; BASÍLIO, 2017).

O mesmo problema ocorre com a RAS; assim como no Brasil, estudos na Espanha apontam para as dificuldades em firmar a APS como coordenadora da rede, uma vez que, mesmo contando com mecanismos para resolubilidade, entraves na assistência integral a doenças crônicas tornam-se desafios para os sistemas de saúde (TERRAZA NÚÑEZ, 2006).

Também a Colômbia possui o sistema de seguridade social baseado em concorrência gerenciada, com pouca transferência de informações entre os níveis de atenção, ocasionando um sistema de rede e de saúde fragmentado e com baixa resolubilidade da APS (VARGAS, 2016).

Além desses exemplos, outros modelos internacionais de atenção à saúde podem ser analisados. O da Alemanha, por exemplo, não possui territorialização ou organização em rede, demonstrando uma APS fraca. Ela é denominada Seguro Social de Doença Gesetzliche Krankenversicherung (GKV), o qual é caracterizado por um seguro social de contratação compulsória tradicionalmente vinculado ao mercado de trabalho. Os Estados Unidos da América também não possuem territorialização e trabalho em rede, refletindo em uma APS considerada fraca, com base na cobertura segmentada de acordo com a capacidade de pagamento dos trabalhadores do mercado formal; nesse caso, existem o Medicaid, para a população abaixo da linha de pobreza, e o Medicare, para idosos a partir dos 65 anos (GIOVANELLA; MENDOZA-RUIZ, 2018).

Na América Latina, podem ser apontados exemplos como o da Colômbia, que estabeleceu um regime para trabalhadores formais, de forma compulsória, e outro regime para população pobre. O México, por sua vez, criou o Seguro Popular de Saúde, em 2003, caracterizado por adesão voluntária e cota para a população de baixa renda.

Mesmo não oferecendo um sistema universal de saúde, a Alemanha dispôs de 84,3% do gasto público em saúde, no ano de 2014; os Estados Unidos da América, 49,1%, a Colômbia, 76,3%, e o México, 51,8%. O Brasil dispôs de 55,2% nesse mesmo período (GIOVANELLA; MENDOZA-RUIZ, 2018).

Portanto, o gasto per capita em saúde, na Alemanha, é cinco vezes maior que o Brasil; no Reino Unido, esse gasto é quatro vezes maior, e mesmo a Argentina e o Chile, que também não possuem o sistema universal de saúde, apresentam um gasto maior em saúde, em comparação com o Brasil (VIEIRA, 2016).

Analisando-se o ano de 2013, observa-se que o Brasil teve um gasto total de 9,7% do Produto Interno Bruto (PIB), e desses, 48,2% foram gastos em saúde, quando o ideal para se manter um sistema universal de saúde implica em investimentos iguais ou superiores a 70% dos gastos totais em saúde. Quando comparado aos países latino-americanos, o Brasil aparece com investimento inferior aos países vizinhos: Argentina investiu 67,1%; Colômbia, 76%; Costa Rica, 75%; Cuba, 93%; e México, 51,7% (REIS et al., 2016).

Sendo assim, confirma-se o subfinanciamento do SUS, com contribuição abaixo de 50% do gasto público em saúde no Brasil, mesmo com aumento do PIB nos últimos anos. Além disso, a queda da participação federal no financiamento do SUS nos últimos 25 anos, inclusive com a aprovação da Emenda Constitucional (EC) 95, que retira do SUS R\$ 400 bilhões em 20 anos, configuram impedimento para a execução de objetivos e princípios à saúde como direito universal, estabelecidos pela Constituição. É válido repensar, porém, que os problemas do SUS, relacionados à gestão, não sejam sozinhos o fator responsável pelas mazelas dos problemas encontrados nos sistemas de saúde nos municípios pesquisados (COSTA, 2018).

Discussões sobre as mudanças ocorridas recentemente na Política de Atenção Primária, foram pauta no 8º Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde, promovida pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), em setembro de 2019. Na ocasião, deu-se destaque às mudanças propostas pelo Ministério da Saúde, divulgadas em 26 de setembro de 2019, com a Portaria nº 2.539, a qual altera as portarias de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, e nº 6, de 28 de setembro de 2017, que instituíram a equipe de Atenção Primária. Nesse contexto, a extinção do PMAQ e do NASF, a diminuição do número de agentes comunitários de saúde e a diferenciação da carga horária da equipe de saúde bucal, configuram efeitos deletérios da EC (95) (ABRASCO, 2019).

Assim, a presente pesquisa demonstrou que a organização das práticas do trabalho é heterogênea e voltada aos cuidados ofertados ao usuário em sofrimento psíquico. Esses cuidados são realizados pelos profissionais, nos municípios pesquisados, confirmando a hipótese inicial do pesquisador, de que houvesse formas heterogêneas de cuidado, demonstradas por outras pesquisas já realizadas no Brasil (FERNANDES et al., 2018; MELO; MIRANDA, 2018).

Há consenso entre os participantes da pesquisa sobre a fragilidade no papel da APS em constituir uma porta de entrada eficiente e resolutiva ao usuário em sofrimento mental, evidenciando um alerta para as práticas dos serviços em saúde em vigor.

A rede temática Rede Cegonha ou Rede Mãe Paranaense, recentemente denominada Rede Materno-Infantil, como é chamada no Estado do Paraná, possui protocolos clínicos e indicadores bem definidos na APS, proporcionando ações concretas pelas equipes da ESF. Entretanto, a Rede temática da Atenção Psicossocial, chamada de Rede de Saúde Mental no Paraná, revelou ausência de parâmetros equivalentes para a saúde mental, fragilidade e fragmentação nesse segmento, de acordo com os dados do segundo ciclo avaliativo em 2013 e 2014, do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Este objetiva incentivar a melhoria da qualidade e ampliação do acesso, efetividade e qualidade das ações ofertadas na rede básica de saúde, instituído pela Portaria n.º 1.645, de 2 de outubro de 2015 (BRASIL, 2015c; GERBALDO et al., 2018).

Nesse sentido, alguns profissionais de saúde que participaram da pesquisa reconhecem que é necessária uma mudança na forma organizacional de trabalho com a saúde mental. A pesquisa evidenciou a organização do trabalho da APS com foco na demanda e não na necessidade de saúde da população, o que leva à intervenção somente nos casos de agudização de sintomas, compreendendo o sofrimento psíquico como demanda de tratamento ou medicamento psiquiátrico.

Constatou-se que profissionais não realizam a estratificação de risco da população adstrita no seu território de atuação, fato que compromete a organização do atendimento integral e efetivo ao usuário com base em propostas de atendimentos individuais e singulares embasadas no planejamento coletivo. É preciso frisar que a não utilização de protocolos e instrumentos disponíveis para estratificar essa demanda da população prejudica a definição de fluxos e agrava a gestão do cuidado em saúde mental.

Também se verificou que a maioria dos profissionais não se sentem habilitados para atuar em saúde mental, realidade atribuída à falta de preparo na formação profissional, a qual não os capacita para a atenção aos problemas de saúde mental na APS, e à ideia de que a saúde mental só deve ser atendida por serviços especializados. Dessa forma, o estudo demonstrou que a falta de preparo



dos profissionais em assistir o usuário em sofrimento mental na APS é um ponto a ser matriciado.

De acordo com G1, responsável pela coordenação da APS e da saúde mental da 10ª Regional de Saúde, realizou-se uma investigação sobre os principais problemas elencados por microrregionais. O resultado indicou que o programa de saúde mental é valorizado com incentivo de implantação de CAPS e ambulatórios especializados naqueles municípios que possuem requisitos populacionais e outros critérios previstos pela política pública, sendo que, por esse motivo, a maioria apresenta NASF.

O NASF apresentou-se, então, como um importante dispositivo em alguns municípios, evidenciando que a atuação da equipe é multidisciplinar e interdisciplinar, com foco no atendimento em grupos e trocas de informações sobre o acompanhamento do usuário. Nesse sentido, “o NASF pode ser visto como uma solução de transição que deverá evoluir para o adensamento das equipes de PSF com a introdução de outros profissionais de nível superior como membros orgânicos dessas equipes” (MENDES, 2012, p.94).

Porém, o quantitativo de CAPS e NASF no Brasil destaca os vazios sanitários, com pelo menos 324 municípios brasileiros com população entre 15 a 20 mil habitantes que não contam com qualquer serviço CAPS. O NASF possui um déficit de 6.332 equipes nos municípios menores, somando ausência desse dispositivo em 48,56%, em municípios de pequeno porte, e 14,53%, em municípios de médio porte (MACEDO et al., 2017).

A criação do NASF ocorreu em 2008, 14 anos após a criação da ESF, com o objetivo de fortalecer a APS por aparato interdisciplinar e não como porta de entrada do usuário, mas, com ações para capacidade resolutiva, incluindo proposições de saúde mental. Busca operacionalizar com foco no Apoio Matricial à equipe da ESF e no vínculo entre os profissionais, visando à integralidade do acompanhamento terapêutico à população estratificada com a produção do PTS. Portanto, a ideia de que o NASF é um ambulatório que oferece consultas especializadas deve ser revista com cuidado (MARTINS et al., 2015; MELO; MIRANDA, 2018).

Nesse cenário, construir um trabalho interdisciplinar perpassa os muros dos hospitais e a supervalorização do diagnóstico, direcionando o fortalecimento da APS como ponto de apoio e coordenação do cuidado continuado ao usuário em sofrimento mental. Nesse processo, a limitação da organização do trabalho do NASF

surge como uma grande restrição à construção da inserção social do usuário. Essa fragilidade demonstrada pelos sistemas de saúde reflete na fragmentação do cuidado integral dos profissionais de saúde, os quais direcionam o usuário para os serviços especializados, sobretudo aos profissionais psiquiatras e psicólogos (MOREIRA; ONOCKO-CAMPOS, 2017).

O compartilhamento de casos e saberes como equipe interdisciplinar entre a ESF e o NASF visa a solucionar os problemas relacionados ao usuário, inspirando a possibilidade de conexão entre as equipes. Apesar de valorizar o cuidado e qualificar as ações, segundo Rotoli et al. (2018), existem distorções no entendimento já na implantação do NASF, que é visto como modo de financiamento a especialidades, desvincilhando-se do papel de matriciador. Tal fato corrobora para o conceito de saúde-doença, na APS, como restritiva ao modelo hegemônico centrado no médico e na assistência medicamentosa, a exemplo do que ocorre na 4ª e na 5ª Regional de Saúde do Paraná, e que são desafios igualmente enfrentados nesta região do Estado (GARCIA et al., 2017).

A ruptura do modelo manicomial, a partir da Reforma Psiquiátrica, em 1970, com a mudança do paradigma na forma de cuidar do usuário com sofrimento mental, aboliu o isolamento como forma de tratamento. Entretanto, a resolução n.º 32, de 14 de dezembro de 2017, introduziu os ambulatórios de saúde mental e os hospitais psiquiátricos como parte da RAPS, colocando em discussão a modificação na Política Nacional de Saúde Mental (SOUZA; JORGE, 2019).

Os problemas relacionados à implementação da Rede de Atenção à Saúde são desafios vinculados a valores culturais e a práticas do trabalho em rede. Dessa maneira, são necessários agilidade no planejamento territorial com a construção de planos de ações, financiamento, capacidade de gestão e monitoramento, contratualização formal dos pontos da rede, formação/capacitação/qualificação e educação permanente dos trabalhadores, além de monitoramento e avaliação dos resultados. Essas demandas são observadas nas falas dos profissionais que participaram da pesquisa; porém, são desafios que podem ser superados se houver um fortalecimento da APS, maior capilarização das ações das redes no território, educação permanente de forma sistêmica, elaboração de planos de ação, pactuações solidárias, e aprimoramento dos sistemas de informação para viabilizar o monitoramento e avaliação dos resultados (BRASIL, 2014).

Por isso, a fim de fundamentar o trabalho em rede e garantir uma integralidade entre os pontos de atenção ao usuário, faz-se necessário operacionalizar o fluxo de referência e contrarreferência entre a APS e os demais setores secundários e terciários, já que, como em outras localidades, esse instrumento de referência é pouco utilizado, demonstrando a fragilidade entre as instâncias gestoras. Ademais, estabelecer um canal de comunicação é uma estratégia muito valiosa quando se trata de aproximar os profissionais e os pontos de atenção para proporcionar um atendimento resolutivo e integral ao usuário. Apenas encaminhar o usuário não representa garantia que seja atendido nos serviços de referência (PEREIRA; MACHADO, 2016).

Uma série de dificuldades contribuem para a estruturação do trabalho em formato de RAPS, denunciadas pelos vazios assistenciais em regiões de saúde em municípios menores, que contam apenas com a APS, provocando dependência destes a outros municípios que possuem maiores diversidades de serviços de saúde, e causando carência de recursos humanos (MACEDO et al., 2017).

A RAPS tem como objetivo desenvolver ações intersetoriais em parceria com organizações, garantindo a integração entre os pontos. Entretanto, a demanda da saúde mental se mantém concentrada nos serviços especializados, externando inibição do trabalho em formato de RAPS e denunciando a fragilidade na articulação e ausência de efetividade dos cuidados ofertados pelos dispositivos e pontos de atenção (MOREIRA; ONOCKO-CAMPOS, 2017; BRASIL, 2017c).

A prática da articulação entre as estruturas pode favorecer ações intersetoriais seguras, ampliando as possibilidades da atuação da APS e implicando na integralidade do cuidado em saúde mental. (FRATESCHI; CARDOSO, 2016; NASI et al., 2009; OLIVEIRA et al., 2019).

A comunicação na RAPS deveria, então, ocorrer de forma horizontal; porém, quando acontece, enfrenta vários obstáculos devido a divergências e desatualização de informações lançadas nas bases de dados do CNES; à falta ou ausência de estrutura física e operacional (prontuário eletrônico); somadas à falta de motivação dos profissionais (SILVA; LIMA, 2017).

Em sua entrevista, G1 relata que há necessidade de auxiliar os municípios na implementação das políticas, para organizar a implantação dos serviços e fluxos, principalmente voltados para a atenção primária, não somente para que os usuários

fiquem referenciados para os serviços de atenção secundária ou terciária, mas para fortalecer a APS.

A APS, como estratégia fundamental para a sustentabilidade do SUS, é uma ideia que vem sendo defendida por pesquisadores e formuladores de políticas, uma vez que a APS forte pode representar importantes transformações no modelo de atenção à saúde (TASCA et al., 2019; SILVA; ANDRADE, 2014; VIACAVA et al., 2018).

Finalmente, aproximar a APS do cuidado em saúde mental depende da investigação de recursos disponíveis no serviço e na comunidade, do preparo dos profissionais e de estratégias de superação ao modelo asilar, além da produção do PTS e apoio matricial. Na ausência desses recursos, a produção do modelo asilar, associado ao paradigma do modelo biomédico, com estigma e desvalorização do usuário, tornam-se desafios a serem superados pelo atual sistema de saúde brasileiro (FERREIRA; SAMPAIO; SOUZA; 2017; FRATESCHI; CARDOSO, 2016; GRYSCHER; PINTO, 2015; JORGE; DINIZ, 2015; RAMOS et al., 2019; ROTOLI et al., 2019).

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É inegável o esforço de profissionais e gestores na tentativa de fortalecer a APS como ponto principal da coordenação do cuidado diante da temática da atenção psicossocial ao usuário em sofrimento mental. Mesmo com os desafios expostos nesta pesquisa, demonstrando a rotatividade de profissionais, a prevalência do cuidado em saúde mental pautado no tratamento e na medicação, a ausência de organização do trabalho com base regionalizada e territorial, o despreparo de profissionais em acolher a demanda, percebeu-se que há, também, uma dinâmica positiva na colaboração entre serviços e profissionais ao exercer o acolhimento ao usuário em sofrimento mental.

Diante dos desafios da demanda relativamente crescente de usuários acometidos por transtorno mental comum, com destaque para o transtorno depressivo e para o transtorno de ansiedade, demonstrados pela estimativa da prevalência no decorrer da pesquisa, da mesma forma, quando se trata de usuários de álcool e outras drogas, faz-se uma reflexão sobre o processo do trabalho realizado pela APS nos municípios pesquisados.

Consequentemente, no que se refere à temática da saúde mental, é importante analisar o momento de mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas no Brasil, visto que vem se modificando a essência do conceito inicial de AT, agora com cunho interdisciplinar e territorial.

Desse modo, foi possível perceber que os sistemas de saúde ainda não conseguem compor um trabalho em formato de rede, como delineado pelas diretrizes de ações propostas pela União em conjunto com o Estado e os municípios. A lacuna entre a APS e a saúde mental, em termos de organização dos serviços e a dificuldade de atender à demanda, priorizando-se o atendimento com encaminhamentos ao serviço especializado, consistem em práticas assistenciais heterogêneas na forma de comunicação entre equipes e profissionais, comprometendo o fluxo do trabalho de referência e contrarreferência, a atenção integral e o vínculo.

Além disso, o estudo permitiu visualizar vazios sanitários e lacunas na organização das práticas no processo do trabalho, e também a diversidade das

práticas em saúde mental, além da verificação da necessidade de capacitação aos profissionais da APS.

No entanto, esta pesquisa apresenta limitações no que se refere ao desenho metodológico, tendo em vista que a aplicação do questionário dificultou a análise das informações, pois restringiu as respostas dos profissionais. Entende-se, portanto, a necessidade de investigações qualitativas com entrevistas in loco e gravadas, a fim de que se possam obter informações mais aprofundadas sobre o processo de trabalho e a atenção em saúde mental.

Assim, espera-se contribuir para a reflexão sobre as práticas de saúde mental em municípios de médio e pequeno porte no que se refere à rede de atenção psicossocial.

## REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). Rede de Pesquisa em APS da Abrasco. **8º Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde**, 27 de setembro de 2019. Disponível em:

<[https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2019/10/Contribuicoesdospesquisadores\\_REDEAPS.pdf](https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2019/10/Contribuicoesdospesquisadores_REDEAPS.pdf)>. Acesso em 05 nov. 2019.

ALBERTI, Sonia; TEIXEIRA, Leônia Cavalcante; BETEILLE, Irene Moura; RODRIGUES, Sonia Wan Der Maas; MARTINEZ, Carla Renata Braga de Souza. O acompanhamento terapêutico e a psicanálise: pequeno histórico e caso clínico.

**Revista Latino-Americana Psicopatologia Fundamental**. São Paulo, v. 20, n1, p.128-141, mar. 2017. Disponível em : < <http://dx.doi.org/10.1590/1415-4714.2017v20n1p128.9> >. Acesso em: 12 dez. 2018.

ALMEIDA, Erika Rodrigues de; SOUZA, Allan Nuno Alves de; BRANDÃO, Celmário Castro; CARVALHO, Fabio Fortunato Brasil de; KIMIELLE, Graziela Tavares; SILVA, Cristina. **Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015-2017)**. Revista Panamericana Salud Publica. v.42, n.29, 2018. Disponível em: < • <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.180> >. Acesso em 09 out. 2019.

ALMEIDA, Patty Fidelis de; GIOVANELLA, Lígia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de; ESCOREL, Sarah. **Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais**. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 26, n.2, p. 286-298, 2010. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2010000200008&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2010000200008&script=sci_abstract&tlng=pt) >. Acesso em: 01 ago. 2018.

ALMEIDA, Patty Fidelis de; MEDINA, Maria Guadalupe; FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues; GIOVANELLA, Ligia; BOUSQUAT, Aylene; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de. **Coordenação do Cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde**. *Revista Saúde Debate*. R. J, v. 42, n. 1, p. 244-260, set. 2018. Disponível em: < DOI: 10.1590/0103-11042018S116 >. Acesso em 29 ago. 2019.

AMARANTE, Paulo; NUNES, Mônica de Oliveira. **A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios**. *Ciência & Saúde Coletiva*, R.J, v. 23, n.6, p.2067-2074, 2018. Disponível em: < DOI: 10.1590/1413-81232018236.07082018 >. Acesso em: 15 ago. 2019.

AMARANTE, Paulo, TORRE, Eduardo Henrique Guimarães. **“De volta à cidade, sr. cidadão!” - reforma psiquiátrica e participação social: do isolamento institucional ao movimento antimanicomial**. *Rev. Adm. Pública*, R.J., v.52, n.6, nov./dez. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-761220170130>. Acesso em 18 dez. 2019.

ANJOS FILHO, Nilton Correia dos; SOUZA, Ana Maria Portela de. **A percepção sobre o trabalho em equipe multiprofissional dos trabalhadores de um Centro**

**de Atenção Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil.** Revista Interface, Comunicação, Saúde, Educação. v.21, n.60, p. 63-76, 2017.

Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832017000100063&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832017000100063&script=sci_abstract&tlng=pt) >. Acesso em: 01 ago. 2018.

ARANTES, Luciano José; SHIMIZU, Helena Eri; MERCHÁN-HAMANN, Edgar. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na atenção primária à saúde do Brasil: revisão da literatura. **Ciência&Saúde Coletiva.** v.21, n.5, maio, 2016. Disponível em:< <https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.19602015>>. Acesso em: 11 dez. 2018.

ARAÚJO, Wilkslam Alves de; SOUZA, Juliane Carla Medeiros de; De Medeiros; Renata Lívia Silva Fonsêca Moreira; SILVA, Edineide Nunes da; ARAÚJO, Izabelle Silva de; CARVALHO, Ferdinando Oliveira; ASSIS, Elisangela Vilar de; FEITOSA, Ankilma do Nascimento Andrade. **Processo de trabalho e planejamento das ações de saúde.** Revista de Enfermagem. UFPE on line, Recife, v.12, n.10, p.2564-72, out., 2018. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/237485/30144> >. Acesso em: 28 out. 2019.

ARRUDA, Cecília; LOPES, Soraia Geraldo Rozza; KOERICH, Micheline Henrique Araujo da Luz; MEIRELLES, Daniela Ries Winck1 Betina Horner Schlindwein; MELLO, Ana Lúcia Schaefer Ferreira de. **Redes de atenção à saúde sob a luz mda teoria da complexidade.** Revista Escola Anna Nery. Florianopolis, v. 19, n.1, p. 169-173, jan-mar 2015. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n1/1414-8145-ean-19-01-0169.pdf> >. Acesso em: 25 mar. 2019.

BALBINOT, Alexandre; HAUBERT, Arieli. **Análise das hospitalizações por uso de drogas entre crianças e adolescentes no Estado do Paraná, Brasil.** Saúde e Pesquisa. v.9, n.1, p. 187-194, jan.-abr. 2016. Disponível em: < <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-832011> >. Acesso em 6 nov. 2019.

BARBOSA, Valquiria Farias Bezerra; CAPONI, Sandra Noemi; VERDI, Marta Inez Machado. **Risco como perigo persistente e cuidado em saúde mental: sanções normalizadoras à circulação no território.** Revista Saúde e Sociedade. São Paulo, v. 27, n 1, p. 175-184, 2018. Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/S0104-12902018170233> >. Acesso em: 09 mar. 2019.

BASTOS, Francisco Inácio Pinkusfeld Monteiro. **III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira.** 2017. Disponível em: < <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/34614>. Acesso em: 09 mar.2019.

BETTIN, Andréia Coelho; THOFEHRN, Maira Buss; PORTO, Adrize Rutz; MOURA, Pedro Marlon Martter; KIRCHESCH, Cryshna Letícia; VIANA, Neyla Criistina Carvaló. **Processos relacionais em uma equipe interdisciplinar de atenção psicossocial / Relational processes in an interdisciplinary team of psychosocial attention.** Revista de enfermagem/ UFPE. v.13, n.2, 322-328, fev. 2019. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/235197/31276>>.



Acesso em 27 out. 2019.

BOUSQUAT, Aylene; FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues. **Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectivas de gestores e usuários.** Ciência e Saúde Coletiva. v. 22, n. 4, p.1141-1154, Abr. 2017. Disponível em: < <http://www.redalyc.org/pdf/630/63050551012.pdf> >. Acesso em: 01 ago. 2018.

BRASIL, Eysler Gonçalves Maia; SILVA, Raimunda Magalhães da; SILVA, Maria Rocineide Ferreira da; RODRIGUES, Dafne Paiva; QUEIROZ, Maria Veraci Oliveira. **Promoção da saúde de adolescentes e Programa Saúde na Escola: complexidade na articulação saúde e educação.** Revista Escola Enfermagem. USP, São Paulo, v.51, 2017. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2016039303276> >. Acesso em: 28 ago. 2019.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n° 466, de 12 de dezembro de 2012. **Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.** Brasília: **Diário Oficial da União**, Publicada no DOU n.º 12 – quinta-feira, 13 de junho de 2013 – Seção 1 – Página 59 . Disponível em: < <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/reso466.pdf> >. Acesso em: 01 ago. 2018.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília-DF: Senado Federal; Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. **Ministério da Educação. Portaria n.º 555/2007, prorrogada pela Portaria n.º 948/2007.** Política nacional de educação especial na perspectiva da educação inclusiva. Brasília: **MEC**, 2008a. Disponível em: < <http://portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/politicaeducspecial.pdf> >. Acesso em 29 out. 2019.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Portaria n.º 154 de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família-NASF.** Brasília: 2008. **DOU** n.º 18, de 25 de janeiro de 2008, Seção 1, págs. 47 a 49. Disponível em: < [http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria154\\_24\\_01\\_08.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria154_24_01_08.pdf)>. Acesso em: 2 dez. 2019.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Portaria n.º 2.979 de 12 de novembro de 2019.** Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação n.º 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. **Diário Oficial da União.** Brasília, edição 220, seção 1, p.97, publicado em 13-11-2019, 2019c. Disponível em: < <http://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180> >. Acesso em 18 dez. 2019.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Portaria n.º 856 de 22 de agosto de 2012.** Secretaria de Atenção à Saúde. Tabela de Serviços Especializados do SCNES. Brasília: 2012. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt0856\\_22\\_08\\_2012.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt0856_22_08_2012.html)>. Acesso em: 08 set. 2019.

**BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria N.º 1.645, de 2 de outubro de 2015.**

Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - PMAQ AB. Brasília: 2015. Disponível em:

<<http://www.saúde.sc.gov.br/index.php/documentos/atencao-basica/pmaq/10452-o-que-e-pmaq/file>>. Acesso em 29 out. 2019.

**BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n° 580, de 22 de março de 2018a. Diário Oficial da União.** Brasília: Seção 1, p.55, 2018a.

Disponível em: < <http://www.in.gov.br/materia/>

/asset\_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/31546309 >. Acesso em: 24 set. 2018.

**BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n° 3.582, de 6 de novembro de 2018.**

Dispõe sobre a aplicação de recursos com a finalidade de permitir a Estruturação de Academias da Saúde. **Diário Oficial da União.** Brasília: ed. 217, seção 1, p. 57, 12 nov 2018b. Disponível em: < <http://www.in.gov.br/materia/>

/asset\_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/49744211/do1-2018-11-12-portaria-n-3-582-de-6-de-novembro-de-2018-49744104>. Acesso em 08 set. 2019.

**BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz/ FIOCRUZ. Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnologia em Saúde/ICICT.** Org Bastos,

et al. III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira.

R.J., nov. de 2017b. Disponível em: <

<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/34614>>. Acesso em: 29 ago. 2019.

**BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). IBGE Cidades 2019.** R.J: v. 4.3.36, 2017b.

Disponível em: < <https://cidades.ibge.gov.br>>. Acesso em 25 out. 2019.

**BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº2.436, de 21 de setembro de 2017.**

Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União.** Brasília: 2017a. Disponível em: <

<http://www.redalyc.org/pdf/630/63050551012.pdf> >. Acesso em: 01 ago. 2018.

**BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 3.588, de 14 de dezembro de 2017.**

Estabelece as diretrizes para o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, n.245, p.239, Seção 1. DOU de 22-12-2017a. Disponível em:

<http://www.brasilsus.com.br/images/portarias/dezembro2017/dia22/portaria3588.pdf>. Acesso em: 01 ago. 2018.

**BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n° 3.124, de 28 de dezembro de 2012.**

Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) modalidades 1 e 2 às Equipes de Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade Nasf 3 e dá outras providências. Brasília, 2013. Disponível em: < <https://aps.bvs.br/aps/quais-sao-os-criterios-para-implantacao-dos-nucleos-de-apoio-a-saude-da-familia/> >. Acesso em:

29 maio 2019.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Portaria nº4.279, de 30 de dezembro de 2010.** Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União.** Brasília: Seção 1, p.88, 2010. Disponível em: < <http://www.redalyc.org/pdf/630/63050551012.pdf> >. Acesso em: 24 mar. 2019.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Portaria n.º 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 álcool, crack e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União,** Brasília, DF: 2011a. Disponível em: < [http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Portaria\\_3088\\_Rede\\_de\\_Atencao\\_Psicossocial.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Portaria_3088_Rede_de_Atencao_Psicossocial.pdf) >. Acesso em: 09 abr. 2019.

BRASIL. **Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Lei n. 12.435, de 06 de julho de 2011.** Altera a Lei n. 8742 de 07 de dezembro de 1993 que dispõe sobre a organização da Assistência Social. Brasília: 2011b. Disponível em: < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2011/Lei/L12435.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12435.htm) >. Acesso em 25 out. 2019.

BRASIL. **Ministério da Educação. Portaria Ministerial n.º 3.415, de 21 de outubro de 2004,** no que tange à fundamentação teórico-metodológica do Exame Nacional para Certificação de Competências de Jovens e Adultos – ENCCEJA. **Diário Oficial da União.** Brasília: Seção 1, de 22 de outubro de 2004, pg.16. Disponível em: [download.inep.gov.br > encceja > legislacao > 2004 > portaria22\\_10\\_04](http://download.inep.gov.br/encceja/legislacao/2004/portaria22_10_04) >. Acesso em: 10 set. 2019.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.** Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: o cuidado da pessoa tabagista / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015b. 154 p. : il. (Cadernos da Atenção Básica, n. 40). Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno\\_40.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_40.pdf)>. acesso em 08 set. 2019.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Decreto n.º 7.508, de 28 de junho de 2001:** regulamentação da Lei n.º 8.080/90 / Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – 1. ed., 4. reimpressão. Brasília, DF: 29 jun. 2013a. Disponível em: < [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/decreto\\_7508.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/decreto_7508.pdf) > . Acesso em 29 out. 2019.

BRASIL. **Lei Federal nº 10.216 de 06 de abril de 2001.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/LEIS\\_2001/L10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LEIS_2001/L10216.htm). Acesso em 08 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e**

**Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS) / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada.** – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: < [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_instrutivo\\_rede\\_atencao\\_urgencias.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_rede_atencao_urgencias.pdf). Acesso em: 08 set. 2019.

BRASIL. **Ministério da Educação. Senado Federal. Secretaria Geral da Mesa. Secretaria de Informação Legislativa. Lei n.º 13.415, de 16 de fevereiro de 2017.** Altera as Leis n.º 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. **Diário Oficial da União** de 23/12/1996; p. 27833; col. 1. Brasília: MEC, 1996. Disponível em: <<https://legis.senado.leg.br> >. Acesso em: 10 set. 2019.

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 nº11, de 04 de fevereiro de 2019b.** Brasília: 2019b. Disponível em: < <http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf> >. Acesso em: 27 set. 2019.

BRASIL. **Secretaria Nacional de cuidados e Prevenção às Drogas do Ministério da Cidadania e a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas do Ministério da Justiça e Segurança Pública da Cidadania e Ministério da Justiça.** Decreto n.º 9.761, de 11 de abril de 2019. Aprova a Política Nacional sobre drogas. Brasília: **Diário Oficial da União**, seção 1, p.7, 2019a. Disponível em: < [http://www.in.gov.br/materia/-/asset\\_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/71137357](http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/71137357)>. Acesso em: 20 abr. 2019.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Portaria n.º 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).** Brasília: 2006. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648\\_28\\_03\\_2006.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648_28_03_2006.html) >. Acesso em 22 dez. 2019.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Portaria n.º 2.488, de 21 de outubro de 2011.** Aprova a política nacional de atenção básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2011c. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html)>. Acesso em 22 dez. 2019.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Portaria n.º 154 de 24 de janeiro de 2008.** Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Brasília, 2008b. Disponível em: < [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154\\_24\\_01\\_2008.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html) >. Acesso em 22 dez. 2019.

BRASIL. **Ministério da Saúde: Programa de volta para casa. Lei 10.708 de 31 de julho de 2003.** Disponível em: < <https://www.saude.gov.br/artigos/852-profissional-gestor/41059-programa-de-volta-para-casa-pvc>>. Acesso em 22 dez. 2019.

BREILH, Jaime. **La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública** (salud colectiva). Rev. Fac. Nac. Salud Pública. v. 31, n.1, S13-S27, 2013. Disponível em: < <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v31s1/v31s1a02.pdf> >. Acesso em: 06 nov. 2019.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **SUS: o que e como fazer?** Ciência e Saúde Coletiva. R.J, v.23, n.6, jun 2018. Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05582018> >. Acesso em: 08 out. 2018.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira; REIS, Ademar Arthur Chioro. **Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde.** Cadernos de Saúde Pública. V. 34, n.8, p.1-14, 2018. Disponível em: < [www.scielosp.org/pdf/csp/2018.v34n8/e00056917/pt](http://www.scielosp.org/pdf/csp/2018.v34n8/e00056917/pt) >. Acesso em: 24 mar. 2019.

CLEMENTINO, Francisco de Sales; MIRANDA, Francisco Arnoldo Nunes de; PESSOAS JUNIOR, João Mario; MARCOLINO, Emanuella de Castro; SILVA JUNIOR, José Antonio da; BRANDÃO, Gisetti Corina Gomes. **Atendimento integral e comunitário em saúde mental: avanços e desafios da reforma psiquiátrica.** Revista Trabalho, Educação e Saúde. R.J, v. 17, n.1, 2019. Epub Feb 18. 2019. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00177> >. Acesso em: 22 dez. 2019.

COSTA, Nilson do Rosário. **A estratégia de Saúde da Família, a atenção primária e o desafio das metrópoles brasileiras.** Ciência&Saúde Coletiva. v.21, n.5, p.1389-1398, 2016. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000501389&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000501389&script=sci_abstract&tlng=pt) >. Acesso em: 27 out. 2018.

COSTA, Simone de Melo; FERREIRA, Atília; XAVIER, Larissa Rodrigues; GUERRA, Patrícia Nunis de Souza; RODRIGUES, Carlos Alberto Quintão. **Referência e Contrarreferência na Saúde da Família: percepção dos profissionais da saúde.** Revista de Atenção Primária à Saúde. v. 16, n. 3, p. 287-293, 2013. Disponível em: < <https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/viewFile/1888/746> >. Acesso em: 01 ago. 2018.

COSTA, Pedro Henrique Antunes da; COLUGNATI, Fernando Antonio Basile; RONZANI, Telmo Mota. **Avaliação de serviços em saúde mental no Brasil: revisão sistemática da literatura.** Ciência&Saúde Coletiva. R.J, v.20; n.10, out 2015. Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/1413-812320152010.14612014>>. Acesso em 08 out. 2019.

COSTA, Pedro Henrique Antunes da; COLUGNATI, Fernando Antonio Basile; RONZANI, Telmo Mota. **No meio do caminho tinha um CAPSAD: centralidade e lógica assistencial da rede de atenção aos usuários de drogas.** Ciência & Saúde Coletiva. R.J, v.23, n.10, out 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320182310.12572018>>. Acesso em 19 out. 2019.

CUNHA, Amanda Candeloro; PIO, Danielle Abdel Massih. Acompanhamento terapêutico: concepções e possibilidades em serviços de saúde mental. **Psicologia: Ciência e Profissão**. v. 37, n.3, p.638-651, Jul/Set. 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1982-3703000092016>>. Acesso em 19 set. 2019.

DAHLGREN G, WHITEHEAD M. Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to. **WHO – Strategy paper for Europe**. Stockolm, Arbetsrapport: 1991. Institutet for Framtidsstudier; 2007. Disponível em: <<https://core.ac.uk/download/pdf/6472456.pdf>>. Acesso em 23 ago. 2019.

DAMOUS, Issa; Erlich, Hilana. **O ambulatório de saúde mental na rede de atenção psicossocial: reflexões sobre a clínica e a expansão das políticas de atenção primária**. Physis Revista de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 27 (4): 911-932, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v27n4/0103-7331-physis-27-04-00911.pdf>> Acesso em: 13 out. 2018.

DECLARAÇÃO DE CARACAS. **Reestruturação da Assistência Psiquiátrica: bases conceituais e caminhos para a sua implementação**. Washington: Organização Pan-Americana da Saúde, 1991. In R. G. Uzacátequi, & I. Levav (eds.). Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao\\_caracas.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_caracas.pdf)>. Acesso em 10 out. 2019.

DELGADO, Pedro Gabriel. **Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte**. Trabalho, educação e saúde. R.J, vol.17,n.2, 2019. Epub May 06, 2019. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00212>>. Acesso em 29 out. 2019.

DEVERA, Disete; COSTA-ROSA, Abílio. **Marcos históricos da reforma psiquiátrica brasileira: Transformações na legislação, na ideologia e na praxis**. Revista de Psicologia da UNESP. S.P, v. 6, n.1, 2007. Faculdade de Ciências e Letras de Assis – UNESP. Disponível em: <<file:///D:/user/Documents/MESTRADO2019documento%20final%20modificar/artigos%20e%20livros/historia%20da%20ref%20psiquia%20no%20brasil.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2019.

DUARTE, R. **Entrevistas em pesquisas qualitativas**. Educar, Curitiba. n. 24, p. 213-225, 2004. Editora UFPR. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/er/n24/n24a11.pdf>>. Acesso em: 14 set. 2019.

ESCRITÓRIO DAS NAÇÕES UNIDAS CONTRA A DROGA E O CRIME (UNODC). Informe Mundial sobre Drogas. Conclusões e Consequências no domínio das políticas. **UNODC**. Brasília: 2018. Disponível em:<<http://www.unodc.org/wdr2018/index.html>>. Acesso em 24 out. 2018.

ESLABÃO, Adriane Domingues; COIMBRA, Valéria Cristina Christello; KATORSKIB, Luciane Prado; PINHO, Leandro Barbosa de; SANTOS, Elitiele Ortiz dos. **Rede de cuidado em Saúde Mental: visão dos coordenadores da estratégia saúde da família**. Revista Gaúcha de Enfermagem. v. 38, n.1, mar, e60973, 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472017000100418&script=sci\\_abstract](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472017000100418&script=sci_abstract)>. Acesso em: 06 jul. 2018.

FARINHA, Marciana Gonçalves; BRAGA, Tatiana Benevides Magalhães. **Sistema único de saúde e a reforma psiquiátrica: desafios e perspectivas.** Revista abordagem. Goiânia, v. 24, n.3, set-dez, 2018. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.18065/RAG.2018v24n3.11> >. Acesso em 23 out. 2019.

FERNANDES, Amanda Dourado Souza Akahosi; MATSUKURA, Thelma Simões; LOURENÇO, Mariana Santos De Giorgio. **Práticas de cuidado em saúde mental na Atenção Básica: identificando pesquisas no contexto brasileiro** Caderno Brasileiro Terapia Ocupacional. São Carlos, vol.26,n.4,out./dez.2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.4322/2526-8910.ctoar1162> >. Acesso em: 10 out. 2019

FERNANDES, Liliana; BASÍLIO, Nuno; FIGUEIRA, Sofia; NUNES, José Mendes. **Saúde Mental em Medicina Geral Familiar – obstáculos e expectativas percebidos pelos Médicos de Família.** Ciência & Saúde Coletiva. v.22, n.3, mar, 2017. Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.33212016> > . Acesso em 03 nov. 2019.

FERREIRA, Thayane Pereira da Silva; SAMPAIO, Juliana; OLIVEIRA, Isaac Linhares de; GOMES, Luciano Bezerra. **A família no cuidado em saúde mental: desafios para a produção de vidas.** Saúde debate. v.43, n.121, 2019. Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912112>>. Acesso em: 6 nov. 2019.

FERREIRA, Thayane Pereira da Silva; SAMPAIO, Juliana; SOUZA, Adelle Conceição do Nascimento; OLIVEIRA, Dilma Lucena de; GOMES, Luciano Bezerra. **Produção do cuidado em Saúde Mental: desafios para além dos muros institucionais.** Interface, Botucatu, v. 21, n. 61, p. 373-84, 2017. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832017000200373&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832017000200373&script=sci_abstract&tlng=pt) >. Acesso em: 06 jul. 2018.

FERRO, Luiz Felipe; MARIOTTI, Milton Carlos; HOLANDA, Adriano Furtado e NIMTZ, Mirian Aparecida. **Acompanhamento terapêutico em saúde mental: estrutura, possibilidades e desafios para a prática no SUS.** Revista Abordagem Gestáltica. Goiânia, v.24, n.1, abr. 2018. Disponível em: < [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1809-68672018000100008&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1809-68672018000100008&script=sci_abstract&tlng=pt) > Acesso em: 06 jul. 2018.

FERTONANI, Pattrig; PIRES, Denise Elvire Pires de; BIFF, Daiane; SCHERER, Magda Duarte dos Anjos. **Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira.** Ciência & Saúde Coletiva. Maringá: v. 20, n 6, p.1869-1878, 2015. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232015000601869&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232015000601869&script=sci_abstract&tlng=pt) >. Acesso em: 06 jun. 2019.

FURTADO, Luciana Gomes; NÓBREGA, Maria Miriam Lima da. **Modelo de atenção crônica: inserção de uma teoria de enfermagem.** Texto Contexto Enfermagem. Florianópolis, v.22, n.4, p. 1197-1204, out-dez, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n4/39.pdf> >. Acesso em: 28 ago. 2019.

FRATESCHI, Mara Soares; CARDOSO, Cármen Lúcia. **Práticas em saúde mental na atenção primária à saúde.** Psicologia. Porto Alegre, v.47, n.2, 2016. Disponível

em: < <http://dx.doi.org/10.15448/1980-8623.2016.2.22024>> . Acesso em: 31 out. 2019.

FROSI, Raquel Valiente; TESSER, Charles Dalcanale. **Práticas assistenciais em saúde mental na atenção primária à saúde:** análise a partir de experiências desenvolvidas em Florianópolis, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. S.C, v. 20, n.10, p.3151-3161, 2015. Disponível em: < DOI: 10.1590/1413-812320152010.10292014>. Acesso em 08 out. 2019.

GARCIA, Giorgia Dalla Valle; SILVA, Isabella Fernanda da; CAVALCANTE, Marília; CERVO, Michele da Rocha; Zambenedetti, Gustavo; Zanoti-Jeronymo, Daniela Viganó. **Apoio matricial na atenção a saúde mental em uma regional de saúde, Paraná, Brasil.** *Revista Saúde e Pesquisa*. Maringá: v. 10, n. 3, p. 423-432, setembro/dezembro 2017. Disponível em: <DOI: <http://dx.doi.org/10.177651/1983-1870.2017v10n3p423-432> >. Acesso em: 10 nov. 2019.

GAZIGNATO, Elaine Cristina da Silva; SILVA, Carlos Roberto de Castro e. **Saúde Mental na atenção básica:** o trabalho em rede e o matriciamento em saúde mental na estratégia de saúde de família. *Saúde Debate*. R.J, v.38, n.101, p.296-304, Abr-Jun, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n101/0103-1104-sdeb-38-101-0296.pdf>>. Acesso em 14 nov. 2018.

GERBALDO, Tiziana Bezerra; ARRUDA, Adenilda Teixeira; HORTA, Bernardo Lessa; GARNELO, Luiza. **Avaliação da organização do cuidado em saúde mental na atenção básica à saúde do Brasil.** *Trab. Educ. Saúde*. R.J, v. 16, n. 3, p. 1.079-1.094, set./dez. 2018. Disponível em: < DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00150>>. Acesso em: 25 set. 2019.

GIOVANELLA, Ligia; MENDOZA-RUIZ, Adriana; PILAR, Aline de Carvalho Amand; ROSA, Matheus Cantanhêde da; MARTINS, Gabrieli Branco ; SANTOS, Isabela Soares; SILVA, Danielle Barata ;VIEIRA, Jean Mendes de Lucena; CASTRO, Valeria Cristina Gomes de ; SILVA, Priscilla Oliveira da; MACHADO, Cristiani Vieira Machado. **Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias.** *Ciência & Saúde Coletiva*. v.23, n.6, p.1763-1776, 2018. Disponível em: < DOI: 10.1590/1413-81232018236.05562018 >. Acesso em 12 out. 2019.

GIOVANELLA, Ligia. Atenção básica ou atenção primária à saúde? **Cadernos de Saúde Pública**. R.J, v.34, n. 8, 2018. Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/0102311X00029818> >. Acesso em 06 jun. 2019.

GONÇALVES, Daniel Maffasioli; STEIN, Airton Tetelbon; KAPCZINSKI, Flávio. **Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR.** *Cadernos de Saúde Pública*. R.J, v. 24, n.2, p.380-390, fev 2008. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n2/16.pdf> >. Acesso em: 25 ago. 2019.



GRYSCHEK, Guilherme; PINTO, Adriana Avanzi Marques. **Saúde Mental: como as equipes de Saúde da Família podem integrar esse cuidado na Atenção Básica? Ciência & saúde coletiva**. R.J, v..20, n.10 , 2015. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152010.13572014> >. Acesso em 30 out. 2019

JORGE, Maria Salete Bessa; DINIZ, Alexandre Diniz; LIMA, Leilson Lira de; PENHA, Jardeliny Corrêa da. **Apoio matricial, projeto terapêutico singular e produção do cuidado em saúde mental**. Texto & Contexto Enfermagem. SC, v. 24, n.1, p. 112-120, jan-mar, 2015. Disponível em: < <https://www.redalyc.org/pdf/714/71438421014.pdf> >. Acesso em 13 de abr. 2019.

KUSCHNIR, Rosana; CHORNY, Adolfo Horácio. **Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate**. Ciência & Saúde Coletiva. v.15, n.5, p.2307-2316, 2010. Disponível em: < >. Acesso em: 14 ago. 2019.

LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica**. 3ª.ed. São Paulo: Atlas, 1991.

LIMA, Eliane de Fátima Almeida; SOUZA, Ana Inês; PRIMO, Cândida Caniçali; LEITE, Franciele Marabotti Costa; SOUZA, Maria Helena Nascimento de; MACIEL, Ethel Eleonor Nóia. **Perfil socioprofissional de trabalhadores de equipes saúde da família**. Revista enfermagem. UERJ, R.J., v.24, n.1, 2016. Disponível em:< DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2016.9405>>. Acesso em 17 fev. 2020.

LUCHESE, Roselma; SOUZA, Kamila de; BONFIN, Sarah do Prado; VERA, Ivania; SANTANA, Fabiana Ribeiro. **Prevalência de transtorno mental comum na atenção primária**. Revista Acta Paulista de Enfermagem. S.P, v. 27, n.3, maio, jun 2014. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201400035> >. Acesso em 02 set. 2019.

MACEDO, João Paulo; ABREU, Mariana Marinho de; FONTENELE, Mayara Gomes; DIMENSTEIN, Magda. **A regionalização da saúde mental e os novos desafios da reforma psiquiátrica brasileira**. Saúde e sociedade. S. P, v.26, n.1, p.155-170, jan-mar, 2017. Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017165827> >. Acesso em 08 dez. 2018.

MALTA, Deborah Carvalho; SANTOS, Maria Aline Siqueira; STOPA, Sheila Rizzato; VIEIRA, José Eudes Barroso; MELO, Eduardo Alves; REIS, Ademar Arthur Chioro dos. **A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013**. Ciência & Saúde Coletiva. M.G, v.21, n.2, p.327-338, 2016. Disponível em: <DOI: 10.1590/1413-81232015212.23602015>. Acesso em 14 set. 2019.

MARTINS, Álissan Karine Lima; ALVES E SOUZA, Ângela Maria; VIEIRA, Neiva Francenely Cunha; PINHEIRO, Patrícia Neyva da Costa; BRAGA, Violante Augusta Batista. **Práticas em saúde mental na estratégia saúde da família: um estudo exploratório**. Revista de Pesquisa Cuidado é fundamental Online. v. 7, n.1, p.1905-1914, 2015. Disponível em: < DOI: 10.9789/2175-5361.2015.v7i1.1905-1914>. Acesso em 30 out. 2019.

MEDEIROS, Débora Gomes; FARIA, Pedro Henrique de; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; TÓFOLI, Luís Fernando. **Política de drogas e Saúde Coletiva: diálogos necessários**. Caderno de Saúde Pública. Campinas, v.35, n.7, 2019. Disponível em: < doi: 10.1590/0102-311X00242618>. Acesso em 06 nov. 2019.

MELO, Eduardo Alves; MENDONÇA, Maria Helena Magalhaes de; OLIVEIRA, Jarbas Ribeiro de; ANDRANDE, Gabriella Carrilho Lins de. **Mudanças na política nacional de atenção básica: entre retrocessos e desafios**. Saúde Debate. R.J, v. 42, n.1, Set 2018. Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S103>>. Acesso em 09 out. 2019.

MELO, Eduardo Alves; MIRANDA, Lílian; SILVA, Atila Mendes da; LIMEIRA, Rosana Mira Nunes. **Dez anos dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf ): problematizando alguns desafios**. Saúde Debate. R.J: v. 42, número especial 1, p. 328-340, setembro 2018. Disponível em: <DOI: 10.1590/0103-11042018S122>. Acesso em 26 set. 2019.

MENDES, Eugênio Vilaça. **A construção social da atenção primária à saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, Brasília, 2015**. Disponível em: < <http://www.saúde.gov.br/wp-content/uploads/2016/12/a-construcao-social-da-atencao-primaria-a-saude.pdf> >. Acesso em 01 ago. 2018.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. **Organização Pan Americana da Saúde**. Brasília, 2011. Disponível em: < [http://bvsms.saúde.gov.br/bvs/publicacoes/redes\\_de\\_atencao\\_saude.pdf](http://bvsms.saúde.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf) >. Acesso em: 25 mar. 2019.

MENDES, Eugênio 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. Disponível em: < [http://bvsms.saúde.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado\\_condicoes\\_atencao\\_primaria\\_saude.pdf](http://bvsms.saúde.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf) >. Acesso em: 17 ago. 2019.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade**. Ciência & Saúde Coletiva. v. 17, n.3, p.621-626, 2012. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-232012000300007&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-232012000300007&script=sci_abstract&tlng=pt) >. Acesso em: 13 out. 2018.

MINAYO, Maria Ceclia de Souza (org.); DESLANDES, Suely Ferreira; NETO, Otávio Cruz; GOMES, Romeu. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 18. ed. Petrópolis, RJ: **Vozes**, 2001. Disponível em: < <http://www.saúde.gov.br/wp-content/uploads/2016/12/a-construcao-social-da-atencao-primaria-a-saude.pdf> >. Acesso em 01 ago. 2018.

MINISTERIO DE SALUD DE LA GRAN BRETANA. Informe Dawson sobre el futuro de los servicios medicos y afines, 1920. Washington, D.C.: OPAS/OMS; 1964. **Publicación científica no 93**. Disponível em: < <https://www.sochealth.co.uk/national-health-service/healthcare-generally/history-of-healthcare/interim-report-on-the-future-provision-of-medical-and-allied-services-1920-lord-dawson-of-penn/> >. Acesso em 03 ago.. 2019.

MOREIRA, Maria Inês Badaró; ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa. **Ações de saúde mental na rede de atenção psicossocial pela perspectiva dos usuários.** Saúde Soc. São Paulo, v.26, n.2, p.462-474, 2017. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v26n2/1984-0470-sausoc-26-02-00462.pdf> >. Acesso em: 14 nov. 2018.

MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães Cardoso; FONSECA, Angélica Ferreira; LIMA, Luciana Dias de. **Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde.** Saúde Debate. R.J, v. 42, n. 116, p. 11-24, 2018. Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811601> >. Acesso em: 06 jun. 2019.

MUHL, Camila; HOLANDA, Adriano Furtado. **O mundo ao meu alcance: território e saúde mental no litoral do Paraná.** Rev. Nufen: Phenom. Interd. Belém: v. 10, n.1, p.1-21, jan-abr, 2018. Disponível em: < <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rnufen/v10n1/a02.pdf> >. Acesso em: 13 abr. 2019.

NASI, Cintia; CARDOSO, Adriana Serdotte Freitas; SCHNEIDER, Jacó Fernando; OLSCHOWSKY, Agnes; WETZEL, Christine. **Conceito de integralidade na atenção em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica.** Revista Mineira de Enfermagem. v.13, v.1, p.147-152, jan./ mar.,2009. Disponível em: < <http://www.dx.doi.org/S1415-27622009000100019> >. Acesso em 08 dez.2018.

NETO, Mauricio; DIMENSTEIN, Magda. **Experiência de acompanhamento terapêutico: do hospital à cidade.** Revista de Pesquisa e Práticas Psicossociais. São João del-Rei, v.11, n.2, jul a dez, 2016. Disponível em: < [http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/revista\\_ppp/article/view/1762/1249](http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/revista_ppp/article/view/1762/1249)>. Acesso em 12 dez. 2018.

NETO, Raimundo de Oliveira Reis; PINTO, Ana Carolina Teixeira; OLIVEIRA, Luiz Gustavo Azevedo. **Acompanhamento Terapêutico: História, Clínica e Saber.** Psicologia: Ciência e Profissão. R.J, v.31, n.1, p.30-39, 2011. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932011000100004&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932011000100004&script=sci_abstract&tlng=pt) >. Acesso em: 19 set. 2019.

NÓBREGA, Maria do Perpétuo S.S.; SILVA, Giovanna Bertolazzi Fernandes da; SENA, Andreza Cardoso Ribeiro de. **Funcionamento da rede de atenção psicossocial-RAPS no município de São Paulo, Brasil: perspectivas para o cuidado em Saúde Mental. Investigação Qualitativa em Saúde.** Atas CIAIQ2016, v.2, 5º Congresso Ibero-Americano, 2016. Disponível em: < <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/735/722> >. Acesso em 05 março 2019.

OLIVEIRA, Elisângela Costa de; MEDEIROS, Ana Tereza de; TRAJANO, Flávia Maiele Pedroza; NETO, Gabriel Chaves; ALMEIDA, Sandra Aparecida de; ALMEIDA, Luana Rodrigues de. **O cuidado em saúde mental no território: concepções de profissionais da atenção básica.** Esc Anna Nery. João Pessoa, PB: v.21, n.3, 2017. Disponível em: < DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2017-0040 >. Acesso em 08 out. 2019.

OLIVEIRA, Maria Mônica de; PEDRAZA, Dixis Figueroa. **Contexto de trabalho e satisfação profissional de enfermeiros que atuam na Estratégia Saúde da Família.** *Saúde debate*. V. 43, n.122, 2019. Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912209>>. Acesso em 16 fev. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Mental health: new understanding, new hope.** Geneva: 2011. (World Health Report). 1211 Geneva 27, Suíça. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0205.pdf> >. Acesso em 25 ago. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Depression and Other Common Mental Disorders Global Health Estimates.** Geneva, Switzerland: 2017. Disponível em: < <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf> >. Acesso em: 31 ago. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Report of the International Conference on Primary Health Care, jointly sponsored by the World Health Organization and the United Nations Children's Fund, Alma-Ata - URSS, 6 to 12 September 1978" - Copyright: 1978 The World Health Organization.** Impresso em Brasília: 1979. Disponível em: < [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39228/9241800011\\_por.pdf;jsessionid=75CCB6D051D08CE03D0BB3152D09872E?sequence=5](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39228/9241800011_por.pdf;jsessionid=75CCB6D051D08CE03D0BB3152D09872E?sequence=5) >. Acesso em 29 out. 2019.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Educação do Paraná. Conselho Estadual da Educação. **Normas para a Educação Especial, modalidade da Educação Básica para alunos com necessidades educacionais especiais no Sistema de Ensino do Estado do Paraná.** Curitiba: 2003; processo nº 730-03; deliberação nº02-03; aprovada 02-06-03. Disponível em: <<http://www.educacao.pr.gov.br/arquivos/File/deliberacoes/deliberacao022003.pdf>>. Acesso em: 11 set. 2019.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Oficinas da Formação e Qualificação do Profissional em Atenção Primária à Saúde – APSUS.** Oficina 8. Saúde mental. Coordenação Estadual de Saúde Mental: março de 2014. Disponível em: < Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1808-24322017000200628&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1808-24322017000200628&script=sci_abstract&tlng=pt) >. Acesso em 01 ago. 2018.

PASSOS, Izabel Christina Friche; REINALDO, Amanda Márcia dos Santos; BARBOSA, Maria Aline Gomes; BRAGA, Gilsiane Aparecida Ribeiro; LADEIRA, Kamila Emanuelle. **A rede de proteção e cuidado a crianças e adolescentes do município de Betim/MG e os desafios do enfrentamento ao uso abusivo de**

**crack, álcool e outras drogas.** Pesquisa práticas psicossociais. São João del Rei. v.11, n.3, set./dez, 2016. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-89082016000300005](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082016000300005)>. Acesso em: 29 out. 2019.

PEITER, Caroline Cechinel; SANTOS, José Luís Guedes dos; LANZONI, Gabriela Marcellino de Melo; MELLO, Ana Lúcia Schaefer Ferreira de; COSTA, Maria Fernanda Baeta Neves Alonso da; ANDRADE, Selma Regina de. **Redes de atenção à saúde: tendências da produção de conhecimento no Brasil.** Escola Anna Nery Florianópolis, S.C, v.23, n.1, 2019. Disponível em: <DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2018-0214 >. Acesso em 28 out. 2019.

PEREIRA, Juarez de Souza; MACHADO, Wiliam César Alves. **Referência e contrarreferência entre os serviços de reabilitação física da pessoa com deficiência:** a (des)articulação na microrregião Centro-Sul Fluminense, Rio de Janeiro, Brasil. Physis Revista de Saúde Coletiva. R.J, v.26, n. 3, p.1033-1051, 2016. Disponível em: < DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312016000300016>>. Acesso em: 18 set. 2019.

PERUZZO, Hellen Emília; BEGA, Aline Gabriela; LOPES, Ana Patrícia Araújo Torquato; HADDAD, Maria do Carmo Fernandez Lourenço; PERES, Aínda Maris; MARCON, Sonia Silva. **Os desafios de se trabalhar em equipe na estratégia saúde da família.** Escola Anna Nery. R.J, v.22, n.4, 2018. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0372> >. Acesso em 18 set. 2019.

PIERANTONI, Célia Regina; VIANNA, Cid Manso de Mello; FRANÇA, Tania; MAGNAGO, Carinne; RODRIGUES, Marcus Paulo da Silva. **Rotatividade da força de trabalho médica no Brasil.** Saúde Debate. v.39, n.106; Jul-Sep, 2015. Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/0103-110420151060003006>>. Acesso em 13 jan. 2010.

PINTO, Luíz Felipe; GIOVANELLA, Lígia. **Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB).** Ciência & Saúde Coletiva. v.23, n.6, p.1903-1913, 2018. Disponível em: < DOI: 10.1590/1413-81232018236.05592018 >. Acesso em 19 out. 2019.

PITIÁ, Ana Celeste de Araújo; SANTOS, Manoel Antônio dos. **O acompanhamento terapêutico como estratégia de continência do sofrimento psíquico.** Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas. S.P, v.2, n.2, art 07, p. 01-14, ag 2006. Disponível em: < <http://www2.eerp.usp.br/resmad/artigos.asp> >. Acesso em: 12 dez. 2018.

PORTELA, Gustavo Zoio. **Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais.** Physis Revista de Saúde Coletiva. R.J, v. 27, n 2, p. 255-276, 2017. Disponível em: < DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312017000200005> >. Acesso em: 03 ago. 2019.

PORTUGALI. **Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal.** Plano de Ação 2007-2016 Lisboa: Comissão Nacional para a

Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental em Portugal; 2006. Disponível em: <<https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/08/RelAvPNSM2017.pdf>>. Acesso em 03 nov. 2019.

PRADO, Alessandra Mascarenhas; SCHINDLER, Danilo. **A medida de segurança na contramão da lei de reforma psiquiátrica: sobre a dificuldade de garantia de direito à liberdade a pacientes judiciários.** Revista Direito GV. v.13, n.2, maio-agosto, 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1808-24322017000200628&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1808-24322017000200628&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em 01 ago. 2018.

PREVIATO, Giselle Fernanda; BALDISSERA, Vanessa Denardi Antoniassi. **A comunicação na perspectiva dialógica da prática interprofissional colaborativa em saúde na Atenção Primária à Saúde.** Interface. Botucatu, v.22, n.2, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0647>>. Acesso em 18 set. 2019.

PRINCE M, Patel V, SAXENA S, Maj M, MASELKO J, Phillips MR, et al. No health without mental health. **Global Mental Health.** Lancet. 2007, Sep 8;370(9590):859-77. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17804063>>. Acesso em 13 set. 2019.

RAMOS, Débora karollyne Ribeiro; PAIVA, Irismar Karla Sarmiento; GUIMARÃES, Jacileide. **Pesquisa qualitativa no contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira: vozes, lugares, saberes/fazer.** Ciência Saúde Coletiva. R.J, v.24; n.3; mar 2019. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018243.00512017>>. Acesso em 09 out. 2019.

REIS, Ademar Arthur Chioro dos; SÓTER, Ana Paula Menezes; FURTADO, Lumena Almeida Castro; PEREIRA, Silvana Souza da Silva. **Tudo a temer: financiamento, relação público e privado e o futuro do SUS.** Saúde Debate. R.J, v. 40, n. especial, p. 122-135, dez, 2016. Disponível em: <DOI: 10.1590/0103-11042016S11>. Acesso em 29 out. 2019.

REPORT OF THE INTERNATIONAL CONFERENCE ON PRIMARY HEALTH CARE. Jointly sponsored by the World Health Organization and the United Nations Children's Fund, Alma-Ata - URSS, 6 to 12 September 1978 - Copyright: **The World Health Organization**, 1978. Disponível em <<http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 01 ago. 2019.

RIGOTTI, Daniel Goulart; GARCIA, Ana Paula Rigon Francischetti; SILVA, Natalia Galvão; MITSUNAGA, Thalita Mendes; TOLEDO, Vanessa Pellegrino. **Acolhimento de usuários de drogas em Unidade Básica de Saúde.** Revista Rene. S.P, v.17, n.3, p.346-55, maio-jun, 2016. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/3465/2707>>. Acesso em 01 jan. 2019.

RIMONDINI, M; BUSH, M.; MAZZI, M.A.; DONIZZI, V.; POLI, A.; BOLOVENTA, E.; MORETT, F. Patient empowerment in risk management: a mixed-method study to explore mental health professionals' perspective. **BMC Health Services Research.**

Italy: 19 (1), p. 382, 2019. Available in: <<https://doi.org/10.1186/s12913-019-4215-x>>. Acesso em: 27 out. 2019.

ROCHA, Hugo André da; SANTOS, Alaneir de Fátima dos; REIS, Ilka Afonso; SANTOS, Marcos Antônio da Cunha; CHERCHIGLIAL Mariângela Leal. **Saúde mental na atenção básica**: uma avaliação por meio da Teoria da Resposta ao Item. Rev Saúde Publica. M.G, v.52, n.17, 2018. Disponível em:< <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000051> >. Acesso em 14 set. 2019.

ROCHA Elisiane do Nascimento da; LUCENA, Amália de Fátima. **Projeto Terapêutico Singular e Processo de Enfermagem em uma perspectiva de cuidado interdisciplinar**. Rev. Gaúcha Enfermagem. Porto Alegre, v.39, 2018. Epub July 02, 2018. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0057> >. Acesso em 30 out. 2019.

ROCHA, Saulo Vasconcelos; ALMEIDA, Maura Maria Guimarães de; ARAÚJO, Tânia Maria de; VIRTUOSO JUNIOR, Jair Sindra. **Prevalência de transtornos mentais comuns entre residentes em áreas urbanas de Feira de Santana, Bahia**. Revista Brasileira de Epidemiologia. Feira de Santana, Bahia, v. 13, n. 4, p.630-640, 2010. Disponível em: < [https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/rbepid/v13n4/08.pdf](https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rbepid/v13n4/08.pdf) >. Acesso em: 25 ago. 2019.

ROTOLI, Adriana; SILVA, Mara Regina Santos da; SANTOS, Alessandro Marques dos; OLIVEIRA, Adriane Maria Netto de; GOMES, Giovana Calcagno. **Saúde mental na atenção primária**: desafios para a resolutividade das ações. Escola Anna Nery. R.J, v. 23, n.2, 2019. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2018-0303> >. Acesso em 27 set. 2019.

SAMPIERI, Roberto Hernandez et al. **Metodologia de pesquisa**. 5ª. ed. Porto Alegre: Penso, 2013.

SANTOS, Lenir. **Região de saúde e suas redes de atenção**: modelo organizativo-sistêmico do SUS. Ciência & saúde coletiva. v.22, n.4, abr, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232817224.26392016> > Acesso em 29 out. 2019.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. **SUS 30 anos**: o início, a caminhada e o rumo. Ciência & Saúde Coletiva, Campinas, S.P, v.23, n.6, p.1729-1736, 2018. Disponível em: < DOI: 10.1590/1413-81232018236.06092018 >. Acesso em 29 out. 2019.

SHORTELL SM; GILLIES, RR; ANDERSON, DA; MORGAN, KL. **Crating organized delivery systems**: the barriers and facilitators. Hosp. Health Service Adm. v. 38, p.447-466, 1993. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10130607>>. Acesso em 29 out. 2019.

SILVA, John Victor dos Santos da; BRANDÃO, Thyara Maia; OLIVEIRA, Keila Cristina Pereira do Nascimento. **Ações e atividades desenvolvidas pela enfermagem no Centro de Atenção Psicossocial**: revisão integrativa. Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde. v.7, n.3, p.137-149. Out-Dez, 2018. Disponível em:

< <http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/3115> >. Acesso em 10 mar. 2019.

SILVA, Maria de Nazareth Rodrigues Malcher de Oliveira e; ABBAD, Gardênia da Silva; MONTEZANO, Lana. **Desafios para a consolidação do modelo psicossocial no cuidado de pessoas com problemas de álcool e drogas.** Paidéia. Brasília, maio, 2019. Disponível em: <<https://humanas.blog.scielo.org/blog/2019/05/08/desafios-para-a-consolidacao-do-modelo-psicossocial-no-cuidado-de-pessoas-com-problemas-de-alcool-e-drogas/> > Acesso em: 03 nov. 2019.

SILVA, Paloma Alves dos; ROCHA Saulo Vasconcelos; SANTOS, Loiamara Barreto; SANTOS, Clarice Alves dos; AMORIM, Camila Rego; VILELA, Alba Benemerita Alves. **Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados entre idosos de um município do Brasil.** Ciência Saúde Coletiva. v.23, n.2, fev 2018. Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/1413-81232018232.12852016> >. Acesso em 10 out. 2019.

SILVA, Rafael Bianchi; ALEXANDRE, Ana Clara Siena. **Investigação acerca da subjetividade no âmbito do SUAS: uma pesquisa documental.** Psicologia e Sociedade. Belo Horizonte, v.31, 2019. Epub Sep 02, 2019. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/1807-0310/2019v31207603>>. Acesso em 19 out. 2019.

SILVA, Roberta Marinho da; ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro. **Coordenação dos cuidados em saúde no Brasil: o desafio federal de fortalecer a atenção primária à saúde.** Physis Revista de Saúde Coletiva. R.J, v.24, n. 4, p. 1207-1228, 2014. Disponível em: < DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312014000400010> >. Acesso em: 19 ago. 2019.

SILVA, Sarah Nascimento; LIMA, Marina Guimarães. **Avaliação da estrutura dos Centros de Atenção Psicossocial da região do Médio Paraopeba, Minas Gerais.** Epidemiologia Serviço Saúde. Brasília, v.26, n.1, jan-mar, 2017. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-4974201700010001> >. Acesso em 03 nov. 2019.

SILVEIRA, Aparecida Rosângela; ALMEIDA, Ana Paula de Souza; PRATES, Thalita Emily Cesário; RABELO, Marcella Oliveira; SAMPAIO, Cristina Andrade; SILVEIRA, Juliano Arruda. **Recovery e experiência brasileira na atenção psicossocial: diálogos e aproximações.** Cadernos Brasileiros de Saúde Mental. Florianópolis, v.9; n.21, p. 17-30, 2017. Disponível em: < <http://stat.cbsm.incubadora.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/4674/4862> >. Acesso em: 01 jan. 2019.

SILVEIRA FILHO, Roberto Moreira; SANTOS, Adriano Maia dos, CARVALHO, Jamille Amorim; ALMEIDA, Patty Fidelis de. **Ações da Comissão Intergestores Regional para gestão compartilhada de serviços especializados no Sistema Único de Saúde.** Physis Revista de Saúde Coletiva. R.J, v. 26, n. 3; p. 853-878, 2016. Disponível em: <DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312016000300008>>. Acesso em: 25 set. 2019.



SOLAR, O.; IRWIN, A. **A conceptual framework for action on the social determinants of health.** Social Determinants of Health. Discussion Paper 2 (Policy and Practice). Geneva: WHO, 2010. Disponível em: < [https://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH\\_eng.pdf](https://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf) >. Acesso em 23 ago. 2019.

SOUZA, Luís Souza e; BARBOSA, Bruna; SILVA, Carla de Oliveira e; SOUZA, Antônia de; FERREIRA, Tadeu; SIQUEIRA, Leila. **Prevalência de transtornos mentais comuns em adultos no contexto da atenção primária à saúde.** Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental. Minas Gerais, n 18, dez, 2017. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0193> >. Acesso em 02 set. 2019.

SOUZA, Fernando Sérgio Pereira de; JORGE, Maria Salete Bessa. **O retorno da centralidade do hospital psiquiátrico: retrocessos recentes na política de saúde mental.** Revista Trabalho, Educação e Saúde. R., v. 17, n.1, 2019. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/tes/v17n1/0102-6909-tes-17-1-e0017201.pdf> >. Acesso em: 14 fev. 2019.

TASCA, Renato; VENTURA, Iasmine Lorena Silva; BORGES, Vanessa; LELES, Fernando Antônio Gomes Leles; GOMES, Rosane de Mendonça; RIBAS, Antonio Neves; CARVALHO, Wellington Mendes; JIMEZEZ, Julio Manoel Suarez. **Laboratórios de inovação em saúde: por uma Atenção Primária à Saúde forte no Distrito Federal, Brasil.** Ciência e saúde coletiva. R.J, v.24, n.6, Jun- 2019. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018246.08672019> >. Acesso em 30 out. 2019.

TEIXEIRA, Mirna Barros; RAMÔA, Marise de Leão; ENGSTROM, Elyne; RIBEIRO, José Mendes. **Tensões paradigmáticas nas políticas públicas sobre drogas: análise da legislação brasileira no período de 2000 a 2016.** Ciência e Saúde Coletiva. v.22, n.5, Maio,2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.32772016>>. Acesso em 06 nov. 2019.

TERRAZA NÚÑEZ, Rebeca; LORENZO, Ingrid Vargas; NAVARRETE, María Luisa Vázquez. **La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas.** Servei d'Estudis i Prospectives en Polítiques de Salut, Consorci Hospitalari de Catalunya, Barcelona, Espanha: v.20, n.6, p.485-495, nov. 2006. Disponível em: < DOI: 10.1157/13096516 >. Acesso em 27 out. 2019.

THEME FILHA, Mariza Miranda; SOUZA JUNIOR, Paulo Roberto Borges de; DAMACENA, Giseli Nogueira; SZWARCOWALD, Celia Landmann. **Prevalência de doenças crônicas não transmissíveis e associação com autoavaliação de saúde:** Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. Revista Brasileira de Epidemiologia. R.J, v.18, n.2, p. 83-96, dez, 2015. Disponível em: < DOI: 10.1590/1980-5497201500060008 >. Acesso em: 04 set. 2019.

TRISTÃO, Kelly Guimarães; AVELLAR, Luziane Zacché; NETO, Pedro Machado Ribeiro. **Acompanhamento Terapêutico: concepções sobre a pratica e setting terapêutico.** Revista de Pesquisa e Práticas Psicossociais. São Joao del-Rei: v.13, n.1. jan-abr 2018. Disponível em: < <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ppp/v13n1/12.pdf> >. Acesso em: 12 dez. 2018.

VARGAS, Ingrid; MOGOLLÓN-PÉREZ, Amparo Susana; DE PAEPE, Pierre; FERREIRA DA SILVA, Maria Rejane; UNGER, Jean-Pierre; VÁZQUEZ, Maria Luiza. **Barreiras à coordenação da atenção à saúde em sistemas de saúde pública descentralizados e baseados no mercado: um estudo qualitativo em redes de saúde da Colômbia e do Brasil.** Plano de Políticas de Saúde. Colombia: v. 31, n. 6, p. 736-48, 2016. Disponível em: < doi: 10.1093 / heapol / czv126 >. Acesso em: 27 out. 2019.

VASCONCELOS, Maria Gomes Ferreira; JORGE, Maria Salete Bessa; CATRIB, Ana Maria Fontenelle; BEZERRA, Indara Cavalcante; FRANCO, Túlio Batista. **Projeto terapêutico em saúde mental: práticas e processos nas dimensões constituintes da atenção psicossocial.** Revista Interface-Comunicação, Saúde, Educação. S.P, v. 20, n.57, 313-23. Abril-junho, 2016. Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0231> >. Acesso em: 02 jan. 2019.

VASCONCELLOS, Vinicius Carvalho de. **Trabalho em equipe na saúde mental: o desafio interdisciplinar em um CAPS.** Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas. Ribeirão Preto, v.6, n.1, 2010. Disponível em: < [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-69762010000100015](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762010000100015) >. Acesso em: 23 mar. 2019.

VIACAVAL, Francisco; OLIVEIRA, Ricardo Antunes Dantas de; CARVALHO, Carolina de Campos; LAGUARDIA, Josué; BELLIDO, Gregório. **SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos.** Ciência e Saúde Coletiva. R.J, v.23, n.6, jun 2018. Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.06022018> >. Acesso em: 08 out. 2019.

VIEIRA, Fabíola Sulpino. **Implicações de decisões e discussões recentes para o financiamento do Sistema Único de Saúde.** Saúde debate. v. 40, n.109, May-Jun, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104201610915>>. Acesso em 29 out. 2019.

ZEFERINO, Maria Terezinha; CARTANA, Maria do Horto Fontoura; FIALHO, Marcelo Brandt; HUBER, Manoela Ziegler; BERTONCELLO, Katia Cilene Godinho. **Percepção dos profissionais da saúde sobre o cuidado às crises na rede de atenção psicossocial.** Escola Anna Nery Revista de Enfermagem. V. 20, n. 3, Jul-set, 2016. Disponível em: < <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127745807004> >. Acesso em: 02 jan. 2019.

WADI, Yonissa Marmitt; OLINTO, Beatriz Anselmo; CASAGRANDE, Attiliana De Bona. **Filantropia, privatização e reforma: cenários da assistência psiquiátrica no estado do Paraná.** História Ciência Saúde-Manguinhos. Rio de Janeiro, v.22, n.4, Oct./Dec, 2015. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702015000400009> >. Acesso em: 6 nov. 2019.

WENCESLAU, Leandro David; ORTEGA, Francisco. **Saúde mental na atenção primária e Saúde Mental Global: perspectivas internacionais e cenário brasileiro.** Interface. COMUNICAÇÃO SAÚDE EDUCAÇÃO. v.19, n.55, p.1121-32, 2015. Disponível em: < DOI: 10.1590/1807-57622014.1152 >. Acesso em 08 out. 2019.

## **ANEXOS**

## ANEXO 1- Parecer consubstanciado do CEP



UNIOESTE - CENTRO DE  
CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA  
SAÚDE DA UNIVERSIDADE



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** REDE DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL EM UMA REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ

**Pesquisador:** Gicelle Galvan Machineski

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 02330518.1.0000.0107

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.053.977

#### Apresentação do Projeto:

A pesquisa será realizada com profissionais que atuam nos serviços de saúde mental dos vinte e quatro municípios de abrangência da 10 Regional de Saúde de Paraná. Os dados quantitativos serão coletados utilizando-se um questionário semiestruturado que será aplicado ao profissional responsável ou o coordenador do município que pertence a 10° regional de saúde do Paraná.

#### Objetivo da Pesquisa:

Investigar a organização da rede de atenção à saúde mental nos 25 municípios da 10 Regional de Saúde do Paraná.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A pesquisa não oferece riscos aos participantes, porém caso algum deles apresentar algum desconforto devido a possível constrangimento durante a aplicação do instrumento, será prestada assistência de forma imediata e integral, o que será minimizado por meio da explicação que o pesquisador realizará sobre os objetivos do estudo.

Benefícios:

Os benefícios que a pesquisa poderá proporcionar aos profissionais envolvidos no cuidado e ao usuário dos serviços de saúde mental referem-se a oferta de subsídios para a continuidade do cuidado.

**Endereço:** RUA UNIVERSITARIA 2069

**Bairro:** UNIVERSITARIO

**CEP:** 85.819-110

**UF:** PR

**Município:** CASCAVEL

**Telefone:** (45)3220-3092

**E-mail:** cep.prppg@unioeste.br

UNIOESTE - CENTRO DE  
CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA  
SAÚDE DA UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer: 3.053.977

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa bem delimitada, de importância para os municípios que farão parte da pesquisa.

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

Todos o termos apresentados

**Recomendações:**

Projeto pode ser aprovado

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

Aprovado

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

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1235613.pdf	31/10/2018 21:12:55		Aceito
Outros	Termo_de_compromisso_para_uso_de_dados_em_arquivo.pdf	31/10/2018 21:10:47	Gicelle Galvan Machineski	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	10/10/2018 09:22:00	Gicelle Galvan Machineski	Aceito
Outros	Quedasdolguacu.pdf	10/10/2018 09:15:11	Gicelle Galvan Machineski	Aceito
Outros	vera_cruz_do_oeste.pdf	10/10/2018 09:05:09	Gicelle Galvan Machineski	Aceito
Outros	santa_tereza_do_oeste.pdf	10/10/2018 09:04:24	Gicelle Galvan Machineski	Aceito
Outros	santalucia.pdf	10/10/2018 09:03:54	Gicelle Galvan Machineski	Aceito
Outros	novaaurora.pdf	10/10/2018 09:03:05	Gicelle Galvan Machineski	Aceito
Outros	lindoeste.pdf	10/10/2018 09:00:54	Gicelle Galvan Machineski	Aceito
Outros	jesuitas.pdf	10/10/2018 09:00:20	Gicelle Galvan Machineski	Aceito
Outros	iracema_do_oeste.pdf	10/10/2018 08:59:29	Gicelle Galvan Machineski	Aceito
Outros	iguatu.pdf	10/10/2018 08:58:49	Gicelle Galvan Machineski	Aceito
Outros	ibema.pdf	10/10/2018 08:58:18	Gicelle Galvan Machineski	Aceito
Outros	guaraniacu.pdf	10/10/2018 08:57:15	Gicelle Galvan Machineski	Aceito

**Endereço:** RUA UNIVERSITARIA 2069

**Bairro:** UNIVERSITARIO

**CEP:** 85.819-110

**UF:** PR

**Município:** CASCAVEL

**Telefone:** (45)3220-3092

**E-mail:** cep.prppg@unioeste.br

UNIOESTE - CENTRO DE  
CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA  
SAÚDE DA UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer: 3.053.977

Outros	formosa_do_oeste.pdf	10/10/2018 08:54:12	Gicelle Galvan Machineski	Aceito
Outros	espigaoaltodoiguacu.pdf	10/10/2018 08:53:30	Gicelle Galvan Machineski	Aceito
Outros	diamante_do_sul.pdf	10/10/2018 08:52:32	Gicelle Galvan Machineski	Aceito
Outros	corbelia.pdf	10/10/2018 08:51:41	Gicelle Galvan Machineski	Aceito
Outros	ceuzul.pdf	10/10/2018 08:50:46	Gicelle Galvan Machineski	Aceito
Outros	catanduvas.pdf	10/10/2018 08:49:50	Gicelle Galvan Machineski	Aceito
Outros	cascavel.pdf	10/10/2018 08:48:35	Gicelle Galvan Machineski	Aceito
Outros	CampoBonito.pdf	09/10/2018 20:04:29	Gicelle Galvan Machineski	Aceito
Outros	cafelandia.pdf	09/10/2018 20:01:35	Gicelle Galvan Machineski	Aceito
Outros	braganey.pdf	09/10/2018 20:00:50	Gicelle Galvan Machineski	Aceito
Outros	boa_vista_da_aparecida.pdf	09/10/2018 18:02:18	Gicelle Galvan Machineski	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	09/10/2018 17:56:13	Gicelle Galvan Machineski	Aceito
Brochura Pesquisa	PROJETO.docx	09/10/2018 17:44:09	Gicelle Galvan Machineski	Aceito
Outros	anahy.pdf	09/10/2018 17:31:46	Gicelle Galvan Machineski	Aceito
Outros	3_barras_do_pr.pdf	09/10/2018 17:30:46	Gicelle Galvan Machineski	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAO_PESQUISADORES.pdf	09/10/2018 17:21:56	Gicelle Galvan Machineski	Aceito
Outros	APENDICE_2_QUADRO.pdf	09/10/2018 17:19:29	Gicelle Galvan Machineski	Aceito
Outros	QUESTOES.pdf	09/10/2018 17:15:38	Gicelle Galvan Machineski	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	APENDICE_3_TCLE.pdf	09/10/2018 16:45:09	Gicelle Galvan Machineski	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Endereço:** RUA UNIVERSITARIA 2069

**Bairro:** UNIVERSITARIO

**CEP:** 85.819-110

**UF:** PR

**Município:** CASCAVEL

**Telefone:** (45)3220-3092

**E-mail:** cep.prppg@unioeste.br

UNIOESTE - CENTRO DE  
CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA  
SAÚDE DA UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer: 3.053.977

CASCADEL, 03 de Dezembro de 2018

---

**Assinado por:**  
**Dartel Ferrari de Lima**  
**(Coordenador(a))**

## ANEXO 2 - Justificativa do recesso do Comitê de Ética e Pesquisa envolvendo seres humanos da Secretaria de Saúde do Estado do Paraná com sede no Hospital do Trabalhador

### MINISTÉRIO DA SAÚDE

Carta Circular nº 235/2018-CONEP/SECNS/MS

Brasília, 08 de agosto de 2018

Ao Doutor  
Michele Caputo Neto  
Presidente do **Hospital do Trabalhador – Secretaria de Estado da Saúde do Paraná**  
Avenida República Argentina, 4406 – Novo Mundo  
81.050-000 - Curitiba-PR

Assunto: **Suspensão do Registro do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – nº 5225 - Hospital do Trabalhador/SES/PR.**

Senhor Presidente,

1. Informamos a Vossa Senhoria que a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep) deliberou pela suspensão do CEP – nº 5225 - Hospital do Trabalhador/SES/PR, cujo período de gestão se encontra vencido desde 29 de abril de 2018, em virtude do não atendimento ao contido no inciso II, da Resolução CNS nº 370/2007, que prevê: “*A renovação do Registro do CEP deverá ser solicitada desde 60 dias antes até 60 dias após a data de vencimento do mandato, e será efetivada mediante avaliação do CEP e atendimento das condições de funcionamento descritas no item 1.1*”.
2. A Instituição deve comunicar, imediatamente, aos participantes de pesquisa, pesquisadores e comunidade acadêmica sobre a suspensão das atividades do CEP do Hospital do Trabalhador/SES/PR.
3. Ressaltamos que a suspensão se faz necessária para que o CEP possa se reorganizar e, junto à instituição, viabilizar as condições para atender os critérios mínimos, normatizados, para funcionamento de um Comitê de Ética. Enfatizamos que a determinação da suspensão não exime o CEP em relação às atribuições integrais relativas às pesquisas em andamento, em análise ética (tramitação), em recepção e validação documental e sob a guarda do Comitê, mantendo a corresponsabilidade sobre as mesmas.
4. Dessa forma, esclarecemos que estão suspensas as atividades do Comitê quanto ao recebimento e análise de novos protocolos de pesquisa até o atendimento do contido nesta Carta Circular.
5. Por oportuno, participamos que, em sendo do interesse, se faz necessário o envio à Conep da documentação de solicitação de Renovação de Registro, atualizada, impreterivelmente até o dia 22 de agosto de 2018, por meio do e-mail [conep.cep@saude.gov.br](mailto:conep.cep@saude.gov.br), em formato *pdf*, a fim de evitar o possível cancelamento do CEP.



atendendo a todos os requisitos das Resoluções CNS nº 370/2007, 466/2012 e da Norma Operacional nº 001/2013.

Atenciosamente,

**Francisca Valda da Silva**  
Coordenadora da  
**Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP**

Com Cópia: Sílvia Klug Pimentel - Coordenadora do CEP do Hospital do Trabalhador/SES.



Documento assinado eletronicamente por **Francisca Valda da Silva, Administrador(a)**, em 08/08/2018, às 22:32, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [http://sei.saude.gov.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **5130324** e o código CRC **0CFDFD8B**.

Referência: Processo nº 25000.020262/2015-14

SEI nº 5130324

Costa  
2 de 2 AP. 01523618237 BR

14/08/2018 16:47



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA - CONEP  
Esplanada dos Ministérios, Bloco G - Bairro Zona Cívico-Administrativa, Brasília/DF, CEP 70058-900  
Site - saude.gov.br

Ofício-Circular nº 266/2018/CONEP/SECNS/MS

Brasília, 08 de agosto de 2018.

Ao Doutor

Michele Caputo Neto

Presidente do **Hospital do Trabalhador – Secretaria de Estado da Saúde do Paraná**

Avenida República Argentina, 4406 – Novo Mundo

81.050-000 - Curitiba-PR

Assunto: **Envio da Carta Circular nº 235-SEI/2018-CONEP/SECNS/MS.**

Senhor Presidente,

Encaminho, anexa, a Carta Circular nº 235-SEI/2018-CONEP/SECNS/MS referente à suspensão do Registro do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – nº 5225 - Hospital do Trabalhador/SES/PR.

Atenciosamente,

*Aguiar*  
*Thom*

**Pedro Canisio Binsfeld**  
Secretário Executivo da  
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

*71GE*  
*Judrey*

Com Cópia: Silvana Klug Pimentel - Coordenadora do CEP do Hospital do Trabalhador/SES.



Documento assinado eletronicamente por **Pedro Canisio Binsfeld**, **Secretário Executivo da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa**, em 09/08/2018, às 18:23, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [http://sei.saude.gov.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **5130322** e o código CRC **E2719599**.

Referência: Processo nº 25000.020262/2015-14

SEI nº 5130322

## ANEXO 3 - Instrumento de Estratificação de Risco

Estado do Pará  
 Secretaria de Estado  
 da Saúde – SESA  
 Superintendência de  
 Atenção à Saúde –  
 SAS  
 Departamento de Atenção às

ESTRaTIfICaÇÃO dE rISCO Em SaÚdE mENTal			
Nome (com letra de forma e sem abreviaturas):			
Nome e CBO do profissional (que realizou atendimento):			
Número de prontuário na UBS/Esf:			data:
<b>INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO:</b>			
1) Circule o número correspondente ao sinal/sintoma;			
2) Realize a somatória dos números circulos;			
3) O total de pontos bruto será o escore para a Estratificação de Risco.			
	<b>SINAIS E SINTOMAS</b>	<b>NÃO</b>	<b>Sim</b>
<b>GrUpO I</b>	Sensação de morte iminente e/ou pânico	0	5
	Medo intenso	0	2
	Desrealização	0	3
	Despersonalização	0	3
	Crises conversivas	0	3
	Crise dissociativa	0	3
	Queixas somáticas persistentes e/ou hipocondríacas	0	1
	Pensamentos ou comportamentos repetitivos e/ou conjunto de rituais	0	3
	Pensamentos de inutilidade e/ou sentimento de culpa	0	4
	Tristeza persistente acompanhada ou não de choro	0	2
<b>GrUpO II</b>	Ideação suicida e/ou tentativa de suicídio	0	9
	Isolamento social	0	6
	Heteroagressividade e/ou autoagressividade	0	9
	Desinibição social e sexual	0	7
	Hiperatividade associada ou não a atos impulsivos	0	3
	Euforia	0	4
	Elevação desproporcional da autoestima	0	2
	Delírio	0	8
	Alucinação	0	10
	Alteração do curso do pensamento	0	9
Perda do juízo crítico da realidade	0	10	



## Oficina 8 - Saúde Mental

GrUpO III	<i>Delirium tremens</i>	0	10
	Tremor associado ao hálito etílico e sudorese etílica	0	3
	Incapacidade de redução e controle do uso de drogas	0	6
	Manifestação de comportamento de risco para si e para terceiros	0	6
	Tolerância	0	3
GrUpO IV	Dificuldade manifestada na infância e/ou adolescência de compreender e transmitir informação	0	3
	Movimentos corporais ou comportamentais estereotipados	0	5
	Desatenção manifestada na infância e/ou adolescência	0	4
	Inquietação constante manifestada na infância e/ou adolescência	0	2
	Regressão	0	1
GrUpO V	Perda da memória	0	3
	Perda progressiva da capacidade funcional, ocupacional e social	0	4
	Desorientação temporal e espacial	0	5
GrUpO V	Perda da memória	0	3
	Perda progressiva da capacidade funcional, ocupacional e social	0	4
	Desorientação temporal e espacial	0	5
GrUpO VI	Resistência ao tratamento e/ou refratariedade	0	4
	Recorrência ou recaída	0	9
	Uso abusivo de substâncias psicoativas	0	10
	Exposição continuada ao estresse	0	3
	Precariedade de suporte social	0	3
	Precariedade de suporte familiar	0	6
	Testemunha de violência	0	4
	Autor ou Vítima de violência	0	8
	Perda da funcionalidade familiar e/ou afetiva	0	6
	Vulnerabilidade econômica e ambiental	0	3
	Comorbidade ou outra condição crônica associada	0	3
	Faixa etária > 6 anos e < de 18 anos	0	10
	Abandono e/ou atraso escolar	0	6

0 a 30 pontos - Baixo risco

31 a 50 pontos - médio risco

51 a 236 pontos - alto risco

Pontuação Total:

Estratificação:

### REFERÊNCIAS

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

World Health Organization. **mental health policy, plans and programmes** – Rev. ed. (Mental health policy and servisse guidance package). Singapore, 2004.

## ANEXO 4 - Comprovante de submissão do artigo

### Ciência & Saúde Coletiva

Submitted to

Manuscript ID

Title

Authors

Date Submitted

Ciência & Saúde Coletiva

CSC-2019-3191

A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NUMA REGIONAL DE SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ THE PSYCHOSOCIAL CARE NETWORK IN A HEALTH REGION'S PARANÁ STATE

Makiyama, Marcia

Machineski, Gicelle

RIZZOTTO, MARIA LUCIA

Carvalho, Manoela

30-Oct-2019

Home

ScholarOne Manuscripts <https://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>

1 of 2 30/10/2019 16:33

© Clarivate Analytics | © ScholarOne, Inc., 2019. All Rights Reserved.

ScholarOne Manuscripts and ScholarOne are registered trademarks of ScholarOne, Inc.

ScholarOne Manuscripts Patents #7,257,767 and #7,263,655.

@ScholarOneNews | System Requirements | Privacy Statement | Terms of Use

ScholarOne Manuscripts <https://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>

## ANEXO 5 - Artigo submetido à revista

### ARTIGO SUBMETIDO À REVISTA

#### A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NUMA REGIONAL DE SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ

##### RESUMO

**Introdução:** A rede de saúde mental se organiza de modo a oferecer cuidado ao usuário a fim de promover a integralidade da assistência. **Objetivo:** Conhecer a organização estrutural da rede de saúde mental dos municípios da Décima Regional de Saúde do Estado do Paraná e a percepção dos profissionais quanto as práticas do trabalho em rede. **Metodologia:** Trata-se de estudo quantitativo, qualitativo e descritivo. A coleta de dados foi realizada mediante um questionário semiestruturado, aplicado aos profissionais que atendem os usuários de saúde mental, no período de fevereiro a maio de 2019. **Resultados:** As diversas condições socioeconômicas, culturais e demográficas dos 23 municípios estudados definem a estrutura dos serviços de atenção à saúde mental e influenciam nas práticas de saúde. Os profissionais, que atuam diretamente no cuidado aos usuários, tem percepção deficitária do trabalho em rede desenvolvendo suas práticas pautados no modelo biomédico e no cuidado fragmentado. **Conclusão:** Percebe-se a heterogeneidade da organização e do cuidado nos serviços de saúde mental. Entende-se que o estudo pode contribuir o fortalecimento das políticas públicas e das práticas de saúde mental.

**Palavras-Chaves:** Saúde Mental, Serviços de Saúde, Serviços de Saúde Mental.

##### ABSTRACT

**Introduction:** The mental health network is organized to provide user's care in order to promote integrality care. **Objective:** To know the structural organization of the mental health network of the municipalities of the Paraná's Tenth Regional Health and the professionals' perception regarding the networking's practices. **Methodology:** It's a quantitative, qualitative and descriptive study. Data collection was performed through a semi-structured questionnaire, applied to professionals who serve mental health users, from February to May 2019. **Results:** The various socioeconomic, cultural and demographic conditions of the 23 municipalities studied define the structure of mental health care services and influence health practices. The

professionals have a precarious perception of networking, developing their practices based on the biomedical model and fragmented care. **Conclusion:** The heterogeneity of organization and care in mental health services is perceived. It is understood that the study can contribute to the strengthening of public policies and mental health practices.

**Keywords:** Mental Health; Health Services; Mental Health Services.

## INTRODUÇÃO

A Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) que culminou com a lei 10.216/2001 levou ao redirecionamento do cuidado em saúde mental e trouxe desafios para a saúde pública no que se refere aos usuários<sup>1</sup>. Esse contexto se configura pela lacuna entre a demanda e a oferta de serviços de saúde que atendem os transtornos mentais comuns, os quais têm recebido pouca atenção das políticas públicas<sup>2</sup>.

Buscando atender essa clientela por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) com centralidade na Atenção Primária a Saúde (APS), é instituída a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) pela portaria 3.088 de 23 de dezembro de 2011 para consubstanciar a Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras drogas de acordo com os princípios da RPB<sup>3-5</sup>.

A proposta de novas práticas do cuidado em saúde, envolve a articulação de vários pontos de saúde, incluindo a APS e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como ordenadores da atenção psicossocial, implicando transformações de conceitos e saberes para além da lógica manicomial e exigindo ações intersetoriais<sup>6</sup>.

Transformar a prática assistencial e materializar o direito do usuário portador de transtorno mental, inclusive o usuário de álcool e outras drogas, perpassa pelas paredes das instituições dos serviços de saúde e requer o Acompanhamento Terapêutico (AT) com vistas ao resgate de vínculos sociais e de cidadania no território de acesso do usuário, inserindo no meio familiar e no ambiente com foco na produção do Projeto Terapêutico Singular (PTS)<sup>7-10</sup>.

As práticas dos trabalhos realizados pela RAPS adentram a problemática familiar, responsabilizando-se pelo sofrimento mental e com intervenções domiciliares em períodos de crise, evitando reinternações e favorecendo a escuta qualificada, atuando e internalizando o papel do AT com



ênfase na atuação interdisciplinar e na produção do PTS em conjunto com o usuário, colocando-o na posição de protagonista e corresponsável pelo tratamento<sup>8-9</sup>.

A reflexão sobre as necessidades de transformações necessárias no campo da saúde mental se pauta no modelo assistencial da atenção psicossocial com foco na dimensão teórico conceitual, técnico e assistencial, jurídico, político e sociocultural.<sup>14</sup>

Diante do exposto questiona-se: “Como se organiza a RAPS nos municípios da 10ª Regional de Saúde do Paraná?”. Pressupõe-se que a RAPS nos municípios da referida regional de saúde, se organiza de forma heterogênea. E com base nos resultados encontrados, espera-se contribuir para melhorar o atendimento ao usuário e fortalecer as políticas de atenção à saúde mental.

Assim, esse estudo tem como objetivo investigar a organização da rede de atenção à saúde mental em 24 municípios da 10ª Regional de Saúde do Paraná.

## **MÉTODOS**

Trata-se de pesquisa quantitativa e qualitativa, descritiva e de campo<sup>15-16</sup>. Participaram do estudo os profissionais que atuam nos serviços de saúde mental de 24 municípios da abrangência da 10ª Regional de Saúde do Paraná, sendo que um deles não autorizou a investigação. Todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram incluídos os profissionais responsáveis pelo cuidado em saúde mental e excluídos os que estavam em férias ou licença de saúde.

Os dados foram coletados entre os meses de fevereiro a março de 2019, utilizando-se um questionário semiestruturado com perguntas sobre o perfil do profissional (o gênero, a idade, a escolaridade, nível de escolaridade, área de atuação, serviço vinculado) e a estrutura dos serviços e; questões abertas para compreender a percepção do profissional sobre o acompanhamento terapêutico do usuário. Foi identificado pela letra P de profissional, seguido do número arábico, sendo P1 e assim sucessivamente até P24.

A análise de dados quantitativos relacionados aos perfis dos profissionais e a estrutura física, organizacional e clínica da atenção em saúde mental dos municípios, foi realizada por meio de estatística

descritiva<sup>15</sup>. E as respostas das questões abertas e da entrevista subsidiaram a discussão e análise dos dados quantitativos<sup>17</sup>.

Foram respeitados os aspectos éticos conforme a Resolução n° 580/2018 e a Resolução n° 466/2012 considerando as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, foi enfatizado o consentimento livre e esclarecido<sup>18-19</sup>. Sendo que a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, CAAE: 02330518.1.0000.0107 e aprovado pelo número do parecer 3.053.977/2018.

## **RESULTADOS**

Dos 24 participantes, 22 (92%) são do sexo feminino e dois (8%) do sexo masculino, indicando que o trabalho na saúde mental é predominantemente feminino. Tem faixa etária entre 30 a 41 anos (49%), no entanto, os dados evidenciam o ingresso na saúde pública e no trabalho em saúde mental por várias gerações de trabalhadores, desde os mais jovens até os mais experientes. A maioria tem graduação em psicologia (54%), seguida pela enfermagem (25%), pelo serviço social (12,5%), fisioterapia (4,1%) e farmácia (4,1%). Todos atuam na Secretaria Municipal de Saúde, sendo que o tempo de exercício da função e no setor variou de 6 meses a mais de 15 anos de atuação, evidenciando a rotatividade de profissionais na área da saúde mental.

Sobre as práticas de saúde mental: estratificação de risco 10 (41,66%) realizam e 8 (33,33%) não realizam, e 6 (25%) realizam às vezes. Quando questionados sobre o trabalho em rede 16(66,66%) profissionais responderam que atuam em rede e 8(33,33%) responderam que não. E 13(54,16%) profissionais responderam que se comunicam com outros serviços que compõem a rede, 4(16,66%) não se comunicam e 7(29,16%) comunicam-se às vezes.

Para a estratificação de risco, é utilizado o instrumento ofertado no Caderno n° 8 disponibilizado pela Secretaria do Estado do Paraná entre 2011 e 2014. E aqueles que não a realizam, apontam que há uma fragilidade no papel da APS em constituir uma porta de entrada eficiente e resolutiva ao usuário em sofrimento mental, evidenciando que há uma demanda crescente e uma preocupação com a ausência de gestão para esses casos.

*[...] não há um protocolo específico para isso, no município. P1*

*Atendimento excessivo de demanda espontânea, falta organização na rede e no atendimento dos pacientes de saúde mental. P7*

Os participantes que “às vezes” realizam a estratificação de risco, evidenciam que a organização do trabalho e a gestão do cuidado se paramenta na demanda da população que manifesta sofrimento mental. Na ausência de um planejamento sobre o fluxo dessa demanda, o profissional se limita a realizar encaminhamentos e atendimentos individuais com base no modelo biomédico.

*Geralmente é realizado pelo (a) profissional médico (a) e realizado os devidos encaminhamentos através dos mesmos. P6*

Quanto a estrutura de serviços de atenção à saúde mental, 20 (83%) municípios possuem Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) habilitados e 4 (17%) ainda não dispõem do serviço.

Alguns profissionais referem que o NASF se constitui num ambulatório para atendimento especializado em saúde mental, o que reflete na fragmentação do cuidado, centralizando a atenção na psiquiatria e psicologia.

*Atendimentos individuais com psicóloga do NASF. (P11)*

Nos municípios que não possuem NASF, é possível perceber nos relatos a fragilidade dos profissionais em absorver a demanda da saúde mental. Limitando-se ao atendimento pautado no modelo biomédico com foco na cura, centrado na doença e na medicalização do sofrimento do usuário.

*É encaminhado para consulta com psiquiatra que atende aqui na UBS, e psicólogo, quando o mesmo necessita de internamento é feito via central de leitos.  
(P8)*

Em relação à RAPS, 16 (66,66%) dos profissionais entendem que o município realiza trabalho em rede e; 8 (33,33%) revelam que não o fazem. Outros participantes, apesar de declarar que não trabalham em rede, realizam esse tipo de comunicação. E há aqueles que não o fazem.

A comunicação formal ou informal, verbal ou escrita, acontece em 13 (54,16%) dos municípios. Os demais, 4 (16,66%) denotam que não realizam, 7 (29,16%) o fazem às vezes.

*Após análise da equipe multiprofissional, é realizado contato com a Rede de apoio, para troca de informações, visto a Clínica de especialidades ser ponto de referência para todos os encaminhamentos, sendo de saúde mental ou não. (P13)*

*Trabalho de rede fragmentado, falta de comprometimento de alguns representantes da rede de atendimento. (P6)*

Percebe-se a ausência de comunicação entre os profissionais ou a ênfase da discussão dos casos baseados em recursos eletrônicos, informalizando o cuidado do usuário em sofrimento psíquico.

*A comunicação é pouca devido o pouco tempo e rotatividade de profissionais da rede. (P9)*

Os participantes que denotam não realizar o trabalho em rede demonstraram desinformação sobre o assunto pesquisado.

*Não faz RAPS. (P3)*

*Não existe uma equipe RAPS nas proximidades. (P14)*

Sobre o AT, todos participantes da pesquisa afirmam que realizam, seja pelo prontuário manual escrito ou eletrônico, visitas domiciliares, encaminhamentos dos usuários para o psiquiatra, direcionamento para o Consórcio Intermunicipal do Oeste do Paraná (CISOP), tratamento médico e medicamentoso, pela responsabilidade da ESF e pela produção do PTS.

## **DISCUSSÃO**

A maioria dos profissionais participantes da pesquisa são do sexo feminino, tem entre 30 e 41 anos, tem formação em psicologia ou enfermagem, e atuam no setor num tempo de seis meses a 15 anos, sendo equivalente ao perfil relatado na literatura<sup>20</sup>.

A estratificação de risco favorece o surgimento de novas demandas que necessitam de acompanhamento e direcionamento das ações, e há deficiência sobre quais parâmetros devem ser adotados para cada grau de risco<sup>21-22</sup>.

A heterogeneidade na forma como o atendimento é realizado quando o usuário procura a atenção em saúde mental, evidenciada no estudo, demonstra que a coordenação do cuidado integral, utilizando-se da estratificação de risco, é um desafio para a APS e para o SUS. E isso pode se atrelar à falta de recursos humanos, físicos e econômicos, à oferta dos serviços relacionada à demanda e, portanto, desalinhada à proposta do pressuposto pela Reforma Psiquiátrica.<sup>23-24</sup>

A Rede temática da atenção psicossocial, revelou ausência de parâmetros equivalentes para a saúde mental, fragilidade e fragmentação nesse segmento, de acordo com os dados do segundo ciclo avaliativo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)<sup>25-26</sup>.

A falta de preparo para a atuação em saúde mental, tanto na formação acadêmica quanto na profissional, associa-se a ideia de que o cuidado deve ser realizado em serviços especializados<sup>26-27</sup>.

Quanto à estrutura de serviços, o NASF apresentou-se como um importante dispositivo, elaborado com o objetivo de fortalecer a APS.<sup>24,-27-28</sup>

Os desafios que se colocam para realização do trabalho em equipe, com destaque para a comunicação desagregada da proposta do processo de trabalho com foco na harmonia do trabalho, associada a proposta interdisciplinar e para troca de saberes. A comunicação ineficaz entre os serviços reflete no fluxo do trabalho de referência e contrarreferência.<sup>29-30</sup>

## **CONCLUSÃO**

É inegável o esforço de profissionais e gestores na tentativa de fortalecer a APS como ponto principal da coordenação do cuidado diante da temática da atenção psicossocial ao usuário em sofrimento mental, porém, os desafios expostos nesta pesquisa, demonstrando a rotatividade de profissionais, a prevalência do cuidado em saúde mental pautado no tratamento e na medicação, a ausência de organização do trabalho com base regionalizada e territorial, a falta de qualificação profissional para o atendimento, mudanças na essência do AT modificados pela Política Nacional de Saúde Mental e Alcool e Drogas,

colaboram para a reflexão de gestores, profissionais, usuários e sociedade sobre o conceito de constituir saúde mental ou doença mental, propostos pelas diretrizes da Reforma Psiquiátrica e pela formato da RAPS.

Desse modo, foi possível notar que a atenção à saúde mental nos municípios estudados ainda não apresenta serviços que evidenciem o trabalho em rede, como delineado pelas diretrizes de ações propostas pela União em conjunto com o Estado e os municípios.

A pesquisa apresenta limitações no que se refere ao desenho metodológico, tendo em vista que a aplicação do questionário dificultou a análise das informações pois restringiu a resposta dos participantes. Entende-se, a necessidade de investigações qualitativas com entrevistas in loco e gravadas a fim de que se possa obter informações mais aprofundadas sobre o processo de trabalho e a atenção em saúde mental.

Assim, espera-se contribuir para a reflexão sobre as práticas de saúde mental em municípios de médio e pequeno porte no que se refere à rede de atenção psicossocial.

Não houve conflitos de interesse.

## REFERÊNCIAS

1. Wenceslau LD, Ortega F. Saúde mental na atenção primária e Saúde Mental Global: perspectivas internacionais e cenário Brasileiro. *Interface (Botucatu)* [periódico na Internet]. 2015 [acessado 2019 Out 08]; 19(55):1121-1132. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832015000401121&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832015000401121&script=sci_abstract&tlng=pt)
2. Souza LS, Barbosa B, Silva CO, Souza A, Ferreira T, Siqueira L. Prevalência de transtornos mentais comuns em adultos no contexto da atenção primária à saúde. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* [periódico na Internet]. 2017 [acessado em 2019 Set 02]; 18:59-66. Disponível em: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1647-21602017000300009&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602017000300009&lng=pt&nrm=iso)
3. Brasil. Portaria n.º 719, de 07 de abril de 2011. Institui o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União* 2011; 11 abr.
4. Brasil. Portaria n.º 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. *Diário Oficial da União* 2010; 30 dez.
5. Cecilio LCO, Reis AAC. Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde. *Cad. Saúde Pública* [periódico na Internet]. 2018 [acessado em 2019 Mar 24]; 34(8): 1-14. Disponível em: [www.scielo.org/pdf/csp/2018.v34n8/e00056917/pt](http://www.scielo.org/pdf/csp/2018.v34n8/e00056917/pt)
6. Furtado LG, Nóbrega MML. Modelo de atenção crônica: inserção de uma teoria de enfermagem. *Texto contexto-enferm.* [periódico na Internet]. 2013 [acessado em 2019 Ago 28]; 22(4):1197-1204. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n4/39.pdf>
7. Macedo JP, Abreu MM, Fontenele MG, Dimenstein M. A regionalização da saúde mental e os novos desafios da reforma psiquiátrica brasileira. *Saúde soc. online* [periódico na Internet]. 2017 [acessado em 2018 Dez 08]; 26(1):155-170. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017165827>

8. Ferro LF, Mariotti MC, Holanda AF, Nimitz MA. Acompanhamento terapêutico em saúde mental: estrutura, possibilidades e desafios para a prática no SUS. *Rev. abordagem gestalt.* [periódico na Internet]. 2018. [acessado em 2018 Jul 06]; 24(1): 66-74. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1809-68672018000100008&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1809-68672018000100008&script=sci_abstract&tlng=pt)
9. Alberti S, Teixeira LC, Beteille IM, Rodrigues SWDM, Martinez CRBS. O acompanhamento terapêutico e a psicanálise: pequeno histórico e caso clínico. *Rev. latinoam. psicopatol. fundam.* [periódico na Internet]. 2017 [acessado em 2018 Dez 12]; 20 (1): 128-141. Disponível em : <http://dx.doi.org/10.1590/1415-4714.2017v20n1p128.9>
10. Jorge MSB, Diniz AD, Lima LL, Penha J C. Apoio matricial, projeto terapêutico singular e produção do cuidado em saúde mental. *Texto contexto-enferm.* [periódico na Internet]. 2015 [acessado em 2019 Abr 13]; 24(1): 112-120. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/714/71438421014.pdf>
11. Fertoni P, Pires DEP, Biff D, Scherer MDA. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. *Ciênc. saúde coletiva* [periódico na Internet]. 2015 [acessado em 2019 Jun 06]; 20(6): 1869-1878. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232015000601869&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232015000601869&script=sci_abstract&tlng=pt)
12. Anjos Filho NC, Souza AMPP. A percepção sobre o trabalho em equipe multiprofissional dos trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil. *Interface (Botucatu)* [periódico na Internet]. 2017 [acessado em 2018 Ago 01]; 21(60): 63-76. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832017000100063&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832017000100063&script=sci_abstract&tlng=pt)
13. Silva PA, Rocha SV, Santos LB, Santos CA, Amorim CR, Vilela ABA. Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados entre idosos de um município do Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* [periódico na Internet]. 2018 [acessado em 2019 Out 10]; 23(2): 639-646. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018232.12852016>
14. Vasconcelos MGF, Jorge MSSB, Catrib AMF, Bezerra IC, Franco TB. Projeto terapêutico em saúde mental: práticas e processos nas dimensões constituintes da atenção psicossocial. *Interface (Botucatu)* [periódico na Internet]. 2016 [acessado em 2019 Jan 02]; 20 (57): 313-23. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0231>
15. Sampieri RH, Collado CF, Lucio PB. Metodologia de pesquisa. 5ª ed. Porto Alegre: Penso; 2013.
16. Minayo MCS, Deslandes SF, Neto OC, Gomes R, Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 18ª ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2001.
17. Taquette SR. Análise de dados de pesquisa qualitativa em saúde. *CIAIQ* [periódico na internet]. 2016 [acessado 2018 Ago 01]. Disponível em: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/790/777>
18. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*. 12 dez.
19. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 580, de 22 de março de 2018. *Diário Oficial da União*. 22 mar.
20. Gaino LV, Souza J, Cirineu CT, Tulimosky TD. O conceito de saúde mental para profissionais de saúde: um estudo transversal e qualitativo. *SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool E Drogas (Edição Em Português)* [periódico na Internet]. 2018 [acessado em 2019 Out 23]; 14(2): 524-533. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2018.149449>

21. Neto CGS, Barbosa IS. Estratificação de risco das condições crônicas na atenção primária à saúde: a contribuição da psicologia. *SANARE* [periódico na Internet]. 2018 [acessado em 2019 Out 15]; 17(1):06-14. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1217>
22. Rocha HA, Santos AF, Reis IA, Santos MAC, Cherchiglian ML. Saúde mental na atenção básica: uma avaliação por meio da Teoria da Resposta ao Item. *Rev. Saúde Pública* [periódico na Internet]. 2018 [acessado em 2019 Set 14]; 52(17). Disponível em: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000051>
23. Silveira Filho RM, Santos AM, Carvalho RM, Santos AM, Carvalho JA, Almeida PF. Ações da comissão intergestores regional para gestão compartilhada de serviços especializados no Sistema Único de Saúde. *Physis* [periódico na Internet]. 2016 [acessado em 2019 Set 25]; 26(3):853-878. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312016000300008>
24. Moreira MIB, Ocnocko-Campos RT. Ações de saúde mental na rede de atenção psicossocial pela perspectiva dos usuários. *Saúde Soc.* [periódico na Internet]. 2017 [acessado em 2018 Nov 14]; 26(2): 462-474. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v26n2/1984-0470-sausoc-26-02-00462.pdf>
25. Brasil. Portaria 1.645, de 02 de outubro de 2015. Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). *Diário Oficial da União*. 02 out.
26. Rotoli A, Silva MRS, Santos AM, Oliveira AMN, Gomes GC. Saúde mental na atenção primária: desafios para a resolutividade das ações. *Esc. Anna Nery* [periódico na Internet]. 2019 [acessado em 2019 Set 27]; 23(2). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2018-0303>
27. Melo EA, Miranda L, Silva AM, Limeira RMN. Dez anos dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf): problematizando alguns desafios. *Saúde Debate* [periódico na Internet]. 2018 [acessado em 2019 Set 26]; 42(1):328-340. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/sdeb/2018.v42nspe1/328-340/pt>
28. Peruzzo HE, Bega AG, Lopes APAT, Haddad MCFL, Peres AM, Marcon SS. Os desafios de se trabalhar em equipe na estratégia saúde da família. *Esc. Anna Nery* [periódico na Internet]. 2018 [acessado em 2019 Set 18]; 22(4). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0372>
29. Cunha AC, Pio DAM. Acompanhamento terapêutico: concepções e possibilidades em serviços de saúde mental. *Psico. cienc. prof.* [periódico na Internet]. 2017 [acessado em 2019 Set 19]; 37(3): 638-651. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3703000092016>
30. Souza FSP, Jorge MSB. O retorno da centralidade do hospital psiquiátrico: retrocessos recentes na política de saúde mental. *Trab. educ. saúde* [periódico na Internet]. 2019 [acessado em 2019 Fev 14]; 17(1): e0017201. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1981-77462019000100501&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1981-77462019000100501&lng=pt&nrm=iso)



## ANEXO 6 - TERMOS PARA SUBMISSÃO DE ARTIGO NA REVISTA

### Instruções para colaboradores

*Ciência & Saúde Coletiva* publica debates, análises e resultados de investigações sobre um tema específico considerado relevante para a saúde coletiva; e artigos de discussão e análise do estado da arte da área e das subáreas, mesmo que não versem sobre o assunto do tema central. A revista, de periodicidade mensal, tem como propósitos enfrentar os desafios, buscar a consolidação e promover uma permanente atualização das tendências de pensamento e das práticas na saúde coletiva, em diálogo com a agenda contemporânea da Ciência & Tecnologia

### Orientações para organização de números temáticos

A marca da Revista *Ciência & Saúde Coletiva* dentro da diversidade de Periódicos da área é o seu foco temático, segundo o propósito da ABRASCO de promover, aprofundar e socializar discussões acadêmicas e debates inter pares sobre assuntos considerados importantes e relevantes, acompanhando o desenvolvimento histórico da saúde pública do país.

Os números temáticos entram na pauta em quatro modalidades de demanda:

- Por Termo de Referência enviado por professores/pesquisadores da área de saúde coletiva (espontaneamente ou sugerido pelos editores-chefes) quando consideram relevante o aprofundamento de determinado assunto.
- Por Termo de Referência enviado por coordenadores de pesquisa inédita e abrangente, relevante para a área, sobre resultados apresentados em forma de artigos, dentro dos moldes já descritos. Nessas duas primeiras modalidades, o Termo de Referência é avaliado em seu mérito científico e relevância pelos Editores Associados da Revista.
- Por Chamada Pública anunciada na página da Revista, e sob a coordenação de Editores Convidados. Nesse caso, os Editores Convidados acumulam a tarefa de selecionar os artigos conforme o escopo, para serem julgados em seu mérito por pareceristas.
- Por Organização Interna dos próprios Editores-chefes, reunindo sob um título pertinente, artigos de livre demanda, dentro dos critérios já descritos.

O Termo de Referência deve conter: (1) título (ainda que provisório) da proposta do número temático; (2) nome (ou os nomes) do Editor Convidado; (3) justificativa resumida em um ou dois parágrafos sobre a proposta do ponto de vista dos objetivos, contexto, significado e relevância para a Saúde Coletiva; (4) listagem dos dez artigos propostos já com nomes dos autores convidados; (5) proposta de texto de opinião ou de entrevista com alguém que tenha relevância na discussão do assunto; (6) proposta de uma ou duas resenhas de livros que tratem do tema.

Por decisão editorial o máximo de artigos assinados por um mesmo autor num número temático não deve ultrapassar três, seja como primeiro autor ou não.

Sugere-se enfaticamente aos organizadores que apresentem contribuições de autores de variadas instituições nacionais e de colaboradores estrangeiros. Como para qualquer outra modalidade de apresentação, nesses números se

aceita colaboração em espanhol, inglês e francês.

### **Recomendações para a submissão de artigos**

Recomenda-se que os artigos submetidos não tratem apenas de questões de interesse local, ou se situe apenas no plano descritivo. As discussões devem apresentar uma análise ampliada que situe a especificidade dos achados de pesquisa ou revisão no cenário da literatura nacional e internacional acerca do assunto, deixando claro o caráter inédito da contribuição que o artigo traz.

Especificamente em relação aos artigos qualitativos, deve-se observar no texto – de forma explícita – interpretações ancoradas em alguma teoria ou reflexão teórica inserida no diálogo das Ciências Sociais e Humanas com a Saúde Coletiva.

A revista *C&SC* adota as “Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas”, da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na *Rev Port Clin Geral* 1997; 14:159-174. O documento está disponível em vários sítios na World Wide Web, como por exemplo, [www.icmje.org](http://www.icmje.org) ou [www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf](http://www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf). Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta.

### **Seções da publicação**

**Editorial:** de responsabilidade dos editores chefes ou dos editores convidados, deve ter no máximo 4.000 caracteres com espaço.

**Artigos Temáticos:** devem trazer resultados de pesquisas de natureza empírica, experimental, conceitual e de revisões sobre o assunto em pauta. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres.

**Artigos de Temas Livres:** devem ser de interesse para a saúde coletiva por livre apresentação dos autores através da página da revista. Devem ter as mesmas características dos artigos temáticos: máximo de 40.000 caracteres com espaço, resultarem de pesquisa e apresentarem análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área.

**Artigos de Revisão:** Devem ser textos baseados exclusivamente em fontes secundárias, submetidas a métodos de análises já teoricamente consagrados, temáticos ou de livre demanda, podendo alcançar até o máximo de 45.000 caracteres com espaço.

**Opinião:** texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres com espaço.

**Resenhas:** análise crítica de livros relacionados ao campo temático da saúde coletiva, publicados nos últimos dois anos, cujo texto não deve ultrapassar 10.000 caracteres com espaço. Os autores da resenha devem incluir no início do texto a referência completa do livro. As referências citadas ao longo do texto devem seguir as mesmas regras dos artigos. No momento da submissão da resenha os autores devem inserir em anexo no sistema uma reprodução, em alta definição da capa do livro em formato jpeg.

**Cartas:** com apreciações e sugestões a respeito do que é publicado em números anteriores da revista (máximo de 4.000 caracteres com espaço).

Observação: O limite máximo de caracteres leva em conta os espaços e inclui da palavra introdução e vai até a última referência bibliográfica. O resumo/abstract e as ilustrações (figuras/ tabelas e quadros) são considerados à parte.

### **Apresentação de manuscritos**

#### **Não há taxas e encargos da submissão**

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final dos artigos.
2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico (<http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>) segundo as orientações do site.
3. Os artigos publicados serão de propriedade da revista *C&SC*, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.
4. Os artigos submetidos à *C&SC* não podem ser propostos simultaneamente para outros periódicos.
5. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).
6. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que possam identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos.
7. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade dos autores.
8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem estar organizados com numeração progressiva, mas com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem etc.).
9. O título deve ter 120 caracteres com espaço e o resumo/abstract, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo a palavra resumo até a última palavra-chave), deve explicitar o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica e os resultados do estudo ou investigação. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo, cinco (5) palavras-chave. palavras-chave/key words. Chamamos a atenção para a importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor pelo artigo, e das palavras-chave, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo. As palavras-chaves na língua original e em inglês devem constar obrigatoriamente no DeCS/MeSH

(<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/>e <http://decs.bvs.br/>).

10. Passa a ser obrigatória a inclusão do ID ORCID no momento da submissão do artigo. Para criar um ID ORCID acesse: <http://orcid.org/content/initiative>

### **Autoria**

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) a concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada. As contribuições individuais de cada autor devem ser indicadas no final do texto, apenas pelas iniciais (ex. LMF trabalhou na concepção e na redação final e CMG, na pesquisa e na metodologia).

2. O limite de autores no início do artigo deve ser no máximo de oito. Os demais autores serão incluídos no final do artigo.

### **Nomenclaturas**

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura de saúde pública/saúde coletiva, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.

2. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

### **Ilustrações e Escalas**

1. O material ilustrativo da revista *C&SC* compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em apenas uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo seja colorido, será convertido para tons de cinza.

2. O número de material ilustrativo deve ser de, **no máximo, cinco por artigo (com limite de até duas laudas cada)**, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático. Nesse caso os autores devem negociar com os editores-chefes.

3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.

4. As tabelas e os quadros devem ser confeccionados no programa Word ou Excell e enviados com título e fonte. OBS: No link do IBGE (<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907pdf>) estão as orientações para confeccionar as tabelas. Devem estar configurados em linhas e colunas, sem espaços extras, e sem recursos de "quebra de página". Cada dado deve ser inserido em uma célula separada. Importante: tabelas e quadros devem apresentar informações sucintas. As tabelas e quadros podem ter no

máximo 15 cm de largura X 18 cm de altura e não devem ultrapassar duas páginas (no formato A4, com espaço simples e letra em tamanho 9).

5. Gráficos e figuras podem ser confeccionados no programa Excel, Word ou PPT. O autor deve enviar o arquivo no programa original, separado do texto, em formato editável (que permite o recurso "copiar e colar") e também em pdf ou jpeg, TONS DE CINZA. Gráficos gerados em programas de imagem devem ser enviados em jpeg, TONS DE CINZA, resolução mínima de 200 dpi e tamanho máximo de 20cm de altura x 15 cm de largura. É importante que a imagem original esteja com boa qualidade, pois não adianta aumentar a resolução se o original estiver comprometido. Gráficos e figuras também devem ser enviados com título e fonte. As figuras e gráficos têm que estar no máximo em uma página (no formato A4, com 15 cm de largura x 20cm de altura, letra no tamanho 9).

6. Arquivos de figuras como mapas ou fotos devem ser salvos no (ou exportados para o) formato JPEG, TIF ou PDF. Em qualquer dos casos, deve-se gerar e salvar o material na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho possíveis (dentro do limite de 21cm de altura x 15 cm de largura). Se houver texto no interior da figura, deve ser formatado em fonte Times New Roman, corpo 9. Fonte e legenda devem ser enviadas também em formato editável que permita o recurso "copiar/colar". Esse tipo de figura também deve ser enviado com título e fonte.

7. Os autores que utilizam escalas em seus trabalhos devem informar explicitamente na carta de submissão de seus artigos, se elas são de domínio público ou se têm permissão para o uso.

### **Agradecimentos**

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências bibliográficas.

2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.

3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente dos outros tipos de contribuição.

### **Referências**

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão *et al.*

2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo:

ex. 1: "Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF" <sup>11</sup> ...

ex. 2: "Como alerta Maria Adélia de Souza <sup>4</sup>, a cidade..."

As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.

3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *Requisitos uniformes para*

*manuscritos apresentados a periódicos biomédicos*([http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html)).

4. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>).

5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.

Exemplos de como citar referências

### **Artigos em periódicos**

1. Artigo padrão (**incluir todos os autores sem utilizar a expressão *et al.***)  
Pelegri ML, Castro JD, Drachler ML. Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência no Rio Grande do Sul, Brasil. *Cien Saúde Colet* 2005; 10(2):275-286.

Maximiano AA, Fernandes RO, Nunes FP, Assis MP, Matos RV, Barbosa CGS, Oliveira-Filho EC. Utilização de drogas veterinárias, agrotóxicos e afins em ambientes hídricos: demandas, regulamentação e considerações sobre riscos à saúde humana e ambiental. *Cien Saúde Colet* 2005; 10(2):483-491.

2. Instituição como autor  
The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164(5):282-284

3. Sem indicação de autoria  
Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84:15.

4. Número com suplemento  
Duarte MFS. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. *Cad Saúde Pública* 1993; 9(Supl. 1):71-84.

5. Indicação do tipo de texto, se necessário  
Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996; 347:1337.

### **Livros e outras monografias**

6. Indivíduo como autor  
Cecchetto FR. *Violência, cultura e poder*. Rio de Janeiro: FGV; 2004.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª Edição. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 2004.

7. Organizador ou compilador como autor  
Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes; 2004.

8. Instituição como autor  
Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA). *Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e afins*. Brasília: DILIQ/IBAMA; 2001.

9. Capítulo de livro

Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes a agrotóxicos. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. *É veneno ou é remédio*. Agrotóxicos, saúde e ambiente. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.

10. Resumo em Anais de congressos

Kimura J, Shibasaki H, organizadores. Recent advances in clinical neurophysiology. *Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology*; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

11. Trabalhos completos publicados em eventos científicos

Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In: *Anais do V Congresso Brasileiro de adolescência*; 1993; Belo Horizonte. p. 581-582.

12. Dissertação e tese

Carvalho GCM. *O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001* [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2002.

Gomes WA. *Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade: nível de informação de adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana – BA* [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.

**Outros trabalhos publicados**

13. Artigo de jornal

Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. *Jornal do Brasil*; 2004 Jan 31; p. 12

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).

14. Material audiovisual

*HIV+/AIDS: the facts and the future* [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

15. Documentos legais

Brasil. Lei n.º 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.

**Material no prelo ou não publicado**

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. In press 1996.

Cronenberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N. Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. *Arq Bras Oftalmol*. No prelo 2004.

**Material eletrônico**

16. Artigo em formato eletrônico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial on the Internet] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[about 24 p.].

Available from: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo epidemiológico do tracoma em comunidade da Chapada do Araripe – PE – Brasil. *Arq Bras Oftalmol* [periódico na Internet]. 2004 Mar-Abr [acessado 2004 Jul 12];67(2): [cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf>

17. Monografia em formato eletrônico

*CDI, clinical dermatology illustrated* [CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2ª ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

18. Programa de computador

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993.

Os artigos serão avaliados **através da Revisão de pares** por no mínimo três consultores da área de conhecimento da pesquisa, de instituições de ensino e/ou pesquisa nacionais e estrangeiras, de comprovada produção científica. Após as devidas correções e possíveis sugestões, o artigo será aceito se tiver dois pareceres favoráveis e rejeitado quando dois pareceres forem desfavoráveis.

[\[Home\]](#) [\[Sobre esta revista\]](#) [\[Corpo editorial\]](#) [\[Assinaturas\]](#)



Todo o conteúdo do periódico, exceto onde está identificado, está licenciado sob uma **Licença Creative Commons**

Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO)  
Av. Brasil, 4036 - sala 700 Manguinhos  
21040-361 Rio de Janeiro RJ - Brazil  
Tel.: +55 21 3882-9153 / 3882-9151



[cienciausaudecoletiva@fiocruz.br](mailto:cienciausaudecoletiva@fiocruz.br)



## APÊNDICES

## APÊNDICE 1 - Questionário da Pesquisa

Prezado profissional:

O projeto de pesquisa tem como objetivo investigar a organização da rede de atenção à saúde mental e sua participação culminará na contribuição para a reflexão e melhorias na organização do cuidado em saúde mental.

Questionário semiestruturado sobre a Rede de Saúde Mental:

1. Data de preenchimento do questionário: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ horário: \_\_\_: \_\_\_

2. Sexo: masculino ( ); feminino ( ); idade : \_\_\_\_\_

3. Escolaridade:

a) Ensino fundamental incompleto ( )

b) Ensino fundamental completo ( )

c) Ensino médio incompleto ( )

d) Ensino médio completo ( )

e) Ensino superior incompleto ( )

f) Ensino superior completo ( ) Qual formação: \_\_\_\_\_

g) Pós graduação ( ) descreva qual/quais: \_\_\_\_\_

4. Área de atuação: setor público ( ) setor privado ( )

5. Está vinculada a qual Secretaria ou serviço: \_\_\_\_\_

6. A quanto tempo atua neste serviço? \_\_\_\_\_

7. O seu município utiliza algum instrumento padronizado para estratificar o risco do usuário da atenção em saúde mental? Sim ( ); não ( ); às vezes ( );

Se “sim” como é utilizado? \_\_\_\_\_

Se “não” ou “às vezes”, por que isso acontece? \_\_\_\_\_

8. Seu município é beneficiado por Núcleo de Apoio a Saúde da Família - NASF?

Sim ( ); não ( )

Se “sim”, descreva como é realizado o trabalho do NASF no seu município no que se refere à atenção em saúde mental?

Se “não”, descreva onde o usuário da saúde mental é encaminhado/atendido, e que profissional presta o atendimento

9. A proposta da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é promover atendimento integral estabelecendo pontos como a Unidade Básica de Saúde, Centro de Atenção Psicossocial, serviço social – CRAS-CREAS, Educação, Esporte, Cultura e demais dispositivos, para atender de forma aberta e comunitária o usuário do SUS da atenção em saúde mental.

9.1 Existe uma rede de atenção à saúde que atende o usuário com transtorno mental, formal-informal estabelecida no seu município? Sim( ); Não( )

9.2 Você se comunica com os demais pontos da rede? Sim( ); Não( ); às vezes( ).

Se “sim”, como é realizada a comunicação, existe algum instrumento de referência e contrarreferência? \_\_\_\_\_

Se “não” ou “às vezes” por que isso acontece? \_\_\_\_\_

10. Como você realiza/ e que instrumento utiliza no acompanhamento terapêutico do usuário da atenção em saúde mental no seu território de atuação?

## APÊNDICE 2 - Autorização para coleta de dados para pesquisa científica



### AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS PARA PESQUISA CIENTÍFICA

A pesquisadora da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), Nível Mestrado em Biociências e Saúde, Marcia Makiyama e orientadora Gicelle Galvan Machineski, apresentam o projeto de pesquisa intitulado “Rede de cuidado em saúde mental em uma regional de saúde do Paraná”. O tema central dessa proposta é investigar o acompanhamento terapêutico do portador de transtorno mental no território de atuação.

A pesquisa quantitativa com perfil descritivo, exploratório para a caracterização dos serviços de saúde mental, sendo que serão realizadas análises descritivas para as variáveis categóricas e de tendência central (mediana e média) e de variabilidade (desvio-padrão) para as variáveis contínuas. Na abordagem qualitativa, será utilizado um questionário aplicado aos profissionais dos serviços de saúde mental. Os achados do estudo poderão subsidiar os profissionais de saúde, espera-se contribuir para melhorar o atendimento ao usuário dos serviços de saúde mental e esclarecer a prática do cuidado em saúde mental entre os profissionais de saúde envolvidos no processo da coordenação do cuidado.

Assim, solicitamos a autorização para a realização da coleta de dados.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018.  
(município) (dia) (mês)

\_\_\_\_\_

## APÊNDICE 3 - Termo de consentimento livre e esclarecido – tcle



### Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE

CCBS - *Campus* de Cascavel

Programa de Pós-Graduação em Biociências e Saúde – Mestrado

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

BASEADO NAS DIRETRIZES CONTIDAS NA RESOLUÇÃO CNS Nº466/2012.

Prezado (a) Senhor (a) esta pesquisa é sobre “Rede de cuidado em saúde mental em uma regional de saúde do Paraná” está sendo desenvolvida por Marcia Makiyama, do Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Biociências e Saúde da Universidade do Oeste do Paraná, sob a orientação do(a) Prof(a) Dr(a) Gicelle Galvan Machineski. O objetivo do estudo é investigar o trabalho de rede em saúde mental nos 25 municípios da 10<sup>o</sup> Regional de Saúde do Paraná. A finalidade deste trabalho é contribuir para a reflexão e melhorias na organização do cuidado em saúde mental, o que trará benefícios para a clientela atendida nos serviços da rede. Além de auxiliar na elaboração de políticas para a atenção em saúde mental. Solicitamos a sua colaboração para responder o questionário com 10 perguntas abertas e fechadas, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica nacional e/ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo absoluto. Informamos que essa pesquisa poderá ocasionar possíveis desconfortos devido à dificuldade de responder algumas perguntas, e caso ocorra algum desconforto ou alteração clínica, o participante poderá ser encaminhado para atendimento na Unidade de Saúde. Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pela

Pesquisadora. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na Instituição (se for o caso). A pesquisador estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Ass: \_\_\_\_\_

Assinatura do participante, considerando, que fui informado (a) dos objetivos e da relevância do estudo proposto, de como será minha participação, dos procedimentos e riscos decorrentes deste estudo, declaro o meu consentimento em participar da pesquisa, como também concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científicos (divulgação em eventos e publicações).

Estou ciente que receberei uma via desse documento.

Cascavel, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Ass: \_\_\_\_\_

Assinatura da pesquisadora responsável.

Contato da Pesquisadora Responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para o (a) pesquisador (a) Marcia Makiyama-Telefone: 44-99838-7994 ou para o Comitê de Ética da Universidade do Oeste do Paraná -Endereço: R. Universitária, 2069 - Universitário, Cascavel - PR, 85819-110, telefone (45) 3220-3000. E-mail: macmaki@gmail.