



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ - UNIOESTE
CAMPUS FOZ DO IGUAÇU
CENTRO DE EDUCAÇÃO, LETRAS E SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA EM
REGIÃO DE FRONTEIRA - MESTRADO

Lucas Renato Rampim Latrônico

**A Política Nacional de Saúde Mental e a utilização da Prática Baseada em
Evidências por Psicólogos: um estudo nos Centros de Atenção Psicossocial localizados
na Faixa de Fronteira do Paraná**

Orientadora: Prof^ª Dra. Denise Rissato

Foz do Iguaçu - PR

2025

Lucas Renato Rampim Latrônico

A Política Nacional de Saúde Mental e a utilização da Prática Baseada em Evidências por Psicólogos: um estudo nos Centros de Atenção Psicossocial localizados na Faixa de Fronteira do Paraná

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública em Região de Fronteira - Mestrado, do Centro de Educação Letras e Saúde, da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Área de concentração: Saúde Pública em Região de Fronteira

Orientadora: Prof^ª Dra. Denise Rissato

Foz do Iguaçu - PR

2025

FICHA CATALOGRÁFICA:

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

Latrônico, Lucas

A Política Nacional de Saúde Mental e a utilização da Prática Baseada em Evidências por Psicólogos: um estudo nos Centros de Atenção Psicossocial localizados na Faixa de Fronteira do Paraná / Lucas Latrônico; orientadora Denise Rissato. -- Foz do Iguaçu, 2025.

114 p.

Dissertação (Mestrado Acadêmico Campus de Foz do Iguaçu) -- Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Centro de Educação, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública em Região de Fronteira, 2025.

1. Prática Clínica Baseada em Evidências. 2. Centro de Atendimento Psicossocial. 3. Saúde em Fronteira. I. Rissato, Denise, orient. II. Título.

LATRÔNICO, L. R. R. A Política Nacional de Saúde Mental e a utilização da Prática Baseada em Evidências por Psicólogos: um estudo nos Centros de Atenção Psicossocial localizados na Faixa de Fronteira do Paraná. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública em Região de Fronteira) – Centro de Educação, Letras e Saúde, Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Foz do Iguaçu, 2025.

Aprovado em: ___/___/_____

Prof. Dr. _____

Instituição _____

Julgamento _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____

Julgamento _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____

Julgamento _____

AGRADECIMENTOS

Primeiramente meus agradecimentos vão para a minha rede de apoio. Minha futura esposa, meus pais e minha irmã. Em seguida, agradeço a instituição, o programa de mestrado e minha orientadora, por me proporcionarem essa conquista.

Agradeço (ao universo) todos os dias por ter ao meu lado uma pessoa brilhante, dedicada, carinhosa e acolhedora. Boa parte da minha motivação vem de poder desabafar com ela, pois ela escuta, me acolhe e depois me dá um empurrãozinho necessário para continuar. Te amo Izabeli meu grande amor, não vejo a hora de passarmos o resto das nossas vidas juntos.

Agradeço aos meus pais, por sempre me incentivaram a buscar conhecimento, por estarem sempre na minha retaguarda caso eu tropece, por me darem exemplo do que é trabalhar com esmero, responsabilidade e consistência. Renato e Marlene, amo vocês meus lindos, tenho muito orgulho de ser filho de vocês.

Agradeço também à minha irmã. Desde que me conheço por gente você é minha referência, o fato de você ser mestre sempre foi uma inspiração para mim. Sei que independentemente do que eu precisar, você sempre estará pra me ajudar a conseguir. Obrigado por existir Fer, e obrigado por aumentar minha rede de apoio, admiro e amo o barco que você criou com Nicholas e espero conseguir ser referência para a Eduarda e Cecília. Amo você lindinha.

Agradeço a Unioeste Campus Foz do Iguaçu por ser uma universidade referência na região, por ter batalhado para criar e sustentar programas de mestrados como o que eu tive o prazer de fazer parte.

Agradeço o Programa de Saúde Pública em Região de Fronteira. O conhecimento que obtive, as amizades que fiz e o desenvolvimento acadêmico que adquiri são graças ao trabalho duro realizado pelo colegiado do programa.

Por último, gostaria de agradecer à minha orientadora Denise Rissato, desde a primeira vez que comentei sobre meu projeto (quando ainda era aluno especial), ela demonstrou interesse, apostou na ideia, me mostrou o caminho a seguir, me deu liberdade para trabalhar ao mesmo tempo que me cobrou quando era para ser cobrado. Obrigado pelo apoio e oportunidade prof.

RESUMO

LATRÔNICO, L. R. R. **A Política Nacional de Saúde Mental e a utilização da Prática Baseada em Evidências por Psicólogos: um estudo nos Centros de Atenção Psicossocial localizados na Faixa de Fronteira do Paraná.** Dissertação (Mestrado em Saúde Pública em Região de Fronteira) – Centro de Educação, Letras e Saúde, Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Foz do Iguaçu, 2025.

A Prática Baseada em Evidência é um paradigma que defende a ideia que a prática em saúde deva ser baseada em ciência. Para que isso ocorra, o profissional deve equilibrar três dimensões: sua própria expertise; melhor evidência disponível e particularidades do usuário. Nos Centros de Atenção Psicossociais localizados na faixa de fronteira do Paraná, profissionais da saúde mental, entre eles, psicólogos, oferecem e realizam tratamento para os usuários da instituição. Este trabalho teve como objetivo identificar a utilização da Prática Baseada em Evidências por psicólogos dos Centros de Atenção Psicossocial em faixa de fronteira do Paraná. Para tanto, foi realizado um estudo de abordagem qualitativa, de natureza aplicada, com objetivos de pesquisa descritivos e explicativos e procedimento de levantamento de campo (surveys), utilizando como método de análise Núcleos de Significação. Cinco municípios participaram da pesquisa e o número total de participantes foi de 19, onze coordenadores de equipamento e oito psicólogos. Após análise das entrevistas, foram sintetizados cinco núcleos de significação: (1) Aspectos relacionados à efetividade da Política Nacional de Saúde Mental; (2) Variáveis que influenciam na execução do serviço; (3) Conhecimento e aplicação da PBE na equipamento; (4) Dimensões da PBE e sua aplicabilidade nos tratamentos em saúde pública e (5) Nível de influência da região de fronteira nos atendimentos. Cada núcleo de significação representa temas e posicionamentos apresentados pelos entrevistados, foram eles: (1) A Política Nacional de Saúde Mental é pouco efetiva por causa da relação ruim a atenção primária e falta de hospitais de internamento; (2) Os fatores que influenciam no serviço do Centro de Atenção Psicossocial são faltam profissionais da equipamento, estrutura física é precária, articulação com a atenção primária é ruim, a equipe de profissionais é boa, impacto gerado nos pacientes é positivo e outros fatores; (3) nível precário de conhecimento da PBE, não conhecimento da Lei nº 12.401 e contradição sobre utilização (ou não) da PBE na equipamento; (4) Particularidades do paciente como dimensão mais importante, a PBE como uma necessidade e a Prática Baseada em Evidências como uma proposta inválida para o setor público; (5) contradições em relação a influência da fronteira nos atendimentos e na maioria das equipamentos não atendem estrangeiros. Concluindo, é possível concluir que o objetivo do estudo foi alcançado, evidenciando que, apesar dos avanços trazidos pela PNSM, a mesma necessita de revisões no sentido de aprimorar o processo de formação continuada dos profissionais e de ampliar a infraestrutura física e material do CAPS de modo a equipá-los para atender as demandas atualmente existentes. Com relação à utilização da PBE pelos psicólogos dos CAPS, verificou-se que os mesmos não a conhecem e não a utilizam em seus atendimentos. Por fim, constatou-se que os CAPS pesquisados, apesar de sua localização em faixa de fronteira, em sua maioria, não atendem frequentemente a estrangeiros.

Palavras-chave: Prática Clínica Baseada em Evidências; Centro de Atendimento Psicossocial; Saúde em Fronteira.

ABSTRACT

LATRÔNICO, L. R. R. **The National Mental Health Policy and the use of Evidence-Based Practice by Psychologists: A study in the Psychosocial Care Centers located in the Border Region of Paraná.** Dissertation (Master's in Public Health in Border Regions) - Center for Education, Letters, and Health, State University of Western Paraná, Foz do Iguacu, 2025.

Evidence-Based Practice (EBP) is a paradigm that advocates for health practices to be grounded in science. For this to occur, the professional must balance three dimensions: their own expertise, the best available evidence, and the user's specific needs. In the Psychosocial Care Centers (CAPS) located in the border region of Paraná, mental health professionals, including psychologists, provide and carry out treatment for the institution's users. The aim of this study was to identify the use of Evidence-Based Practice by psychologists in the Psychosocial Care Centers in the border region of Paraná. A qualitative study with an applied nature, descriptive and explanatory research objectives, and field survey procedures was conducted, using Meaning Units as an analysis method. Five municipalities participated in the study, with a total of 19 participants: eleven equipment coordinators and eight psychologists. After analyzing the interviews, five meaning units were synthesized: (1) Aspects related to the effectiveness of the National Mental Health Policy; (2) Variables influencing service delivery; (3) Knowledge and application of EBP in the center; (4) Dimensions of EBP and its applicability in public health treatments; and (5) The level of influence of the border region on care delivery. Each meaning unit represents themes and positions presented by the interviewees, as follows: (1) The National Mental Health Policy is not very effective due to the poor relationship with primary care and lack of inpatient hospitals; (2) Factors influencing the service at the Psychosocial Care Center include lack of professionals, poor physical infrastructure, poor integration with primary care, good professional team, positive impact on patients, and other factors; (3) Low level of knowledge of EBP, lack of knowledge of Law No. 12,401, and contradictions regarding the use (or non-use) of EBP at the center; (4) Patient characteristics as the most important dimension, EBP as a necessity, and Evidence-Based Practice as an invalid proposal for the public sector; (5) Contradictions regarding the influence of the border on care delivery, with most centers not serving foreigners. In conclusion, the study achieved its objective, highlighting that, despite the progress brought by the National Mental Health Policy, it needs revisions to improve the ongoing training process of professionals and to expand the physical and material infrastructure of the CAPS to equip them to meet current demands. Regarding the use of EBP by psychologists in CAPS, it was found that they are neither familiar with nor utilize it in their care practices. Finally, it was observed that the CAPS studied, despite their location in a border region, do not frequently serve foreigners.

Keywords: Evidence-Based Clinical Practice; Psychosocial Care Center; Border Health.

RESUMEN

LATRÔNICO, L. R. R. **La Política Nacional de Salud Mental y el uso de la Práctica Basada en Evidencias por Psicólogos: un estudio en Centros de Atención Psicosocial ubicados en la Región Fronteriza de Paraná.** Dissertation (Master in Public Health) – Center for Education, Literature and Health, State University of Western Paraná, Foz do Iguaçu, 2025.

La Práctica Basada en la Evidencia es un paradigma que defiende la idea de que la práctica sanitaria debe basarse en la ciencia. Para que esto suceda, el profesional debe equilibrar tres dimensiones: su propia experiencia; mejor evidencia disponible y particularidades de los usuarios. En los Centros de Atención Psicosocial ubicados en la frontera de Paraná, profesionales de salud mental, entre ellos psicólogos, ofrecen y realizan tratamiento a los usuarios de la institución. Este estudio tuvo como objetivo identificar el uso de la Práctica Basada en Evidencias por psicólogos en Centros de Atención Psicosocial de la región fronteriza de Paraná. Para ello, se realizó un estudio cualitativo, de carácter aplicado, con objetivos de investigación descriptivos y explicativos y procedimiento de encuesta de campo, utilizando como método de análisis Núcleos de Sentido. En la investigación participaron cinco municipios y el número total de participantes fue de 19, once coordinadores de unidad y ocho psicólogos. Luego del análisis de las entrevistas se sintetizaron cinco significados centrales: (1) Aspectos relacionados con la efectividad de la Política Nacional de Salud Mental; (2) Variables que influyen en la ejecución del servicio; (3) Conocimiento y aplicación de la EBP en la unidad; (4) Dimensiones de la EBP y su aplicabilidad en los tratamientos de salud pública y (5) Nivel de influencia de la región fronteriza en la atención. Cada núcleo de significado representa temas y posiciones presentadas por los entrevistados, ellos fueron: (1) La Política Nacional de Salud Mental es poco efectiva debido a la mala relación con la atención primaria y la falta de hospitales de internación; (2) Los factores que influyen en la atención del Centro de Atención Psicosocial son la falta de profesionales en la unidad, la estructura física es precaria, la articulación con la atención primaria es deficiente, el equipo de profesionales es bueno, el impacto generado en los pacientes es positivo y otros factores; (3) bajo nivel de conocimiento del EBP, desconocimiento de la Ley nº 12.401 y contradicción en cuanto al uso (o no) del EBP en la unidad; (4) Las particularidades del paciente como dimensión más importante, la PBE como una necesidad y la Práctica Basada en Evidencia como una propuesta inválida para el sector público; (5) contradicciones respecto a la influencia de la frontera en los servicios y la mayoría de las unidades no atienden a extranjeros. En conclusión, es posible concluir que el objetivo del estudio fue alcanzado, demostrando que, a pesar de los avances traídos por el PNSM, éste necesita revisiones para mejorar el proceso de formación continua de los profesionales y ampliar la infraestructura física y material de los CAPS para dotarlos de capacidad para atender las demandas actuales. Respecto al uso de la EBP por parte de los psicólogos del CAPS, se encontró que no están familiarizados con ella y no la utilizan en su atención. Finalmente, se encontró que los CAPS encuestados, a pesar de su ubicación en zona fronteriza, en su mayoría no atienden frecuentemente a extranjeros.

Palabras Clave: Práctica Clínica Basada en la Evidencia; Centro de Atención Psicosocial; Salud Fronteriza.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | |
|--|----|
| Quadro 1 Busca da revisão sistemática..... | 20 |
| Figura 1 Diagrama de seleção de artigos para revisão sistemática..... | 22 |
| Quadro 2 Caracterização e síntese dos estudos selecionados na Revisão Sistemática..... | 25 |
| Quadro 3 Instrumentos de PBE “nível 1” adaptados a população brasileira..... | 46 |
| Figura 2 Municípios do Paraná situados em Faixa de Fronteira e número de CAPS..... | 52 |
| Figura 3 Municípios do Paraná situados em Faixa de Fronteira e participação na pesquisa... | 56 |
| Quadro 4 Aspectos relacionados à efetividade da Política Nacional de Saúde Mental..... | 58 |
| Quadro 5 Variáveis que influenciam na execução do serviço..... | 60 |
| Quadro 6 Conhecimento e aplicação da PBE na equipamento..... | 62 |
| Quadro 7 Dimensões da PBE e sua aplicabilidade nos tratamentos em saúde público..... | 64 |
| Quadro 8 Nível de influência da região de fronteira nos atendimentos..... | 66 |
| Quadro 9 Respostas sobre nível de conhecimento sobre PBE..... | 75 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|---|----|
| Tabela 1 Municípios enquadrados nos critérios de seleção e nível de participação..... | 52 |
| Tabela 2 Número de pré-indicadores e indicadores por entrevista..... | 57 |

LISTA DE SIGLAS

APA - American Psychological Association
BVS - Biblioteca Virtual em Saúde
CAPS - Centros de Atenção Psicossocial
CT - Comunidades Terapêuticas
EBPAS - Evidence-Based Practice Attitude Scale
EBPH - Evidence-Based Public Health
EBPQ - Evidence-Based Practice Questionnaire
EBP-KABQ - Evidence-Based Practice - knowledge, attitude, behavior questionnaire
EPIC - Educational Resources Information Center
EPSBE - Educação Baseada em Evidência
EVIPNet - Evidence-informed Policy Network
HS-EBP - Health Sciences–Evidence-Based Practice
LOAS - Leis Orgânicas do Sistema Único de Saúde
MP - Mobilidade Pendular
NASF-AB - Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica
OMS - Organização Mundial de Saúde
PBE - Prática Baseada em Evidências
PBEP - Prática Baseada em Evidências em Psicologia
PNSM - Política Nacional de Saúde Mental
PSBE - Promoção Baseada em Evidência
PSF'S - Programas de Saúde da Família
PTS - Projeto Terapêutico Singular
QUICK-EBP-VIK - Value, Implementation, and Knowledge of Evidence-Based Practice
RAPS - Rede de Atenção Psicossocial
SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SC - Saúde Coletiva
SMS - Secretarias Municipais de Saúde
SPBE - Saúde Pública Baseada em Evidências
SUS - Sistema Único de Saúde
TCC - Terapia Cognitiva Comportamental
UBS - Unidades Básicas de Saúde

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| 1. INTRODUÇÃO | 13 |
| 2. OBJETIVOS | 17 |
| 3. REVISÃO DE ESCOPO | 19 |
| 3.1. Questões da pesquisa da revisão de escopo | 19 |
| 3.2. Critérios de elegibilidade | 20 |
| 3.3. Fontes de informação para a revisão de escopo | 20 |
| 3.4. Coleta na base de dados, seleção e extração | 20 |
| 3.5. Síntese final da revisão de escopo | 22 |
| 3.6. Justificativa | 37 |
| 4. QUADRO TEÓRICO | 39 |
| 4.1. O direito e a política pública de saúde mental no Brasil | 39 |
| 4.2. Prática Baseada em Evidências em Saúde Pública | 42 |
| 4.3. Intervenções psicológicas em saúde pública no Brasil | 47 |
| 4.4. Cultura e Saúde mental em região de fronteira | 49 |
| 5. PERCURSOS METODOLÓGICOS | 51 |
| 5.1. Tipo do estudo | 51 |
| 5.2. Cenário do estudo | 51 |
| 5.3. População de estudo | 52 |
| 5.4. Critérios de Inclusão | 54 |
| 5.5. Critérios de Exclusão | 54 |
| 5.6. Coleta dos dados | 54 |
| 5.7. Variáveis do estudo | 55 |
| 5.8. Análise dos dados | 55 |
| 5.9. Questões éticas | 56 |
| 6. RESULTADOS | 56 |
| 7. DISCUSSÃO | 68 |
| 7.1 Análise intra núcleo | 68 |
| 7.2 Análise inter núcleo | 84 |
| 8. CONSIDERAÇÕES FINAIS | 86 |
| REFERÊNCIAS | 91 |
| APÊNDICE I - Roteiro de entrevista com coordenador(a) da unidade | 103 |
| APÊNDICE II - Roteiro de entrevista com psicólogo(a) da unidade | 105 |
| APÊNDICE III - TCLE | 107 |
| APÊNDICE IV - Parecer Consubstanciado do CEP | 112 |

1. INTRODUÇÃO

A Prática Baseada em Evidências (PBE) surgiu nos anos 1990 como um novo paradigma sobre a prática de clínica médica, no sentido de propor que tanto a identificação de um problema/demanda quanto às maneiras de solucioná-los devem se basear em tratamentos empiricamente sustentados (GUYATT *et al.*, 1992).

No campo da Psicologia, a *American Psychological Association* (APA) apresentou o conceito de Prática Baseada em Evidências em Psicologia (PBEP) no início da década de 2000, após anos de atuação da força-tarefa Divisão 12¹ que buscou estabelecer e classificar as melhores evidências científicas para os tratamentos empiricamente sustentados para cada tipo de transtorno mental. A PBEP afirma que a prática clínica para ser científica deve ser orientada por três componentes: melhor evidência possível; características, valores e contexto do paciente e perícia clínica - a relação entre essas três componentes leva a tomada de decisão clínica sobre como intervir na demanda do paciente. O terapeuta não está fazendo PBE se não levar os três elementos em consideração (LEONARDI, 2016; LEONARDI *et al.* 2023).

No Brasil, poucas pesquisas sobre o tema foram realizadas ao longo das últimas décadas, Kimura (2023) buscou categorizar produções sobre o uso da PBEP no país, sem delimitar data específica de busca, foram encontrados apenas 35 artigos. Segundo Alves *et al.* (2011) e Gomes (2021) a construção do conhecimento psicológico na área da saúde está em fase de construção e é perceptível que muitos profissionais que atuam na área possuem bases teóricas distintas, o que pode dificultar o avanço do conhecimento. É importante debater sobre práticas atuais de saúde mental no Brasil, pois o modelo que se tem hoje, é resultado de um processo histórico de luta contra desumanização da pessoa com transtorno mental (HIRDES, 2009).

¹A APA atualmente possui 51 divisões. Cada divisão tem como foco uma área, tema ou subdisciplinas da Psicologia. A divisão 12 se chama *Society of Clinical Psychology* (Sociedade de Psicologia Clínica) e tem como tema de interesse a prática, pesquisa, administração e estudo da Psicologia Clínica.

Nos anos 1980, as mobilizações sociais em favor da redemocratização no Brasil, recolocaram no debate popular e na pauta política diversas questões sociais negligenciadas pelo Estado e pela sociedade brasileira. Ademais, a intensa participação dos diversos setores da sociedade civil organizada e dos movimentos sociais populares tiveram um papel fundamental durante o processo constituinte, garantindo que o texto constitucional contemplasse uma série de mudanças e avanços no âmbito dos direitos humanos e sociais (PAIM, 2008; ILIBIO; VIEIRA, 2020). Na área da saúde, as conquistas, a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, foram muito significativas e tiveram como marco a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Dentre elas, pode-se destacar a implementação de uma política pública de saúde mental que passou a ser realizada pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), com o intuito de consolidar a reforma psiquiátrica, substituindo o modelo manicomial, baseado no modelo biomédico e de terapêutica medicamentosa, por um tratamento multiprofissional que favoreça a inserção social e o desenvolvimento livre e autônomo da pessoa em harmonia com a comunidade em que está inserida (BRASIL, 2001; HIRDES, 2009).

De acordo com Pitta (2011), a Lei nº 10.216/2001 foi um marco legal importantíssimo para o avanço da reforma psiquiátrica no Brasil, pois permitiu um processo gradual de substituição das instituições psiquiátricas tradicionais por um conjunto de cuidados extra-hospitalares com foco na saúde mental, situada geograficamente no território e em estreita articulação com outros setores da sociedade.

Para dar início à implementação do novo modelo assistencial, no ano seguinte, foi publicada a Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, pelo Ministério da Saúde, fomentando a regulamentação as modalidades de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS I, CAPS II e CAPS III) definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, suas características e a equipes multiprofissionais que deverão atuar em cada modalidade proposta. Além de médicos e enfermeiros, a legislação prevê que as equipes sejam compostas por psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, pedagogos ou outros profissionais necessários à operacionalização das atividades (BRASIL, 2002).

Duas décadas depois da criação do SUS, as avaliações apontavam persistentes dificuldades para efetivar o acesso à atenção integral à saúde em todo país, tendo em vista que a divisão da Atenção à Saúde em três níveis (primário, secundário e terciário) acabou favorecendo o atendimento descoordenado, o cuidado fragmentado e descontínuo e a baixa resolutividade dos serviços prestados à população. O Ministério da Saúde, visando garantir o acesso à atenção continuada, coordenada e integral aos serviços de saúde, resolve reorganizar os serviços de saúde em redes de atenção à saúde no âmbito do SUS, por meio da Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 (BRASIL, 2010).

No campo da saúde mental foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), pela Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, com o propósito de criar, ampliar e articular os pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS (BRASIL, 2011a)

De acordo com a referida legislação, a RAPS é constituída pelos seguintes equipamentos/serviços: (a) Atenção Básica (Unidades Básicas de Saúde; equipes de atenção básica para populações específicas e Centros de Convivência); (b) Atenção Psicossocial Especializada (Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades); (c) Serviço de Atendimento Nível de Urgência (SAMU 192; Sala de Estabilização; Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas; portas hospitalares de atenção à urgência/pronto-socorro e Unidades Básicas de Saúde, entre outros); (d) Atenção residencial de caráter transitório (Unidade de recolhimento e serviços de atenção em regime residencial); (e) Atenção hospitalar (Enfermaria especializada em hospital geral e serviço hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e/ou necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas; (f) Estratégias de desinstitucionalização (Serviços Residenciais Terapêuticos); e (g) Reabilitação psicossocial (Iniciativas de trabalho e geração de renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais) (BRASIL, 2011a).

Com a criação do SUS e implementação da nova política de saúde mental, a partir de 2002, cada vez mais, tem se expandido o campo de trabalho do profissional de psicologia no serviço público de saúde, em especial, nos CAPS. Um critério importante para identificar o impacto do CAPS na sociedade é a taxa de cobertura, que é calculada levando em conta o número de CAPS por 100 mil habitantes (BRASIL, 2010). Por exemplo, Macedo e Camargos (2022) identificaram uma correlação inversa entre as taxas de cobertura do CAPS e as internações hospitalares por transtornos mentais e comportamentais no estado de Minas Gerais.

Algumas questões, necessariamente, precisam ser levadas em consideração no momento de seleção da prática terapêutica, não apenas pelo psicólogo no CAPS, mas por qualquer profissional que realize procedimentos terapêuticos na saúde pública. De acordo com Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011, qualquer procedimento ou prática terapêutica realizada no âmbito do SUS, deve observar “as evidências científicas sobre a eficácia, a acurácia, a efetividade e a segurança do medicamento, produto ou procedimento objeto do processo, acatadas pelo órgão competente para o registro ou a autorização de uso” (BRASIL, 2011b, pág. 1).

Porém, durante a pandemia causada pela COVID-19 a partir de 2020, como analisado por Moraes (2022), a recomendação de tratamentos não empiricamente sustentados como o “tratamento precoce” foi realizado por seis estados de maneira integral, por outros oito municípios de maneira parcial, não tendo sido recomendado por 13 estados brasileiros - o que demonstra que mais da metade dos estados brasileiros não levaram em consideração evidência científica como um fator decisório em suas recomendações de práticas de saúde.

Apesar da PBE se tratar de uma abordagem de intervenção importante na área da saúde, uma vez que visa não somente garantir maior embasamento teórico-científico e precisão aos diagnósticos clínicos e às intervenções em saúde, mas que também considerar o contexto no qual vive o indivíduo atendido, assegurando-lhe um cuidado mais personalizado e humanizado. Contudo, alguns estudos apontam que esta concepção de atenção à saúde ainda é pouco difundida entre algumas áreas profissionais da saúde, sobretudo, no âmbito da saúde pública (SCHNEIDER; PEREIRA; FERRAZ, 2018; FERRETTI *et al.*, 2018; LEONARDI *et al.*, 2023).

A Saúde Pública Baseada em Evidências (SPBE) é um modelo que busca preencher a lacuna citada acima e tem como propósito auxiliar na tomada de decisão em saúde pública (PEREIRA; VEIGA, 2014).

Nesse sentido, é importante salientar que as evidências devem ser adaptadas para cada território e cabe aos profissionais de saúde identificar as particularidades da comunidade para oferecer um tratamento baseado em evidência para seus usuários (SCHNEIDER; PEREIRA; FERRAZ, 2020), o que pode se constituir em um desafio quando se leva em consideração a crescente demanda pelos serviços de saúde, as profundas desigualdades sociais que assolam o país, o número reduzido de profissionais, questões burocráticas inerentes ao modelo de gestão e organização institucional vigente no país, a formação e a concepção de saúde pública que orienta os profissionais e gestores públicos da saúde, além dos investimentos públicos insuficientes para a manutenção e expansão do SUS (ANDRADE; PEREIRA, 2020; LIMA, SAMPAIO; FERREIRA JUNIOR, 2023; ARAÚJO; TORRENTÉ, 2023; SILVEIRA *et al.*, 2024).

Algumas pesquisas realizadas no Brasil apontam que dentre os fatores que explicam a baixa utilização da PBE pelos profissionais na saúde pública destacam-se a elevada carga de trabalho, a falta de formação continuada e falta de apoio dos gestores dos serviços (SCHNEIDER; PEREIRA; FERRAZ, 2018; FERRETTI *et al.*, 2018; SILVA *et al.*, 2021).

Somando a isso, os profissionais de enfermagem tendem a usar mais a experiência profissional como base da intervenção do que evidências científicas e particularidades do paciente, eles percebem a importância do uso da PBE, porém tem dificuldade de aplicá-la (SCHNEIDER; PEREIRA; FERRAZ, 2018; FERRETTI *et al.*, 2018). Na área de Psicologia, acredita-se que isso também possa ocorrer, inclusive pelo fato da PBE ainda tratar-se de uma concepção de intervenção que vem sendo incorporada na maioria das áreas profissionais de saúde (LEONARDI *et al.*, 2023).

Assim, considerando o trabalho essencial do profissional de psicologia na atual política de saúde mental, as questões centrais que motivam a realização deste trabalho são: supondo que a política pública preconiza o uso de evidências científicas no tratamento em saúde mental e que os territórios de fronteira possuem uma dinâmica socioeconômica peculiar e se caracterizam por uma grande diversidade sociocultural, em que medida, a PBE tem sido adotada como paradigma norteador e concepção de cuidado pelos psicólogos que atendem nos CAPS? Qual a percepção dos psicólogos sobre a PBE? Quais os fatores que favorecem ou dificultam o uso da PBE nos CAPS em municípios situados na faixa de fronteira?

2. OBJETIVOS

Assim, esta pesquisa tem como objetivo analisar a utilização da Prática Baseada em Evidências pelos Psicólogos dos Centros de Atenção Psicossocial em faixa de fronteira do Paraná.

Mais especificamente, pretende-se:

- a) Conhecer a percepção dos psicólogos e coordenadores dos CAPS sobre a política de saúde mental vigente no país;
- b) Identificar e discutir os fatores políticos, institucionais e materiais que influenciam a execução do serviço oferecido e o uso da PBE no CAPS;
- c) Descrever o conhecimento e utilização da Prática Baseada em Evidências pelos profissionais do CAPS;
- d) Identificar a importância de cada dimensão da PBE no planejamento e execução dos tratamentos clínicos realizados pelos psicólogos;
- e) Verificar sob a perspectiva de profissionais entrevistados se a localização do serviço em faixa de fronteira tem influência sobre o modo como são planejados e executados os atendimentos psicológicos realizados no CAPS.

2.2 Organização do trabalho

Além desta introdução, na qual se fez uma breve contextualização das questões que nortearam a realização desta pesquisa, seus respectivos objetivos e uma apresentação sintética de como o presente trabalho foi organizado, esta dissertação contará com mais 6 capítulos.

Na seção 2 é apresentada uma revisão de escopo (*scoping review*) realizada com o objetivo de identificar uma visão geral do estado atual da pesquisa sobre a utilização da PBE na área da saúde, com ênfase no profissional de saúde mental que atua na saúde pública. Optou-se por realizar essa revisão não apenas para conhecer os estudos já realizados sobre o tema, a fim de avaliar a pertinência desta pesquisa, mas também para identificar artigos e trabalhos acadêmicos que possam subsidiar as discussões desta mesma.

Na seção 3 é apresentado o quadro teórico da pesquisa. Ele é dividido em quatro temas: O direito e a política pública de saúde mental no Brasil; Prática Baseada em Evidências em Saúde Pública; Intervenções psicológicas em saúde pública e Cultura e Saúde mental em região de fronteira. Os temas foram selecionados e apresentados ao leitor com o objetivo de contextualizá-lo ao tema da dissertação.

Na seção 4 o método e materiais são apresentados. É nesta parte que informações metodológicas da pesquisa são apresentadas, é preciso detalhar corretamente os procedimentos, teoria e escopo da pesquisa para que fique claro ao leitor o que, como e quando os dados foram coletados. Essa parte é essencial pois possibilita outros pesquisadores de replicar dados coletados nesta pesquisa.

Na seção 5 são apresentados os resultados coletados. Primeiramente é mostrado informações gerais sobre os equipamentos e participantes da pesquisa, em seguida são apresentados os principais achados obtidos com base nos dados das entrevistas. Nesta sessão não se faz interpretação dos dados, apenas expõe as evidências.

Na seção 6 a análise dos dados é realizada. Com base nos objetivos estabelecidos e resultados coletados, é apresentado o significado dos principais achados, se eles respondem os objetivos da pesquisa, como os dados se entrelaçam e como eles se relacionam com a literatura.

Na sétima e última seção são apresentadas as considerações finais. São brevemente retomados os objetivos e principais achados da pesquisa, em conjunto de possibilidade de generalização, implicações e impacto social e científico da pesquisa.

3. REVISÃO DE ESCOPO

Nesta seção é apresentada uma revisão de escopo realizada para identificar as pesquisas já realizadas sobre o emprego da Prática Baseada em Evidências na área de saúde mental no setor público, com o propósito de conhecer experiências, possibilidades, alcances, limites e desafios relacionados ao uso da PBE, que possam subsidiar a compreensão e as discussões dessa pesquisa, bem como, apontar lacunas a serem investigadas sobre o tema.

3.1. Questões da pesquisa da revisão de escopo

A questão que a revisão de escopo buscou responder foi: “O que influencia positivamente e negativamente o uso da Prática Baseada em Evidências por profissionais da área de saúde mental pública”. É importante destacar que pesquisar apenas o uso da PBE por psicólogos iria prejudicar a extração de dados, pois em outros países usam-se outros termos para delimitar a profissão, como por exemplo nos EUA que é comum usar o termo “clínico” quando se trata de atendimento pelo serviço público.

3.2. Critérios de elegibilidade

Foram selecionados apenas artigos produzidos nos últimos dez anos. Considerando que a PBE é uma realidade recente na área da Psicologia e está em constante inovação, é importante que os artigos estejam dentro desse período de tempo. Foram também selecionados apenas artigos em Inglês e Português.

3.3. Fontes de informação para a revisão de escopo

Escolheu-se utilizar a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

3.4. Coleta na base de dados, seleção e extração

As coletas de dados foram realizadas em fevereiro de 2024, sendo identificados 588 artigos. Após a extração do título, data, autor e resumos dos artigos, eles foram adicionados à plataforma *Rayyan*, um sistema em nuvem desenhado para auxiliar pesquisadores a realizarem revisões sistemáticas.

Após a leitura dos resumos, foram selecionados artigos que ajudam a responder a pergunta de pesquisa e que seguiam os seguintes critérios de inclusão e exclusão. Sobre “PBE”: precisa ser o objetivo principal do estudo; não basta ser citada no objetivo ou resultados; não basta ser o resultado principal da pesquisa; não basta ser uma intervenção que seja PBE e não basta ser apresentada como argumento para demonstrar relevância ao estudo. Sobre “Profissional de saúde mental”: precisa ser entrevistado, respondido formulário ou treinado, o profissional tem que fazer parte do objetivo principal, não basta estudar os pacientes ou instituições e não basta usar dados documentais (custos, tipo de tratamento, tipo de transtorno), o termo “psicólogo” não foi utilizado pois não se utiliza essa nomenclatura nos Estados Unidos, principalmente em terapeutas que atuam no setor público de saúde, foi escolhido portanto um termo mais abrangente para identificar a população. Sobre “Saúde pública”: precisa dar indícios no resumo que o contexto é comunitário, público ou o artigo precisa ser de uma revista sobre o tema e não basta ser artigo de opinião sobre implementação de programas de PBE.

Quadro 1 - Estratégia de busca da revisão de escopo

| Termo pesquisado | Descritores DeCS/MeSH |
|-------------------------------------|--|
| Saúde Pública Baseada em Evidências | ("assistência sanitária baseada em evidência" OR "assistência sanitária baseada em evidências" OR "atenção à saúde baseada em evidências" OR "atenção à saúde baseada na evidência" OR "cuidado à saúde baseado em evidências" OR "cuidados de saúde |

| | |
|-------------------------------|---|
| | <p>baseados em evidências" OR "cuidados de saúde baseados na evidência" OR "evidence based health care" OR "evidence based health care management" OR "evidence based healthcare" OR "evidence based healthcare management" OR "evidence based management, health care" OR "evidence based management, healthcare" OR "evidence based practice" OR "evidence-based health care" OR "evidence-based health cares" OR "evidence-based healthcare" OR "evidence-based healthcares" OR "evidence-based public health" OR "health care, evidence-based" OR "health cares, evidence-based" OR "healthcare, evidence-based" OR "healthcares, evidence-based" OR "saúde pública baseada em evidência" OR "saúde pública baseada em evidências" OR "saúde pública baseada na evidência")</p> <p>AND</p> |
| Profissionais de saúde mental | <p>("Mental Health Services" OR "Health Services, Mental" OR "Health Service, Mental" OR "Mental Health Service" OR "Service, Mental Health" OR "Services, Mental Hygiene" OR "Hygiene Service, Mental" OR "Hygiene Services, Mental" OR "Mental Hygiene Service" OR "Service, Mental Hygiene" OR "Mental Hygiene Services" OR "Services, Mental Health" OR "Serviços de Saúde Mental" OR "Centro de Atendimento Psicossocial" OR "Centros de Atendimento Psicossocial" OR "Centros de Atenção Psicossocial" OR "Núcleos de Atenção Psicossocial" OR "Serviço Residencial Terapêutico em Saúde Mental" OR "Serviços de Higiene Mental")</p> |

Fonte: elaborado pelos autores.

Foi identificado ao longo da leitura de resumos, que muitos artigos faziam propostas de como deveria ser a implementação da PBE no setor público, tais artigos respondiam parcialmente a pesquisa pois não focaram em como os profissionais de saúde utilizam a PBE, por isso a criação da regra que a pesquisa precisa ser diretamente com profissional da área de saúde mental.

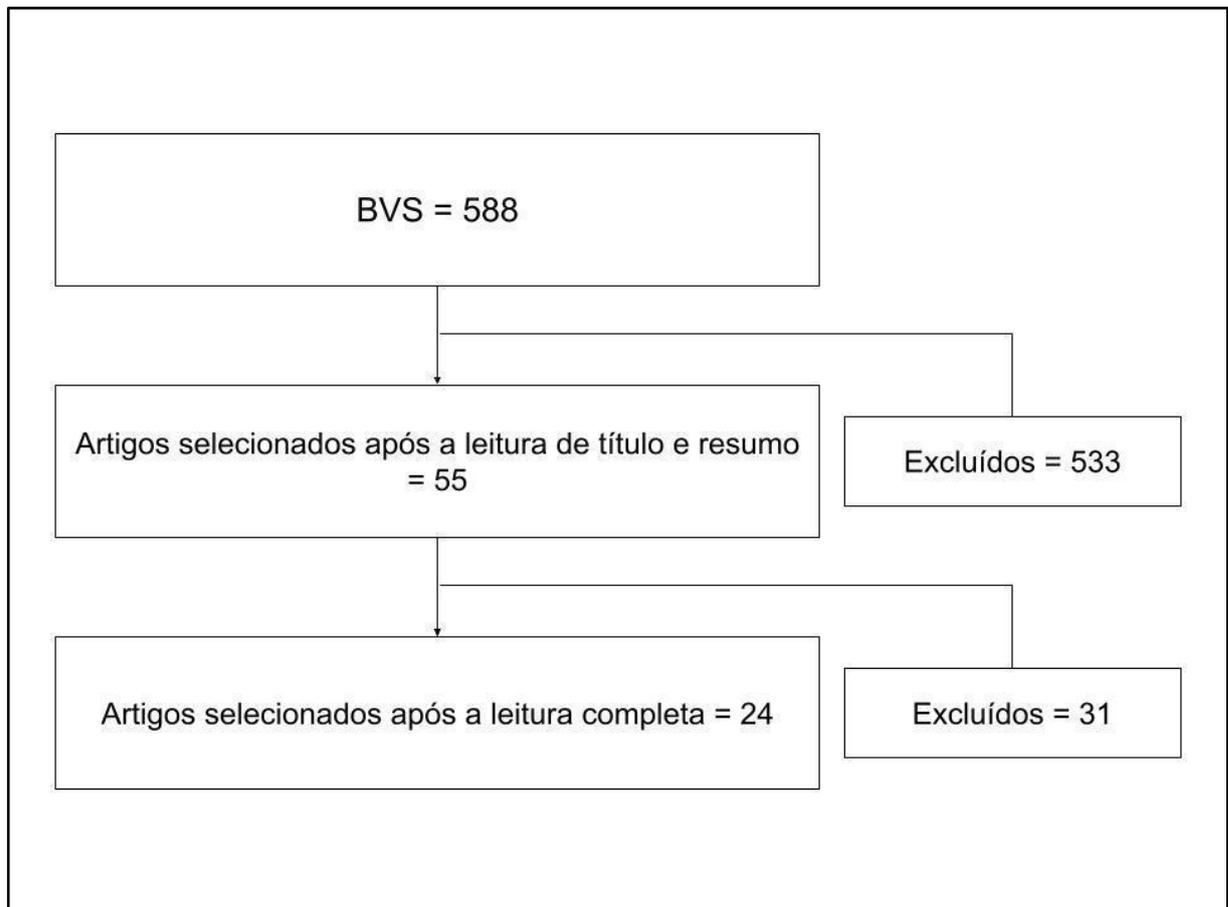
Outro ponto comum em vários artigos, era usar o termo PBE como argumento de alguma prática terapêutica, como a Terapia Cognitivo Comportamental, Terapia de Aceitação e Compromisso e Terapia Comportamental Dialética. O artigo dizia que estava investigando PBE, porém apenas estava investigando um tipo de terapia que é considerada empiricamente sustentada. Essas pesquisas não ajudam a responder a pesquisa da revisão, por isso não foram incluídas na pesquisa.

Para uma prática ser considerada PBE, ela precisa levar em consideração três pilares: melhor evidência disponível, expertise do terapeuta e particularidades do paciente, portanto a PBE é um paradigma, não um tipo de tratamento. Por exemplo, em um caso de um paciente

com Transtorno de Depressão Maior, o terapeuta (usando PBE) pode utilizar da Terapia Cognitiva Comportamental ou da Ativação Comportamental ao avaliar a dimensão da “melhor evidência disponível”, pois ambos tratamentos são empiricamente sustentados para esse tipo de transtorno (APA, 2023).

Um tratamento é chamado de empiricamente sustentado quando a Associação Americana de Psicologia, utilizando métodos de Chambless & Hollon (1998) ou Tolin (2015), identificam que tal tratamento tem evidência para um tipo de demanda específica (LEONARDI; MEYER, 2015). Portanto, o tratamento empiricamente sustentado pode fazer parte de uma prática baseada em evidências, porém ele não é uma prática baseada em evidências. Essa distinção é importante de ser feita e vários artigos pareciam ter dificuldade de fazê-la.

Figura 1 - Diagrama de seleção de artigos para revisão de escopo



3.5. Síntese final da revisão de escopo

Estabelecidos os artigos de revisão, foi realizada uma síntese das informações pertinentes à pesquisa (Quadro 2). Os dados selecionados para serem apresentados foram: ano;

autor; título da pesquisa; revista publicada; objetivo da pesquisa; fatores que auxiliam na utilização da PBE e fatores que dificultam a utilização da PBE.

Foram selecionados 24 artigos, 18 deles sendo publicados entre 2014 e 2018, e seis publicados entre 2019 e 2024. Sobre a localidade, a grande maioria das pesquisas foram realizadas nos Estados Unidos (n=22), com Inglaterra e Bahrain sendo localização de um artigo cada. Não foi encontrado nenhum artigo realizado no Brasil que preenchesse os critérios de seleção da revisão. Todos os artigos foram publicados em língua inglesa, na síntese os títulos estão em sua forma original, enquanto as outras informações estão traduzidas para o Português.

Em relação aos objetivos dos artigos, foram identificados três grupos de variáveis que eram associadas ao uso de PBE: Contexto, Terapeuta e Paciente. No grupo “Contexto” doze artigos se enquadram, essa variável representa pesquisas que buscam entender como o contexto institucional (ex. treinamentos e apoio da chefia) ou político (ex. diretrizes políticas, financiamento) influenciam a utilização da PBE. No grupo “Terapeuta”, encontra-se dez artigos, essa variável tem relação com percepções e características do terapeuta que podem influenciar na utilização da PBE. Já no grupo “Paciente”, apenas três artigos o compõem, essa variável tem relação com características e percepções dos pacientes que podem influenciar a utilização da PBE pelo terapeuta. É importante salientar que um artigo buscou avaliar tanto “Paciente”, quanto “Terapeuta”, portanto ele faz parte de ambos os grupos.

Quanto à pergunta principal da revisão, as categorizações mais relevantes foram “Auxilia no uso da PBE” e “Dificulta o uso da PBE”. Nem todo artigo apresentou informações em ambas as categorias (n=10), porém todos apresentaram em pelo menos uma delas.

Sobre o uso da PBE, foi identificado que auxilia a sua implementação: apoio da liderança em sua manutenção (n=4); atitudes positivas do terapeuta sobre a PBE (n=2); o treinamento de PBE ter consultoria disponível aos terapeutas (n=2); o terapeuta ter competência para encontrar evidências; possibilidade de adaptar o tratamento às necessidades do paciente; cooperação, coordenação e comunicação dentro da instituição; ter experiência clínica considerada na organização do tratamento; parcerias políticas e acadêmicas; formação continuada; financiamento adequado; atitudes positivas do paciente sobre a PBE e poder ter sensibilidade cultural na organização do tratamento.

Em relação ao que dificulta o uso da PBE, foram identificadas as seguintes variáveis: falta de financiamento (n=3); lacuna de competência para pesquisar novas evidências (n=2); não envolvimento da liderança na implementação; terapeuta que tem atitude de estigmatização de pacientes; falta de tempo; profissionais terceirizados; formação ser muito exigente e não se

adequar às necessidades dos terapeutas; instituições muito formais, centralizadoras e com resistência à mudança; a PBE não estar alinhada com a abordagem habitual do terapeuta; dificuldades e limitações do paciente sobre o tratamento e falta de consultoria na implementação.

Quadro 2 - Caracterização e síntese dos estudos selecionados na revisão de escopo

Continuação

| (Ano) Autores | Título | Periódico | Local do Estudo | Objetivo do Estudo | Auxilia uso da PBE | Dificulta o uso de PBE |
|----------------------------|---|--|-----------------|--|--|--|
| (2014) Bond <i>et al.</i> | Long-term sustainability of evidence-based practices in community mental health agencies. | Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research | EUA | Identificar (1) a taxa de sustentabilidade, (2) fatores percebidos como cruciais para sustentar ou não às práticas, (3) semelhanças e diferenças nos fatores que influenciam a sustentabilidade no acompanhamento de 2 e 6 anos, e (4) adaptações ao modelo PBE. | Os líderes expressaram convicção na importância da implementação da PBE. | Identificaram apoio financeiro inadequado, falta de priorização e problemas de força de trabalho como barreiras à continuação. |
| (2014) Jones <i>et al.</i> | Role of state mental health leaders in supporting evidence-based practices over time. | Journal of Behavioral Health Services & Research | EUA | (1) Relatar a situação atual dos PBEs implementados 6 anos antes a partir da perspectiva dos líderes estaduais, (2) descrever as políticas e recursos estaduais fornecidos para apoiar a sustentabilidade desses PBEs e (3) identificar diferenças nas políticas e recursos estaduais relacionados ao modelo de PBE ou Estado. | Parece que a maioria dos programas de PBE que estavam operacionais 6 anos após a fase inicial de implementação de 2 anos beneficiam de um nível significativo de apoio contínuo a nível estatal. | |

Quadro 2 - Caracterização e síntese dos estudos selecionados na revisão de escopo

Continuação

| (Ano) Autores | Título | Periódico | Local do Estudo | Objetivo do Estudo | Auxilia uso da PBE | Dificulta o uso de PBE |
|---------------------------------------|--|----------------------|-----------------|---|---|---|
| (2014) Webster-Stratton <i>et al.</i> | Improving therapist fidelity during implementation of evidence-based practices: Incredible years program. | Psychiatric Services | EUA | Ampliar a pesquisa sobre os benefícios potenciais de adicionar feedback, coaching e consulta contínuos aos workshops iniciais de treinamento de terapeutas para garantir a fidelidade na entrega de práticas baseadas em evidências, especificamente para o programa parental Anos Incríveis. | Os terapeutas na condição que receberam coaching e consulta contínua foram significativamente mais fortes em quatro dos domínios: apoio prático, colaboração, conhecimento e habilidade na mediação de vinhetas. | |
| (2015) D'Ippolito <i>et al.</i> | Addiction treatment staff perceptions of training as a facilitator or barrier to implementing evidence-based practices: a national qualitative research study. | Substance Abuse | EUA | Examinar facilitadores relacionados ao treinamento e barreiras à implementação de práticas baseadas em evidências (EBPs) em 285 organizações comunitárias de tratamento de dependência (CBOs) em todo o país que foram financiadas pelo Centro de Administração de Abuso de Substâncias e Serviços de Saúde Mental para Tratamento de Abuso de Substâncias (SAMHSA/CSAT) para implementar EBPs. | Características específicas da formação recebida, como o acesso ao conhecimento especializado e de qualidade, bem como a formação contínua foram descritas como fatores facilitadores centrais para a implementação da PBE. | A quantidade de formação; a formação não se adequava às necessidades atuais do pessoal e/ou da organização; a formação de alguns PBEs foi considerada demasiado exigente; e a dificuldade de acesso à formação. |

Quadro 2 - Caracterização e síntese dos estudos selecionados na revisão de escopo

Continuação

| (Ano) Autores | Título | Periódico | Local do Estudo | Objetivo do Estudo | Auxilia uso da PBE | Dificulta o uso de PBE |
|------------------------------------|--|--|-----------------|---|--|---|
| (2015) Higa-McMillan <i>et al.</i> | Predictors of use of evidence-based practices for children and adolescents in usual care. | Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research | EUA | Tentar replicar e ampliar este corpo de trabalho examinando os predadores de práticas relatadas por prestadores de cuidados habituais em um grande sistema estadual de saúde mental para crianças e adolescentes com financiamento público. | Em relação às características dos jovens e do nível de serviço, descobrimos que os jovens que tiveram episódios de cuidados mais longos tinham maior probabilidade de receber PBE. | Encontramos muito poucas características do terapeuta que previam o uso de PBE. |
| (2015) Walker <i>et al.</i> | American Indian perspectives on evidence-based practice implementation: results from a statewide Tribal Mental Health Gathering. | Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research | EUA | Relatar as conclusões de uma Reunião Tribal em todo o estado focada em intervenções de saúde comportamental para jovens. | Sensibilidade cultural e da adaptação em múltiplos níveis de implementação e o potencial de um modelo de consórcio/comunidade de aprendizagem para superar barreiras logísticas e perceptivas à implementação. | As barreiras logísticas incluíam o financiamento, a manutenção do investimento através da redução da rotatividade e questões sazonais que poderiam afetar a continuidade do tratamento. |
| (2016) Aarons <i>et al.</i> | The Roles of System and Organizational Leadership in System-Wide Evidence-Based Intervention Sustainment: A Mixed-Method Study. | Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research | EUA | Examinar os papéis da liderança no sistema externo e no contexto organizacional interno ao nível da equipa (ou seja, liderança de primeiro nível) na sustentação da prestação de serviços PBE. | Apoio da liderança auxiliar na manutenção da PBE. | O não envolvimento dos líderes prejudica a utilização da PBE. |

Quadro 2 - Caracterização e síntese dos estudos selecionados na revisão de escopo

Continuação

| (Ano) Autores | Título | Periódico | Local do Estudo | Objetivo do Estudo | Auxilia uso da PBE | Dificulta o uso de PBE |
|-----------------------------|--|--|-----------------|--|--|--|
| (2016) Beidas <i>et al.</i> | A Multi-Level Examination of Stakeholder Perspectives of Implementation of Evidence-Based Practices in a Large Urban Publicly-Funded Mental Health System. | Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research | EUA | Identificar barreiras e facilitadores para a implementação de práticas baseadas em evidências a partir das perspectivas de múltiplas partes interessadas em um grande sistema de saúde mental com financiamento público. | A implementação de EBPs é complexa e requer coordenação, cooperação e comunicação dentro da agência e entre a agência e o sistema. | Financiamento uma barreira. É importante fornecer o contexto em que estas preocupações financeiras foram levantadas. |
| (2016) Beidas <i>et al.</i> | Independent Contractors in Public Mental Health Clinics: Implications for Use of Evidence-Based Practices. | Psychiatric Services | EUA | Compreender as associações da utilização de prestadores de serviços independentes com o conhecimento e atitudes dos clínicos em relação às PBEs e à cultura e clima organizacional. | | Prestadores de serviços terceirizados relataram atitudes menos positivas em relação às PBEs e menos conhecimento em comparação com os clínicos assalariados. |

Quadro 2 - Caracterização e síntese dos estudos selecionados na revisão de escopo

Continuação

| (Ano) Autores | Título | Periódico | Local do Estudo | Objetivo do Estudo | Auxilia uso da PBE | Dificulta o uso de PBE |
|-------------------------------|--|------------------------------|-----------------|--|---|--|
| (2016) Marques <i>et al.</i> | Providers' perspectives of factors influencing implementation of evidence-based treatments in a community mental health setting: A qualitative investigation of the training-practice gap. | Psychological Services | EUA | Elucidar as relações entre as percepções dos provedores sobre aspectos do Quadro Consolidado para Pesquisa de Implementação (CFIR; Damsroder et al., 2009) e as atitudes dos provedores em relação à implementação de tratamentos baseados em evidências (EBTs) em um ambiente de saúde comunitária etnicamente diverso. | A motivação do cliente para se envolver no tratamento, a abertura do cliente às EBTs, a disponibilidade do apoio da família e dos amigos, a utilização pelo cliente de recursos comunitários e governamentais e a ligação ou relacionamento do cliente com o prestador. | Dificuldades dos clientes com a adesão ao tratamento, necessidades ou crises imediatas, analfabetismo, baixos níveis de educação, limitações cognitivas e desafios de cumprimento dos trabalhos de casa. |
| (2017) Atkinson <i>et al.</i> | Implementing tools to support evidence-based practice: a survey and brief intervention study of the National Elf Service across Oxford Health NHS Foundation Trust. | Evidence-Based Mental Health | Inglaterra | Explorar as atitudes dos profissionais de saúde mental em relação à prática baseada em evidências e aos métodos usados para se manterem atualizados com as pesquisas. | Saber encontrar artigos de investigação primária, revisões sistemáticas ou meta-análises para incorporar na sua prática. | Falta de tempo, pressão para documentar todas as atividades e lacuna de competência para pesquisar evidências. |

Quadro 2 - Caracterização e síntese dos estudos selecionados na revisão de escopo

Continuação

| (Ano) Autores | Título | Periódico | Local do Estudo | Objetivo do Estudo | Auxilia uso da PBE | Dificulta o uso de PBE |
|------------------------------|---|--|-----------------|--|---|--|
| (2017) Barnett <i>et al.</i> | How Intervention and Implementation Characteristics Relate to Community Therapists' Attitudes Toward Evidence-Based Practices: A Mixed Methods Study. | Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research | EUA | Analisar dados quantitativos de uma grande pesquisa distribuída a terapeutas em todo o condado de Los Angeles para examinar se as características de intervenção e implementação da PBE estavam relacionadas às atitudes do terapeuta em relação a seis PBE específicas. | O fato da terapia ser estruturada foi visto de maneira positiva pelos terapeutas. O fato de ter consultoria ao longo da implementação da PBE auxilia os terapeutas. | |
| (2017) Burgess <i>et al.</i> | Therapist Attitudes Towards Evidence-Based Practice: A Joint Factor Analysis. | Journal of Behavioral Health Services & Research | EUA | Empregar análise fatorial exploratória conjunta para avaliar a estrutura de duas medidas de atitudes do terapeuta, a Escala de Atitudes de Práticas Baseadas em Evidências e a Escala de Atitudes de Prática Modificada. | Ter sua experiência clínica considerada na seleção do tratamento. Postura de abertura do clínico. | Percepção do terapeuta sobre a PBE. Inflexibilidade, estrutura e falta de aplicabilidade a clientes complexos. |

Quadro 2 - Caracterização e síntese dos estudos selecionados na revisão de escopo

Continuação

| (Ano) Autores | Título | Periódico | Local do Estudo | Objetivo do Estudo | Auxilia uso da PBE | Dificulta o uso de PBE |
|-----------------------------|---|---|-----------------|---|--------------------|---|
| (2017) Kramer <i>et al.</i> | Assessing Culture and Climate of Federally Qualified Health Centers: A Plan for Implementing Behavioral Health Interventions. | Journal of Health Care for the Poor and Underserved | EUA | Examinar fatores organizacionais relacionados ao clima e à cultura que podem facilitar ou impedir a implementação de práticas baseadas em evidências (PBE) voltadas à saúde comportamental em centros de saúde qualificados pelo governo federal (FQHCs). | | Pontuações elevadas na centralização e formalização podem servir como barreiras à implementação da PBE, a menos que sejam abordadas nas fases de planejamento. Pontuação elevada no construto resistência também pode ser uma barreira. |
| (2017) Lau <i>et al.</i> | Therapist report of adaptations to delivery of evidence-based practices within a system-driven reform of publicly funded children's mental health services. | Journal of Consulting and Clinical Psychology | EUA | Examinar as adaptações clínicas relatadas por terapeutas comunitários a múltiplas práticas baseadas em evidências (PBEs) atualmente implementadas em serviços de saúde mental infantil. | | Os terapeutas que sentiram que as PBEs não estavam alinhadas com a sua abordagem habitual à psicoterapia eram mais propensos a relatar adaptações tanto de Aumento como de Redução/Reordenação. |

Quadro 2 - Caracterização e síntese dos estudos selecionados na revisão de escopo

Continuação

| (Ano) Autores | Título | Periódico | Local do Estudo | Objetivo do Estudo | Auxilia uso da PBE | Dificulta o uso de PBE |
|--------------------------------|---|---|-----------------|--|--|--------------------------------------|
| (2018) Barnett <i>et al.</i> | Qualitative Reports of How and When Therapists Adapt Children's Evidence-Based Practices during Community Implementation. | Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology | EUA | Analisar relatórios qualitativos de terapeutas sobre adaptações à entrega de múltiplas práticas baseadas em evidências (EBPs) no contexto de uma reforma orientada pelo sistema de serviços comunitários de saúde mental infantil para entender como os terapeutas adaptam às EBPs, bem como os contextos dessas adaptações para identificar quando estas adaptações são feitas. | O motivo das adaptações foram: cultura do paciente, considerações sobre seu desenvolvimento e sintomatologia clínica. Adaptações são feitas para aumentar o engajamento do cliente e do terapeuta. | |
| (2018) Rodriguez <i>et al.</i> | Mixed-method analysis of program leader perspectives on the sustainment of multiple child evidence-based practices in a system-driven implementation. | Implementation Science | EUA | Identificar fatores associados à sustentação de múltiplas EBPs dentro de um esforço de implementação orientado pelo sistema em serviços de saúde mental infantil. | Percepção positiva do líder sobre PBE. Adequação da prática às necessidades do cliente, diretrizes de implementação e modalidade com a organização. Força de trabalho compatível, consistente com as crenças práticas, objetivos e conhecimentos internos. Formação. | Ausência de consultoria na formação. |

Quadro 2 - Caracterização e síntese dos estudos selecionados na revisão de escopo

Continuação

| (Ano) Autores | Título | Periódico | Local do Estudo | Objetivo do Estudo | Auxilia uso da PBE | Dificulta o uso de PBE |
|------------------------------|---|---|-----------------|--|--|--|
| (2018) Saifan <i>et al.</i> | Ethnic minority community therapists' acculturation and reported adaptations to children's evidence-based practices. | Cultural Diversity & Ethnic Minority Psychology | EUA | Examinar associações entre relatos de aculturação de terapeutas de minorias étnicas e adaptações feitas a múltiplas práticas baseadas em evidências (PBEs) em serviços comunitários de saúde mental para crianças. | Os terapeutas que relataram percepções mais favoráveis da PBE relataram fazer menos adaptações de Redução/Reordenação. | |
| (2019) Al Saif <i>et al.</i> | Association between attitudes of stigma toward mental illness and attitudes toward adoption of evidence-based practice within health care providers in Bahrain. | PLOS ONE | Bahrain | Avaliar as atitudes dos prestadores de cuidados de saúde no Bahrein em relação às pessoas com doenças mentais e à adoção de práticas baseadas em evidências usando a Escala de Estigma de Mentes Abertas para Profissionais de Saúde (OMS-HC) e a Escala de Atitudes de Prática Baseada em Evidências (EBPAS). | | Profissional que tinha atitude de estigma com pacientes tinham menos adesão à PBE. |

Quadro 2 - Caracterização e síntese dos estudos selecionados na revisão de escopo

Continuação

| (Ano) Autores | Título | Periódico | Local do Estudo | Objetivo do Estudo | Auxilia uso da PBE | Dificulta o uso de PBE |
|------------------------------|---|--|-----------------|--|--|--|
| (2019) Connors <i>et al.</i> | Factors Associated with Community-Partnered School Behavioral Health Clinicians' Adoption and Implementation of Evidence-Based Practices. | Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research | EUA | Examinar a adoção e implementação de abordagens de prática baseada em evidências (PBE) por 80 clínicos do CP-SBH após treinamento obrigatório. | | A obrigatoriedade de treinamento em PBEs pode estar associada a um maior conhecimento e familiaridade com as PBEs, mas pode não impactar as práticas clínicas. |
| (2019) Okamura <i>et al.</i> | Therapist and Youth Predictors of Specific Practices Derived from the Evidence-Base in Community Mental Health. | Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research | EUA | Examinar 46 jovens terapeutas comunitários e a extensão em que vários tipos de conhecimentos e atitudes, bem como características dos jovens, previram práticas específicas derivadas da base de evidências. | Atitudes positivas estariam relacionadas com um maior uso de PDE (práticas derivadas da base de evidências). | |

Quadro 2 - Caracterização e síntese dos estudos selecionados na revisão de escopo

Continuação

| (Ano) Autores | Título | Periódico | Local do Estudo | Objetivo do Estudo | Auxilia uso da PBE | Dificulta o uso de PBE |
|--------------------------------|--|----------------------|-----------------|---|---|------------------------|
| (2019) Wright <i>et al.</i> | Factors Associated With Caregiver Attendance in Implementation of Multiple Evidence-Based Practices in Youth Mental Health Services. | Psychiatric Services | EUA | Utilizar a participação do cuidador relatada pelo terapeuta nas sessões de tratamento como um indicador de qualidade na implementação comunitária de PBEs. | A medição do envolvimento do cuidador pode ser utilizada como um indicador pragmático de qualidade para ajudar a identificar lacunas de qualidade na PBE. | |
| (2021) Cervantes <i>et al.</i> | Academic-Policy Partnerships in Evidence-Based Practice Implementation and Policy Maker Use of Child Mental Health Research. | Psychiatric Services | EUA | Examinar se ter parcerias fortes entre políticas acadêmicas centradas na formação em PBE ou na implementação/avaliação (IE) de programas apoiados pelo Estado estava associada à redução de barreiras à implementação de PBE e à utilização da investigação em CMH (Child mental health) pelos decisores políticos. | Parcerias políticas acadêmicas amplamente integradas estão associadas à implementação da PBE. | |

Quadro 2 - Caracterização e síntese dos estudos selecionados na revisão de escopo

Continuação

| (Ano) Autores | Título | Periódico | Local do Estudo | Objetivo do Estudo | Auxilia uso da PBE | Dificulta o uso de PBE |
|----------------------------|--|--------------------------------------|------------------|---|--|------------------------|
| (2022) Byeon <i>et al.</i> | Organizational factors associated with community therapists' self-efficacy in EBP delivery: The interplay between sustainment leadership, sustainment climate, and psychological safety. | Implementation Research and Practice | Los Angeles, EUA | Examinar como a liderança de sustentação organizacional e o clima de sustentação da PBE estão associados às percepções do terapeuta sobre a autoeficácia da PBE e se essas relações podem ser moderadas pela segurança psicológica no nível organizacional. | O sentimento de segurança psicológica do terapeuta e a autoeficácia da PBE só é mantida em programas caracterizados por uma liderança de alta sustentação. | . |

Fonte: elaborado pelos autores

Conclusão

Considerando os resultados da revisão de escopo, se mostra importante investigar a percepção dos psicólogos e coordenadores do CAPS sobre o uso da PBE por dois motivos principais. Primeiro, não foi encontrado na literatura um trabalho feito com profissionais de saúde mental sobre o tema no Brasil. Segundo, é importante investigar se a nível local, os fatores identificados pelos psicólogos corroboram com os fatores identificados na literatura.

3.6. Justificativa

De acordo com a literatura consultada sobre a PBE, pesquisas apontam que a prática clínica em saúde e, inclusive, na psicologia, para ser científica, deve levar em consideração, de forma equilibrada, três tipos de informações: (a) melhor evidência possível; (b) características, valores e contexto do paciente e (c) perícia clínica (LEONARDI, 2016; LEONARDI *et al.* 2023), de modo que esse paradigma pode ser bastante útil e estratégico na assistência à saúde, de modo geral, e também no atendimento psicológico realizado nos serviços de saúde pública em territórios de fronteira. No entanto, alguns estudos mostram que a PBE ainda é pouco difundida tanto na psicologia (LEONARDI *et al.*, 2023) quanto na saúde pública (SCHNEIDER; PEREIRA; FERRAZ, 2018; FERRETTI *et al.*, 2018; SILVA *et al.*, 2021)

Por isso, optou-se por realizar esta investigação junto aos psicólogos e coordenadores que atuam nos CAPS em municípios situados na faixa de fronteira no Estado do Paraná. Considerando que a faixa de fronteira é o espaço de 150 km de largura ao longo das fronteiras terrestres do país, no Paraná, 139 municípios se localizam neste espaço (PÊGO *et al.*, 2020), dos quais 29 municípios somam o total de 42 CAPS (DATASUS, 2023).

A decisão de realizar a pesquisa nos municípios da faixa de fronteira, decorre da existência de um fenômeno chamado de “Mobilidade Pendular” (MP) que pode ser definido como a movimentação diária e cotidiana das pessoas entre as cidades e países da região em busca de trabalho, moradia e/ou estudo e que, comumente, caracteriza esses territórios transfronteiriços (ZASLAVSKY; GOULART, 2017).

Além disso, a pluralidade cultural é comum nessas regiões. Foz do Iguaçu, por exemplo, tem uma população com mais de 72 etnias (CARVALHO, 2015). Essa diversidade populacional existe por movimentos de imigração realizados nas últimas três décadas pela facilidade comercial criada com a instituição da Zona Franca em *Ciudad del Este* (KLAUCK; SZEKUT, 2012). A busca de novas oportunidades é comum em imigrantes pois há um expressivo contingente de refugiados que fogem de situações de fome, guerra, perseguições e violações de direitos humanos, situações que afetam a saúde mental da população (BRAGA

BEZERRA *et al.*, 2019). Portanto, é importante frisar que a diversidade cultural atendida pelas agências de saúde, não vem apenas da mobilidade pendular, mas também da história de imigração da região.

Acredita-se que os CAPS localizados nos municípios da faixa de fronteira atendam usuários dos países vizinhos como Paraguai e Argentina, além de brasileiros de diversas etnias. Diante dessa possibilidade, torna-se importante compreender: em que medida os valores, a cultura e as preferências desses usuários são levadas em consideração na hora da formulação de seus tratamentos?

Cabe mencionar que o espaço de fronteira é um território marcado por diversas realidades sociais, políticas, econômicas e culturais (SOUZA; GEMELLI, 2011). De modo que realizar intervenções psicológicas sem levar em conta esses fatores pode comprometer o êxito da terapia. Apesar do quão desafiador isso possa ser para os profissionais da saúde pública, percebe-se que a PBE, enquanto abordagem e concepção terapêutica, pode contribuir para que o contexto e as particularidades do paciente sejam um eixo fundamental na elaboração do tratamento.

Como a PBE pode ser uma ferramenta importante na execução dos tratamentos realizados pelos psicólogos, é importante entender o quanto eles a conhecem e se a aplicam no seu dia a dia. Além disso, na revisão de escopo foi constatado que existem fatores que auxiliam ou dificultam o uso da PBE. Desse modo, é oportuno se identificar se essas mesmas variáveis são identificadas nos psicólogos do setor público brasileiro em faixa de fronteira, já que não foram feitas pesquisas sobre esse tema com esse público. Portanto, com base no exposto acima e nas lacunas identificadas na revisão de escopo, é justificada a realização desta pesquisa.

PRESSUPOSTOS

Considerando as leituras sobre o tema, bem como, a revisão de escopo realizada, parte-se do entendimento de que os psicólogos baseiam sua tomada de decisão clínica majoritariamente em sua expertise, levando pouco em consideração tanto os valores, a cultura, as particularidades e preferências dos usuários, quanto às evidências científicas. Essa condição pode ser classificada como um baixo nível de utilização de PBE. Além disso, parte-se do pressuposto que o contexto institucional não fornece condições apropriadas para a utilização da PBE, pelos psicólogos.

4. QUADRO TEÓRICO

4.1. O direito e a política pública de saúde mental no Brasil

A Constituição Federal de 1988 estabelece uma série de diretrizes nacionais para o funcionamento da sociedade brasileira, entre elas, os princípios “saúde direito de todos e dever do Estado garantido mediante políticas sociais e econômicas” regem a criação do SUS (BRASIL, 2016, p. 118). Segundo Maio e Lima (2009), o SUS busca trabalhar com o acesso à saúde de forma igualitária tendo como princípios norteadores: universalidade; integralidade; participação e descentralização. Para operacionalizar o caminho em prol desses norteadores, existem políticas públicas em saúde mental. O CAPS faz parte desse sistema e dessas políticas, e ele também compartilha desses princípios, mas por que tais princípios são importantes?

No século passado, o modelo manicomial era vigente na saúde brasileira, e buscava entender e tratar doenças mentais de maneira biológica e individual - que rendeu uma série de críticas por profissionais da saúde nos anos 1970 por não se demonstrar suficiente para compreender as relações de saúde-doença na sociedade moderna (GARBOIS; SODRÉ; DALBELLO-ARAUJO, 2017).

É importante salientar que o modelo biomédico tem suas bases no Renascimento e foi grande responsável com o avanço do conhecimento do corpo humano ao longo da história, alguns exemplos emblemáticos são a descoberta da circulação sanguínea e criação da vacina (BARROS, 2002). Segundo Pitta (2011), as críticas ao modelo ganham força quando referências europeias influenciaram a visão de profissionais e teóricos brasileiros sobre altas taxas de ocupação de leitos psiquiátricos sem planejamento de cobertura populacional, com foco na doença e exclusão da pessoa com transtorno mental. Pode-se argumentar que o modelo biomédico é válido a nível de entendimento individual da doença, porém falha em criar mecanismos de manutenção de saúde em sociedade na perspectiva de alguns autores.

Um exemplo representativo da história da saúde brasileira é o caso do Hospital Colônia em Minas Gerais, conhecido como “Holocausto Brasileiro”. Segundo Matos-de-Souza e Medrado (2021, p. 165) “A racionalidade moderna, ao estabelecer seus padrões do que é aceitável enquanto conceito possível, operou uma drástica seleção, por exclusão, do que seria aceito como humano”.

Essa seleção era fortemente baseada no modelo biomédico: normal e anormal, saudável e doente eram condições estudadas individualmente - caso o paciente não se enquadre nos padrões de normal e saudável, uma das possíveis soluções de tratamento seria o isolamento da

sociedade, retirando seus direitos civis e sociais, justamente por considerar a doença (ou “anormalidade”) como fracasso e o paciente como o único responsável pela sua condição. Foi estimado que ao longo de cinco décadas de funcionamento do hospital, cerca de 60 mil internos faleceram (ARBEX, 2019).

No Brasil, é a partir de movimentos sociais na década de 1980, que marcos políticos, teóricos e práticos podem ser observados a favor da Reforma Psiquiátrica, que tem como objetivo principal a desinstitucionalização (HIRDES, 2009). Essa reforma, por meio de políticas públicas: “cria condições e institui novas práticas terapêuticas visando a inclusão do usuário em saúde mental na sociedade e na cultura”, principalmente deslocando os pacientes institucionalizados em visando o auxílio-reabilitação psicossocial feito em comunidade (BERLINCK; MAGTAZ; TEIXEIRA, 2008, p. 24). As políticas públicas em saúde mental têm papel fundamental nessa reforma.

Em 1987, na cidade de São Paulo, é implantado o primeiro CAPS do Brasil: CAPS Luiz Cerqueira, identificado como “consequência da política da Coordenadoria de Saúde Mental da Secretaria da Saúde de São Paulo (gestão Montoro) que alterou a concepção de atendimento” (SILVA; FONSECA, 2002, p. 360). No entanto, apenas com a II Conferência Nacional de Saúde Mental realizada no começo dos anos 1990 surgiram as primeiras normatizações dos serviços de atenção diária com base nas experiências dos CAPS, NAPS e Hospitais-dia já existentes (NABARRETE; BASTOS, 2023), de modo que esses equipamentos e/ou serviços de saúde foram instituídos oficialmente somente em 1992, pela Portaria GM 224/92 que regulamentou seu funcionamento com base nas Leis Orgânicas do Sistema Único de Saúde (LOAS).

Desde a criação, até os dias de hoje, o crescimento do número de CAPS é expressivo. Segundo (COSTA *et al.*, 2011) em 1990 existiam 12 CAPS no país, em 2010 o número era de 1.620 com uma média variação anual de 25%. Já o Ministério da Saúde, em 2010, afirma que existiam 1.601 CAPS no Brasil, enquanto em 2022 o número era de 2.836 (BRASIL, 2023). Esse crescimento constante no número de mecanismos que buscam a autonomia da população é fundamental para a manutenção da luta antimanicomial - principal objetivo da reforma psiquiátrica.

Para compreensão do aumento da quantidade de CAPS no país, é importante compreender Leis e Portarias nas últimas décadas. A Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, “Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”. Seus artigos defendem a humanidade e autonomia da pessoa com transtorno mental, deixa explícito que hospitalização involuntária é

utilizada em último recurso e que os usuários devem preferencialmente serem tratados em serviços comunitários de saúde e com procedimentos terapêuticos menos invasivos possíveis (BRASIL, 2001).

Já em 2002, a portaria nº 336, de 19 de fevereiro estabelece que os CAPS podem se estabelecer em três tipos, CAPS I, CAPS II e CAPS III, os três com os mesmos objetivos, porém com níveis de abrangência populacional e porte/complexidade diferentes, é também estabelecido que o CAPS II tem outras duas modalidades: CAPSi II e CAPS AD II (BRASIL, 2002). É pela Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012, que o CAPS AD III é determinado como uma modalidade do CAPS III (BRASIL, 2012).

Tão importante quanto entender a história do CAPS, é compreender seus diferentes tipos. O CAPS I tem cobertura de 20 mil a 70 mil habitantes, funciona das 08:00 às 18:00, cinco dias na semana e tem equipe formada por nove profissionais de áreas distintas. O CAPS II tem cobertura de 70 mil a 200 mil habitantes, funciona das 08:00 às 18:00, cinco dias na semana e têm equipe mínima formada por 12 profissionais de áreas distintas. O CAPS III tem cobertura para além de 200 mil habitantes, funciona 24 horas, sete dias por semana e tem equipe mínima formada por 16 profissionais de áreas distintas. CAPSi II, têm as mesmas características dos CAPS II, com a diferença do público atendido, que são crianças e adolescentes. O CAPS AD II tem as mesmas características dos CAPS II, com a diferença do público atendido, que são pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, e têm dois leitos disponíveis para desintoxicação e repouso (BRASIL, 2002). O CAPS AD III tem cobertura de 200 mil a 300 mil habitantes, funciona 24 horas, sete dias por semana e têm equipe mínima formada por 17 profissionais de áreas distintas, podendo chegar a 19 caso o equipamento seja referida como regional, e tem no mínimo oito leitos de abrigamento noturno (BRASIL, 2012).

Com aumento do número de CAPS nas últimas décadas e critérios de implementação estabelecidos, o CAPS tinha forma, porém a havia pouca relação matricial, foi a partir da Portaria nº 3.088 de 23/12/2011 que é proposto uma estruturação do modelo de cuidados em saúde em RAPS com objetivos gerais alinhados com o conceito de desinstitucionalização:

Art. 3º São objetivos gerais da Rede de Atenção Psicossocial: I - ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral; II - promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; e III - garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências. (BRASIL, 2011, p. 2).

Entre os serviços de atenção territorial que fazem parte do RAPS, cita-se:

o CAPS (Centro de Atenção Psicossocial); Serviço Residencial Terapêutico (SRT); Unidade de Acolhimento (adultos e infanto-juvenil); Enfermarias Especializadas em Hospital Geral; Hospital Psiquiátrico; Hospital-Dia; Atenção Básica; Urgência e Emergência; Comunidades Terapêuticas e Ambulatório Multiprofissional de Saúde Mental. (NABARRETE; BASTOS, 2023, p. 10192)

Pode-se afirmar que a criação da maioria das leis e portarias sobre saúde mental nas últimas duas décadas foi alinhada com os objetivos da Reforma Psiquiátrica - até pelo menos 2017. A Portaria nº 3.588 de 21/12/2017, integra o hospital psiquiátrico ao RAPS, ela também aumenta o número de leitos do hospital psiquiátrico ao invés de aumentar leitos no CAPS III ou CAPS AD III. Isso se caracteriza como um movimento em favor da exclusão social do cidadão e fere os ideais da reforma psiquiátrica. Em 2023, defendendo a reforma psiquiátrica, revogou a Portaria nº 3.588 com Portaria nº 757 de 21/06/2023. Apesar da revogação, é importante ressaltar que a luta antimanicomial precisa ser defendida constantemente e que o CAPS é o principal instrumento nesta luta.

4.2. Prática Baseada em Evidências em saúde pública

A PBE é um paradigma para tomada de decisão e atividade clínica, ela se originou nos anos 1990, a partir da ciência médica e, ao longo das últimas décadas vem incorporando outras áreas como enfermagem, fisioterapia, odontologia, educação física, terapia ocupacional, pedagogia e psicologia (LEONARDI *et al.*, 2023). Considerando a importância de o conhecimento científico ser usado em saúde pública e o número de áreas de atuação em que a PBE vem crescendo, levanta-se a seguinte pergunta: existe PBE para saúde pública?

É importante ressaltar que a PBE é uma maneira de enxergar a prática clínica, ela vem do raciocínio de tratamento individual em consultório médico. A proposta era mudar o paradigma da época que era baseado principalmente na experiência subjetiva do médico em prol de uma tomada de decisão com base em conhecimento científico (GUYATT *et al.*, 1992). Hoje a PBE, não apenas em medicina, mas em outras áreas já citadas é entendida como o exercício clínico que une: (1) a melhor evidência científica disponível, (2) perícia clínica e (3) preferências e cultura dos pacientes (LEONARDI *et al.*, 2023). Entendendo essa lógica, é importante avaliar o quanto ela é capaz de ser transferida para saúde pública.

Wachholz, Limas e Boas (2018) argumentam que não há uma relação direta e simples entre PBE e Saúde Coletiva (SC). Os autores argumentam que enquanto a PBE tem o foco na prática individual, a SC tem como foco “necessidades sociais de saúde voltadas à coletividade”. Essa diferença significa que uma evidência que tenha sido produzida para atividade clínica individual, muito provavelmente não vai ser suficiente para orientar uma estratégia de SC, pois

o foco de investigação e de intervenção são de fenômenos diferentes. Isso não significa que a saúde pública não possa “adaptar” a PBE. Até porque, a própria Organização Mundial de Saúde (OMS) estabeleceu em 2003 que suas diretrizes deveriam ser baseadas em evidências (WHO, 2003).

Apesar da recomendação da OMS e de haver um certo consenso de que políticas públicas em saúde deveriam ser organizadas com base em conhecimento científico, é comum identificar que, muitas vezes, esse não é o caso. Ao realizar uma revisão de literatura sobre o tema, Innvær *et al.*, (2002), identificou que o uso de evidências na elaboração de políticas públicas em saúde varia entre 7% e 40%. Para tentar explicar esse fenômeno, os autores apresentam a “tese de duas comunidades”. Eles argumentam que cientistas sociais se percebem como racionais e objetivos, enquanto enxergam os “tomadores de decisões” (*decision-makers*) como orientados por interesses próprios e indiferente a ideias novas. Já os tomadores de decisões se veem como pragmáticos e realistas enquanto enxergam cientistas como ingênuos e idealistas.

Entendendo a dificuldade da relação entre ciência social e políticas públicas em saúde, no Brasil, existem algumas iniciativas que buscam aproximar esses dois campos. Por exemplo, Dias *et al.*, (2015, p. 318) identificou que sete revisões sistemáticas apontavam para quatro estratégias de aproximação entre tomada de decisão e evidências:

- 1) produzir e disseminar sínteses de evidência com linguagem adaptada a diferentes públicos; 2) estimular o uso do jornalismo e de outras formas de comunicação para ampliar a disseminação do conhecimento científico; 3) utilizar plataforma virtual on-line para disseminação do conhecimento científico; 4) promover a interação entre pesquisadores e tomadores de decisão.

Pereira e Veiga (2014) apresentam alguns paradigmas para a saúde pública que evoluíram ao longo das últimas décadas junto da PBE. O primeiro é a Saúde pública Baseada na Evidência (SPBE), que consiste em:

A tomada de decisão com base na melhor evidência disponível (quantitativa e qualitativa); A utilização de sistemas de dados e informação de forma sistemática; Aplicação de programas habitualmente baseados em teoria sobre ciências comportamentais; O envolvimento da comunidade nos processos de decisão e avaliação; A condução de avaliações sólidas; Divulgação dos conhecimentos adquiridos a intervenientes e decisores relevantes. (PEREIRA; VEIGA, 2014, p. 116)

Além desse paradigma, os autores apresentam o conceito de Promoção Baseada em Evidência (PSBE) e Educação Baseada em Evidência (EPSBE), a primeira sendo relacionada a processos de tomada de decisão política e a outra relacionada à compartilhando de informações e capacitações de profissionais de saúde sobre o uso de evidências.

Fora do Brasil, existem outros modelos como, por exemplo, o *Joanna Briggs Institute Model of Evidence-Based Healthcare*. Ele foi desenvolvido em 2005 e, em 2019, foi atualizado por consideração à comunidade internacional (JORDAN *et al.*, 2019). Segundo os autores, o modelo atualizado é composto por quatro variáveis principais. (1) Viabilidade: o quão viável é realizar tal atividade, (2) Adequação: o quão aquela atividade faz sentido dentro daquele contexto, (3) Significância: como o afetado pela atividade percebe a atividade e (4) Eficácia: o quanto que a atividade atinge o que ela se propõe a fazer. Em volta dessas quatro variáveis, existem cinco grandes segmentos que interagem com elas: saúde global, geração de evidências, síntese de evidências, transferência de evidências e implementação de evidências.

Outro modelo identificado é o *Evidence-Based Public Health (EBPH)* (BROWNSON; FIELDING; MAYLAHN, 2009). Segundo os autores, esse modelo vem da percepção de que a atenção às evidências deveria ser levada mais em consideração pela saúde pública. O modelo apresenta conceitos comuns a PBE: de que a tomada de decisão existe dentro de um contexto organizacional e ambiental, e que dentro disso é preciso conciliar a melhor evidência disponível, recursos (incluído expertise do profissional) e características da população com necessidades, valores e preferências.

Um desafio comum encontrado nos modelos apresentados é o da organização e divulgação de evidência. Segundo (ANDRADE; PEREIRA, 2020, p. 5) “A falta da institucionalização do uso de evidências é uma dificuldade a ser superada.” É importante pontuar que existem instituições que tentam suprir essa demanda.

A própria “*Evidence-informed Policy Network (EVIPNet)*” da OMS (2023) é um exemplo, além da *Cochrane Collaboration*, fundada em 1993 e leva em homenagem o nome de epidemiologista britânico e tem como objetivo organizar e disponibilizar informações sobre saúde de maneira atualizada e confiável (BROWNSON; FIELDING; MAYLAHN, 2009). Essa instituição possui um grupo específico de saúde pública, o *Cochrane Public Health Group*, e existe também uma subsidiária no Brasil, que é o Centro Cochrane Brasil que existe desde 1996 com o ideal de “trazer para o Brasil a filosofia do uso da criação de evidências científicas para decisões em saúde” (REITER; ATALLAH, 2015, p. 33). O que leva à pergunta, os usuários de saúde no Brasil recebem tratamentos validados por essas instituições?

Segundo Andrade e Pereira (2020), são vários fatores que dificultam o uso de evidências na prática de saúde pública. Eles citam baixo nível de infraestrutura, pouco engajamento de pessoas para traduzir evidências para as práticas de saúde, relação restrita entre pesquisadores e tomadores de decisão e uma debilidade de cultura de pesquisa no SUS. Adicionalmente,

argumentam que o sistema de tomada de decisão dividido em três níveis (Federal, Estadual e Municipal) também faz parte da dificuldade, pois o gestor local tem o poder de tomar decisões com base em interesses que divergem com as evidências. Apesar das dificuldades, os autores relatam que o Brasil avança no uso de conhecimento científico para orientar suas decisões em saúde.

Como visto acima, existem vários modelos de aplicação da PBE em saúde pública (SPBE, PSBE, EPSBE, *Joanna Briggs Institute Model of Evidence-Based Healthcare*, *EBPH* e *EVIPNet*), demonstrando que a PBE passou a ser mais estudada e aplicada nas últimas décadas, porém esse interesse não se relacionou de maneira satisfatória com a tomada de decisão política e, por consequência, com a prática clínica dos profissionais de saúde pública. Como visto na revisão de escopo, não foram encontradas pesquisas realizadas com profissionais de saúde mental no setor público brasileiro, porém foram realizadas com profissionais de outras áreas.

Em 2018, duas pesquisas foram realizadas sobre o uso de PBE: uma avaliando profissionais de enfermagem da Atenção Primária de Saúde (SCHNEIDER; PEREIRA; FERRAZ, 2018), enquanto a outra avaliou profissionais de enfermagem do Núcleo de Apoio à Saúde (FERRETTI *et al.*, 2018).

Ambas as pesquisas utilizaram o mesmo instrumento de avaliação - o *Evidence-Based Practice Questionnaire* (EBPQ) e tiveram resultados similares; os profissionais percebiam a importância da PBE, porém sua tomada de decisão ainda era fortemente baseada em sua experiência clínica em detrimento da preferência do paciente e da melhor evidência disponível (SCHNEIDER; PEREIRA; FERRAZ, 2018; FERRETTI *et al.*, 2018). Ainda, segundo os autores das pesquisas, uma das barreiras sobre a utilização da PBE seria a falta de apoio da gestão sobre tempos de estudo em horário de trabalho. Com base nisso, se demonstra importante identificar quais são outras possíveis variáveis que interferem na utilização da PBE nos CAPS (SCHNEIDER; PEREIRA; FERRAZ, 2018; FERRETTI *et al.*, 2018).

Em relação à mensuração da prática PBE em profissionais de saúde, Silva *et al.* (2021) realizaram uma revisão sistemática para identificar e classificar instrumentos amplamente utilizados na literatura sobre o tema. Os autores identificaram 46 instrumentos únicos e classificaram sete deles como “nível 1”, que significa que o instrumento é adequado para uso no público-alvo, são eles: *Evidence-Based Practice - knowledge, attitude, behavior questionnaire* (EBP-KABQ), *Evidence-Based Practice Attitude Scale* (EBPPAS), *Evidence-Based Practice Questionnaire* (EBPQ), *Educational Resources Information Center* (EPIC), *Fresno Test* (FRESNO), *Health Sciences–Evidence-Based Practice* (HS-EBP) e *Value, Implementation, and Knowledge of Evidence-Based Practice* (QUICK-EBP-VIK). Também foi

concluído pelos autores que o FRESNO é o teste mais usado por pesquisadores e o que avalia um número maior de domínios da PBE.

Levando em consideração que os artigos “nível 1” foram analisados em inglês, foi pesquisado quais destes artigos existem em português e adaptados a cultura brasileira. Para o método de pesquisa foram utilizadas três bases de dados: *Google Scholar*, Biblioteca Virtual em Saúde e Pubmed. Em cada uma das bases de dados, era descrito o nome completo do instrumento e selecionado o filtro “português” e a palavra “Brasil”. Quadro 3 apresenta quais dos testes citados acima já foram adaptados para a população brasileira.

Quadro 3 - Instrumentos de PBE “nível 1” adaptados a população brasileira

| Abreviação | Autor da adaptação (ano) |
|---------------|------------------------------|
| EBP-KABQ | Não encontrado |
| EBPPAS | Não encontrado |
| EBPQ | Rospendowski (2014) |
| EPIC | Não encontrado |
| FRESNO | Salerno <i>et al.</i> (2019) |
| HS-EBP | Schwenck e Domenico (2023) |
| QUICK-EBP-VIK | Não encontrado |

Fonte: Elaborado pelo autor.

O EBPQ possui 24 questões com respostas em escala *Likert*, entre 1 (nunca) e 7 (sempre). Três dimensões são investigadas, a primeira está relacionada à Prática da Profissão Baseada em Evidência (seis questões), a segunda está relacionada Atitudes relacionadas à Prática Baseada em Evidências (quatro questões) e a terceira dimensão está relacionada a conhecimentos e habilidades associados à Prática Baseada em Evidências (14 questões) (ROSPENDOWISKI, 2014). É possível argumentar que o instrumento foca majoritariamente em busca de melhor evidência disponível e expertise clínica em detrimento de valores, cultura e preferências do paciente, após analisar as 24 questões, foi identificado que nenhuma questão tem relação com particularidades do paciente.

O FRESNO é composto por 12 questões, o valor de cada questão em escala compreende de zero a 24 pontos. Os tópicos abordados no instrumento são: desenho do estudo, base de dados, tipo de estudo, estratégias de busca, relevância, validade interna, magnitude e significância, sensibilidade, especificidade, valor preditivo e probabilidade, número necessário para tratar, intervalo de confiança, diagnóstico e prognóstico (SALERNO *et al.*, 2019). Também foi identificado que o instrumento foca majoritariamente na busca de novas evidências

e considerando que o conteúdo das perguntas tem análise de casos médicos, isso prejudica a aplicação em psicólogos.

O questionário HS-EBP possui 60 afirmações e nível de concordância com a afirmação entre um e 10. Três dimensões são investigadas, a primeira está relacionada a Crenças e Atitudes (12 afirmações), a segunda está relacionada a Práticas (36 afirmações) e a terceira dimensão está relacionada a Barreiras e Facilitadores (12 afirmações). (SCHWENCK; DOMENICO, 2023). Foi identificado que o HS-EBP instrumento busca equilibrar as três dimensões da PBE em suas questões, com ênfase nas questões relacionadas às práticas.

Na fase de projeto desta dissertação, o método de pesquisa seria quantitativo, portanto a pesquisa realizada acima tinha o objetivo de identificar um instrumento validado que permitisse uma coleta de dados quantitativos de maneira eficiente e assertiva. Apesar da mudança do método para a abordagem qualitativa, ainda se mostra relevante apresentar instrumentos quantitativos ao leitor.

4.3. Intervenções psicológicas em saúde pública no Brasil

A política pública de saúde mental vigente no Brasil é fruto da luta antimanicomial empreendida, desde os anos 1980, por alguns segmentos da sociedade civil brasileira, que defendem o cuidado humanizado e não institucionalizado em saúde mental. No Brasil, as políticas públicas organizadas em prol dessa luta legitimaram a RAPS e o CAPS, que possuem equipes multidisciplinares que em tese se posicionam profissionalmente em prol dos objetivos da instituição. Como se posicionam os psicólogos nestes ambientes? Qual marco teórico eles utilizam para direcionar suas práticas? e quais práticas eles efetivamente utilizam?

A tarefa de distinguir com precisão as áreas de atuação da Psicologia não é trivial, pelo contrário, existem divergências conceituais importantes. No entanto, segundo Sobrosa *et al.* (2014), a Psicologia na Saúde Pública, faz parte da Psicologia da Saúde que vem, historicamente, da Psicologia Hospitalar. Nesse mesmo sentido, Gaspar de Matos (2012) acrescenta que, no final dos anos 1970, a Psicologia da Saúde, junto da Medicina do Comportamento e a Saúde Comportamental alargaram o campo de atuação do psicólogo.

Para Sobrosa *et al.* (2014), foi nos anos 1990 que a Psicologia da Saúde foi contemplada nas políticas públicas no Brasil, sobretudo, na área da saúde pública, tornando o psicólogo, um profissional imprescindível e presente nos equipamentos e serviços de saúde como, por

exemplo, nos CAPS, Unidades Básicas de Saúde (UBS), Programas de Saúde da Família (PSF's); hospitais públicos, entre outros.

No Brasil, no século passado, a psicologia era majoritariamente destinada à clínica, enquanto trabalhar em outros setores da psicologia era, na maioria das vezes, considerado um “bico”, além de ser visto como inferior à clínica. Ademais, a grade curricular dos cursos também direcionou e instrumentalizou o acadêmico para a clínica individual (SOBROSA *et al.*, 2014).

Mais precisamente, com a expansão do SUS, no Brasil, foram criadas demandas e novos contextos de atuação profissional para o psicólogo, na saúde pública. Assim, o profissional que, até então, era formado e trabalhava, quase que exclusivamente, na área da psicologia clínica, em consultórios particulares, passou a atuar em vários setores da saúde pública, mesmo sem a formação necessária para isso. Apesar de que, nas últimas décadas, tenha ocorrido um aumento de conteúdos de saúde pública na grade curricular dos cursos de Psicologia, ainda existe um descompasso entre o conteúdo estudado na graduação e aquele demandado para atuar na saúde pública (CORDEIRO; CURADO, 2018).

O Brasil está “em processo de consolidação de algumas linhas de pesquisa que se relacionam ao campo da psicologia da saúde (ALVES *et al.*, 2011)” e que no país existem muitos psicólogos atuando na mesma área, porém com orientações teóricas diferentes. Dentre elas destacam-se: Terapia Cognitivo-Comportamental, Análise do Comportamento, Psicanálise e Psicologia Humanista (CIMINO; SIQUEIRA, 2016; MARIN; FALEIROS; MORAES, 2020; BULIK, 2020; ALMEIDA; SARTES, 2021)

A constatação da divergência práticas e abordagens não tem objetivo de avaliá-las, e sim de apresentar a realidade, que também já foi apresentada por Sebastiani (2003) *apud* Soares e Macedo (2020) e González-Rey (1997), de que a Psicologia da Saúde não tem marco teórico comum. A princípio isso pode parecer com diversidade, porém o que problematizam os autores é de que na realidade essa fragmentação teórica-metodológica dificulta a organização e seguimento de práticas novas. Cada abordagem se desenvolve de maneira paralela, enquanto a luta antimanicomial ainda precisa existir.

Costa e Melo (2022) constataram exatamente isso, ao realizarem uma revisão integrativa avaliando os CAPS, eles identificaram que a relação entre os usuários e os profissionais da instituição era boa e que avaliavam positivamente o atendimento, porém também perceberam que é comum o atendimento no CAPS ser individualizado, que alguns profissionais do CAPS conhecem a prática de redução de danos, porém a não aplicam e que

princípios da reforma psiquiátrica não são radicalmente seguidos. Os autores também argumentam que faltam treinamentos e práticas que sejam de marco teórico comum da área.

A Psicologia da Saúde é uma área relativamente nova e como apresentado anteriormente, carece de um marco teórico comum que seja condizente com os objetivos das Políticas de Saúde Mental, CAPS, RAPS e Reforma Psiquiátrica. Seria a PBE um caminho possível? Ou seria apenas mais um caminho que fragmente a área?

4.4. Cultura e Saúde mental em região de fronteira

Ao longo do último século houve uma mudança na maneira de enxergar as fronteiras brasileiras. O que antes era apenas vista pelo poder público como um espaço que servia para garantir segurança nacional, recentemente é visto como uma área estratégica de integração sul-americana (GADELHA; COSTA, 2007). Essa integração faz com que populações de diferentes países compartilhem trabalho, cultura, lazer, costumes, visões de mundo, de saúde e de saúde mental. Considerando que a PBE requer que o profissional de saúde identifique valores, costumes e preferências do paciente (LEONARDI, 2023), e que as regiões de fronteira apresentam uma vasta diversidade cultural e social, supõe-se que essa concepção de cuidado possa ser adequada para nortear a prática dos profissionais de saúde, incluindo o psicólogo que atua na saúde pública nestes territórios.

Existem diferenças conceituais entre território, região e fronteira. O território é constituído a partir da apropriação de um espaço geográfico. A região seria uma realidade organizada pelos agentes sociais dentro deste espaço. A fronteira vem do termo *front*, expressão militar que designa espaço a ser defendido em guerra (SOUZA; GEMELLI, 2011). Além disso, no Brasil, existe o conceito de faixa de fronteira, que desde a Constituição de 1937, consolidado na Constituição de 1988, até os dias de hoje é delimitada como a região de 150 km em toda linha limítrofe terrestre do país (BORBA, 2013). Este espaço é de extrema importância estratégica para o estado.

A fronteira é um espaço de conflitos transculturais e identitários, de modo que as relações sociais que se constroem neste ambiente são singulares e se transformam de maneira constante (SOUZA; GEMELLI, 2011). O conceito de cultura é amplo e de difícil delimitação, Langdon e Wiik (2010) argumentam que para compreendê-la é importante entender que a atividade sociocultural é: aprendida, compartilhada e padronizada. Em outras palavras, não se pode explicar o comportamento humano apenas utilizando a biologia, ele é aprendido,

compartilhado e padronizado, portanto, significa que ela é uma criação humana e é partilhada em grupos sociais específicos.

Considerando que o conceito de saúde não reflete apenas a conjuntura cultural, mas também o social, econômico e político (SCLIAR, 2007), e que fronteiras são espaços transculturais, é possível argumentar que espaços de fronteira tem uma visão própria de saúde que, muitas vezes, diferem de seu próprio estado. Por exemplo, um espaço de fronteira entre Brasil e Paraguai pode ter visões de saúde diferentes. Entendendo isso, também é possível argumentar que regiões de fronteira podem ter visões diferentes do que é ser mentalmente saudável.

Segundo a OMS (2004, p. 59), a saúde mental é definida como: “um estado de bem-estar no qual cada indivíduo realiza seu próprio potencial, pode lidar com o estresse normal da vida, pode trabalhar de maneira produtiva e é capaz de contribuir com sua comunidade”. Se por um lado, essa definição recebe críticas por ser fortemente determinada pela cultura utilitarista e produtivista hegemônica na sociedade moderna, por outro lado, também pode ser percebida como um avanço, pois se distancia da ideia simplista de que saúde mental é ausência de transtorno mental (GALDERISI *et al.*, 2015). O ponto importante é que “realizar potencial”, “ser produtivo” e “contribuir com comunidade” são conceitos totalmente relacionados com a cultura em que uma população se encontra. Portanto, estudar cultura é estudar maneiras de cuidar de pessoas.

No Paraná, a faixa de fronteira é formada por 139 municípios, é o estado com o segundo maior número de municípios em faixa de fronteira (FERRERA DE LIMA *et al.*, 2020). Cabe acrescentar que a história e cultura desses municípios, em geral, está relacionada ao processo de colonização da região ocorrido nos anos 1940 e 1950, motivado pelas condições favoráveis para aquisição de terras e pelas perspectivas de prosperidade econômica (SWAIN, 1988). Já nos anos 1980, se popularizou o termo “Brasiguai” usado para denominar um processo de construção de identidade de atores brasileiros e paraguaios envolvidos nos espaços de fronteira entre os países (COLOGNESE, 2012). Estes são apenas dois exemplos de condições sociais, econômicas e culturais que fazem parte da história da região, isso sem aprofundar em nenhuma delas e sem abordar processos da região argentina.

De acordo com a teoria da PBE, compreender cultura é um processo extremamente complexo, mas essencial, pois tratamento psicológicos que não levam em conta cultura, valores e preferências dos pacientes, não é baseada em evidência. Com base nisso, um dos objetivos específicos da pesquisa é medir o quanto esses fatores são levados em consideração para

elaborar tratamentos psicológicos não apenas para brasileiros, mas como paraguaios e argentinos que utilizam os CAPS de municípios em faixa de fronteira no Paraná.

Assim, no decorrer desta pesquisa, pretende-se compreender e analisar em que medida esses fatores culturais são levados em consideração para elaborar tratamentos psicológicos oferecidos pelo CAPS, identificando principalmente como as particularidades e a diversidade cultural dessa região são levados em consideração pelos psicólogos do CAPS na hora de planejar e executar seus tratamentos.

5. PERCURSOS METODOLÓGICOS

5.1. Tipo do estudo

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, de natureza aplicada, com objetivos de pesquisa descritivos e explicativos e procedimento de levantamento de campo (*surveys*).

A pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações (MINAYO, 2010, p. 21)". A pesquisa com natureza aplicada "concentra-se em torno dos problemas presentes nas atividades das instituições, organizações, grupos ou atores sociais". Está empenhada na elaboração de diagnósticos, identificação de problemas e busca de soluções (FLEURY; WERLANG, 2016).

As pesquisas descritivas buscam "descrever características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis". Já as pesquisas explicativas "têm como preocupação central identificar os fatores que determinam ou que contribuem para a ocorrência dos fenômenos." Enquanto o procedimento de levantamento de campo (*survey*) se caracteriza pela "interrogação direta das pessoas cujo comportamento se deseja conhecer" (GIL, 2008, p. 28; 55)."

5.2. Cenário do estudo

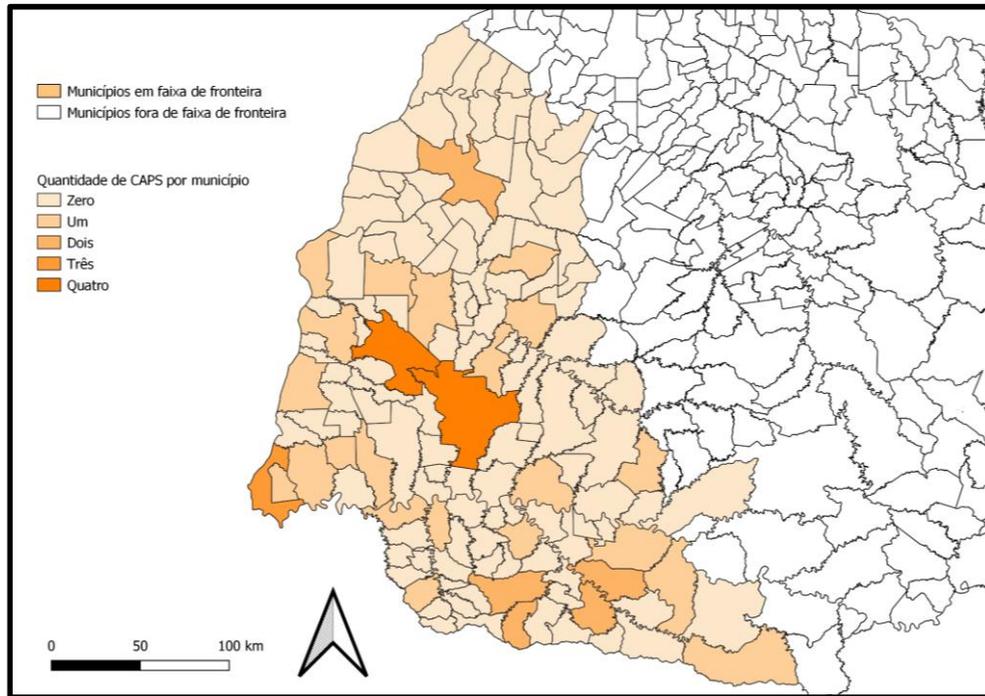
O cenário da pesquisa faz parte do arco sul. Essa região é a porção de 150 quilômetros de fronteira na região sul e oeste do Brasil. É o arco mais ativo economicamente do país, composto por três estados (Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul) e tem o maior número de acordos bi e trilaterais vigentes (PÊGO *et al.*, 2020). A pesquisa foi realizada apenas na faixa de fronteira do estado do Paraná.

A partir de informações fornecidas pelo DATASUS (2023) e o IBGE (2023), foi identificado que existem 139 municípios em faixa de fronteira no Paraná, 42 CAPS, localizados em 29 municípios. O cenário de estudo foram os CAPS localizados em faixa de fronteira em cidades que possuem pelo menos dois equipamentos ativos em que houve aprovação de requerimento de pesquisa em campo pela Secretária de Saúde do município e aceite de participação pelo coordenador do CAPS .

A quantidade de equipamentos do CAPS por município é estipulado pelo número de habitantes do mesmo. Municípios com menos de 20 mil habitantes não possuem CAPS, municípios entre 20 mil e 70 mil habitantes tem uma unidade, enquanto municípios com mais de 70 mil habitantes possuem duas ou mais unidades (BRASIL, 2002).

Considerando os 29 municípios com CAPS em faixa de fronteira, segundo DATASUS (2023), apenas oito cidades possuem dois equipamentos ativos: Cascavel, Coronel Vivida, Foz do Iguaçu, Francisco Beltrão, Marmeleiro, Pato Branco e Umuarama. Conforme a Tabela 1, os equipamentos de Coronel Vivida, Marmeleiro e Pato Branco não participaram da pesquisa. As secretarias de saúde de Coronel Vivida e Marmeleiro não responderam aos pedidos de aprovação para realização de pesquisa. No caso de Pato Branco, a secretária municipal aprovou a pesquisa, porém os coordenadores dos equipamentos da cidade escolheram não participar das entrevistas.

Figura 2 - Municípios do Paraná situados em Faixa de Fronteira e número de CAPS



Fonte: adaptado de IBGE (2023) e DATASUS (2023)

5.3. População de estudo

Responsáveis pelo equipamento e psicólogos que atuam em CAPS localizados em municípios situados em faixa de fronteira no Paraná e que possuem pelo menos dois equipamentos em atividade. Os municípios que se enquadram nos critérios de seleção e seus níveis de participação são apresentados na tabela 1.

Tabela 1 - Municípios enquadrados nos critério de seleção e nível de participação

| Município | Nº de equipamentos | Coordenadores que participaram | Psicólogos que participaram |
|-------------------|--------------------|--------------------------------|-----------------------------|
| Cascavel | 4 | 3 | 2 |
| Coronel Vivida | 2 | 0 | 0 |
| Foz do Iguaçu | 3 | 3 | 2 |
| Francisco Beltrão | 2 | 2 | 2 |
| Marmeleiro | 2 | 0 | 0 |

| | | | |
|-------------|---|---|---|
| Pato Branco | 2 | 0 | 0 |
| Toledo | 4 | 2 | 1 |
| Umuarama | 2 | 1 | 1 |

Fonte: elaborado pelos autores

Os tipos de CAPS por município foram, Cascavel: CAPS ALCOOL E DROGA; CAPS ALCOOL E DROGAS III - REGIONAL; CAPSI e CAPS III. Coronel Vivida: CAPS ALCOOL E DROGAS III - REGIONAL e CAPS I. Foz do Iguaçu: CAPS ALCOOL E DROGA; CAPS II e CAPS INFANTO/JUVENIL. Francisco Beltrão: CAPS ALCOOL E DROGA e CAPS II. Marmeleiro: CAPS ALCOOL E DROGAS III - REGIONAL e CAPS I. Pato Branco: CAPSI e CAPS II. Toledo: CAPS ALCOOL E DROGA; CAPS I; CAPS II e CAPS III. Umuarama: CAPS ALCOOL E DROGA e CAPS II.

O objetivo era realizar duas entrevistas em cada CAPS (com um coordenador e um psicólogo), o que resultaria em uma amostra possível de até 42 entrevistados. Destes 42 profissionais convidados a participar da pesquisa, 19 aceitaram participar e responderam à entrevista, sendo onze coordenadores e sete psicólogos.

5.4. Critérios de Inclusão

Foram incluídos como população do estudo todos os profissionais que atuam como responsáveis pelo equipamento e psicólogos em CAPS localizados em municípios situados em faixa de fronteira no Paraná e que possuem pelo menos dois equipamentos em atividade.

5.5. Critérios de Exclusão

Foram excluídos os profissionais que estavam em férias, servidores com atuação inferior a seis meses no serviço, tendo em vista o pouco tempo de atividades, e aqueles que após três contatos consecutivos não retornaram a solicitação para participação da pesquisa.

5.6. Aspectos considerados para o coordenador e aspectos considerados para os psicólogos

O primeiro procedimento foi contatar e coletar aprovação de requerimento de pesquisa de campo com as secretarias municipais de saúde dos 29 municípios que possuem CAPS em

faixa de fronteira no Paraná. Para isso foram coletados e-mails institucionais das Secretarias Municipais de Saúde (SMS) nos sites oficiais das prefeituras das cidades participantes da pesquisa, foi então enviado um e-mail com requerimentos de autorização de pesquisa de campo para cada SMS, quando a instituição não respondeu em um período de um mês, foi feito contato telefônico para identificação do motivo da não resposta. Quando mesmo assim, a SMS do município não enviava o requerimento assinado dentro do período estipulado pela pesquisa, o município era excluído da pesquisa.

Com os requerimentos aprovados, foi realizada a segunda etapa, feito contato, explicação sobre a pesquisa e convite de participação com o coordenador do CAPS, foi então realizada uma entrevista semiestruturada em modalidade online síncrona via *Google Meet*®, a entrevista foi gravada e buscou compreender os seguintes fenômenos sobre o coordenador do equipamento: Identificação do coordenador (cinco perguntas), Funcionamento do CAPS (quatro perguntas), conhecimento sobre PBE (quatro perguntas) e sobre Faixa de Fronteira (duas perguntas) (Apêndice I). A entrevista foi gravada e posteriormente transcrita pelo programa *Transcriber*®.

Na terceira etapa foi feito contato com os psicólogos do CAPS, foi então realizada uma entrevista semiestruturada em modalidade online síncrona via *Google Meet*®, a entrevista foi gravada e buscou compreender os seguintes fenômenos sobre o coordenador do equipamento: Identificação do psicólogo (cinco perguntas), Funcionamento do CAPS (quatro perguntas), conhecimento sobre PBE (quatro perguntas) e sobre Faixa de Fronteira (duas perguntas) (Apêndice II). A entrevista foi gravada e posteriormente transcrita pelo programa *Transcriber*®.

Sobre o coordenador de equipamento: experiência como coordenador do CAPS; sua visão sobre aplicabilidade da Política Nacional de Saúde Mental no CAPS; principais dificuldades observadas na realização de um trabalho eficaz com os usuários do CAPS; principais potencialidades observadas na realização de um trabalho eficaz com os usuários do CAPS; conhecimento sobre PBE; condições de trabalho da equipe de psicólogos e influência no uso da PBE; importância de cada dimensão da PBE na decisão clínica dos psicólogos do CAPS; influência da faixa de fronteira nos atendimentos do CAPS e experiência dos psicólogos atendendo habitantes de outros países.

Sobre os psicólogos: experiência como psicólogo do CAPS; sua visão sobre aplicabilidade da Política Nacional de Saúde Mental no CAPS; principais dificuldades observadas na realização de um trabalho eficaz com os usuários do CAPS; principais

potencialidades observadas na realização de um trabalho eficaz com os usuários do CAPS; conhecimento sobre PBE; condições de trabalho e sua influência no uso da PBE; importância de cada dimensão da PBE na decisão clínica nos atendimentos prestados no CAPS; influência da faixa de fronteira nos atendimentos do CAPS e experiência atendendo habitantes de outros países;

5.8. Análise dos dados

A análise dos dados qualitativos foi dividida em três partes, como apresenta (GIL, 2008). Na primeira etapa foi feita a redução dos dados, que consiste em simplificar as informações coletadas. A segunda etapa é a apresentação, em que os dados foram organizados para possibilitar a uma análise sistemática. Por último foi realizada a etapa de conclusão/verificação, onde é elaborado e apresentado o significado dos dados coletados.

O método de análise de dados escolhido foi a de Núcleos de Significação, que tem como objetivo:

Instrumentalizar o pesquisador, com base nos fundamentos epistemológicos da perspectiva sócio-histórica, para o processo de apreensão das significações constituídas pelo sujeito frente à realidade com a qual se relaciona (AGUIAR; SOARES; MACHADO, 2015).

Os procedimentos desse tipo de método se dividem em três: (1) levantamento de pré-indicadores, (2) articulação dos pré-indicadores e (3) sistematização dos núcleos de significação. A primeira etapa buscou identificar as palavras que mais representavam a visão da realidade histórica-social do entrevistado, assim criando indicadores. A segunda procura encontrar as similaridades e complementaridades e contraposição das palavras encontradas na etapa anterior. Por último, foram articulados os indicadores previamente encontrados, revelando uma forma mais profunda de realidade estudada, que são os núcleos de significação (AGUIAR; SOARES; MACHADO, 2015).

Após a produção dos núcleos de significação, dentro de cada núcleo foi feita a análise intra núcleo, onde foram debatidos os achados, concordâncias, contradições e literatura pertinente sobre o tema central daquele núcleo de significação (AGUIAR; OZELLA, 2013). Após esta etapa, foi feita análise inter núcleo, onde foram analisadas e debatidas concordâncias e contradições entre os conteúdos de diferentes núcleos de significação.

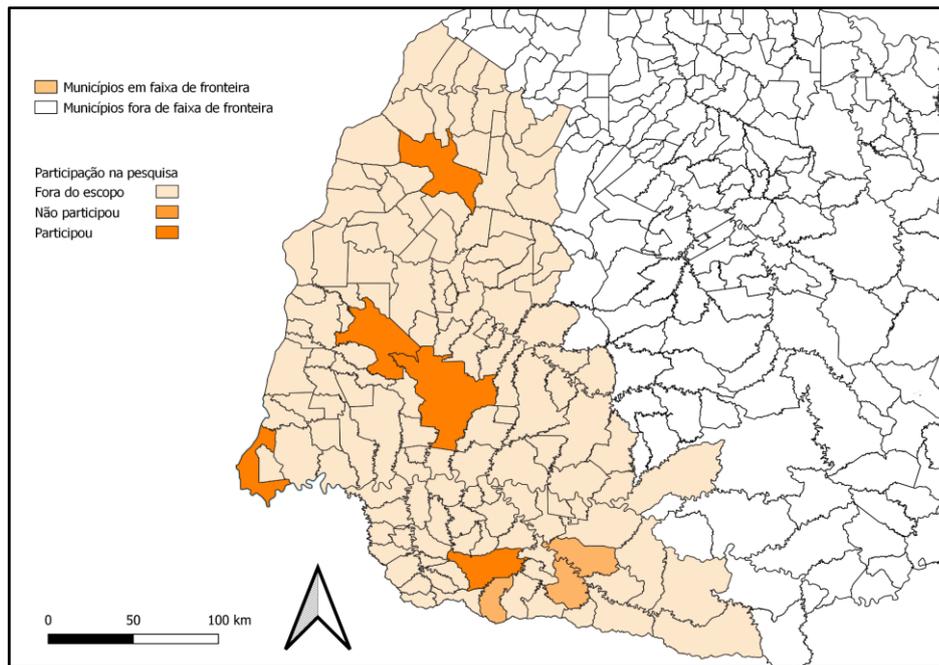
5.9. Questões éticas

Este estudo foi realizado de acordo com a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que estabelece os preceitos e diretrizes éticos para pesquisas com seres humanos. Os participantes foram informados que a entrevista seria gravada com fins de transcrição e análise apenas e que seu sigilo seria respeitado. Desse modo, a pesquisa de campo somente foi iniciada após a aprovação do projeto pelo do Comitê de Ética em Pesquisa da Unioeste (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética [CEE] nº 77470824.2.0000.0107).

6. RESULTADOS

Neste capítulo serão apresentados os resultados da pesquisa de campo, obtidos mediante a realização de entrevistas com coordenadores e psicólogos que atuam em 19 CAPS. Sobre a formação dos entrevistados, três coordenadores eram formados em Psicologia, três em Assistência Social, um em Biologia, um em Enfermagem, um em Pedagogia, um em Terapia Ocupacional e um em Informática. Os psicólogos eram formados em Psicologia. Em relação ao tempo na instituição, a média dos coordenadores é de dois anos e onze meses, sendo o mais experiente com seis anos no equipamento, enquanto o menos experiente está há seis meses. Sobre os psicólogos, a média de tempo é onze anos e quatro meses, o mais experiente tem 25 anos de equipamento, enquanto o menos experiente tem seis meses.

Figura 3 - Municípios do Paraná situados em Faixa de Fronteira e participação na pesquisa



Fonte: adaptado de IBGE (2023) e DATASUS (2023)

O conteúdo das entrevistas foi organizado em pré-indicadores e indicadores conforme mostra a tabela 2. Os pré-indicadores foram selecionados por serem as frases que mais representam a visão dos entrevistados sobre o tema em questão. Os indicadores são a organização dos pré-indicadores em grupos por similaridade. As informações detalhadas sobre os pré-indicadores e indicadores podem ser verificadas no Anexo I. Os participantes foram identificados com base em suas funções: os coordenadores foram designados pela sigla 'C', seguida de um número sequencial (C1, C2 etc.), e os psicólogos pela sigla 'P', seguida de um número sequencial (P1, P2 etc.).

Tabela 2. Número de pré-indicadores e indicadores por entrevista

| Entrevistado(a) | Número de pré indicadores | Número de indicadores |
|-----------------|---------------------------|-----------------------|
| C1 | 41 | 14 |
| C2 | 25 | 11 |
| C3 | 33 | 11 |
| C4 | 42 | 12 |
| C5 | 20 | 7 |
| C6 | 30 | 9 |

| | | |
|--------------|------------|------------|
| C7 | 44 | 13 |
| C8 | 46 | 13 |
| C9 | 34 | 10 |
| C10 | 26 | 8 |
| C11 | 45 | 14 |
| P1 | 38 | 12 |
| P2 | 34 | 12 |
| P3 | 37 | 12 |
| P4 | 27 | 9 |
| P5 | 37 | 10 |
| P6 | 33 | 10 |
| P7 | 15 | 9 |
| P8 | 25 | 9 |
| Total | 632 | 205 |

Fonte: Elaborado pelo autor com dados da pesquisa.

Na tabela 2 é possível observar os números de pré-indicadores e indicadores de cada entrevistado. A inicial “C” representa o cargo de Coordenador, em quando a inicial “P” representa o cargo de psicólogo. O número em seguida representa a ordem em que as entrevistas foram realizadas. O número total de pré-indicadores foi de 632, média de 33,26 por entrevistado com desvio padrão de 8,66, enquanto o número total de indicadores foi de 205, média de 10,78 por entrevistado com desvio padrão de 2,01.

Foi inferido e sintetizado cinco núcleos de significação, que é uma organização sistemática dos indicadores que mais se repetem nas análises das entrevistas, seguem eles:

1. “A efetividade, ela só vai acontecer quando a gente consegue unir profissionais, estratégia de trabalho e financeiro”: aspectos relacionados à efetividade da Política Nacional de Saúde Mental.
2. “Então, a gente precisaria ampliar a equipe. Toda a equipe”: variáveis que influenciam na execução do serviço.
3. “É aquilo que eu pego um paciente com um problema, e eu invento aquele problema, pra daí eu executar um plano terapêutico, mais ou menos seria isso, ou não?”: conhecimento e aplicação da PBE no equipamento.

4. “Na minha opinião, sempre é o paciente que vem em primeiro lugar e posterior fica 50% tanto para evidência científica quanto para o profissional, né?”: dimensões da PBE e sua aplicabilidade nos tratamentos em saúde pública.
5. “Independente de quem for o paciente, se ele for o paciente, por exemplo, nós atendemos”: nível de influência da região de fronteira nos atendimentos.

Os quadros a seguir (4, 5, 6, 7 e 8) apresentam os indicadores e entrevistados que estão categorizados dentro de cada núcleo de significação.

Quadro 4 - Aspectos relacionados à efetividade da Política Nacional de Saúde Mental

| Indicadores | |
|--------------------|--|
| C1 | Relação ruim entre CAPS e a Atenção Primária prejudica a efetividade da Política Nacional de Saúde Mental |
| | Equipe mínima de psicólogos é pequena para a demanda de serviço atual |
| C2 | Relação ruim entre CAPS e a Atenção Primária prejudica a efetividade da Política Nacional de Saúde Mental |
| C3 | Política Nacional de Saúde Mental já esteve ameaçada mas tendo Diretoria na cidade auxiliou em seu fortalecimento |
| C4 | Saúde mental está em mais foco na política porém ainda precisa melhorar |
| C5 | Efetividade da Política Nacional de Saúde é afetada pela falta de investimento financeiro em Saúde Mental |
| C6 | Política Nacional de Saúde Mental está mais efetiva pelo pequeno aumento de verba |
| | Para a Política Nacional de Saúde ser efetiva, a saúde mental precisa ser trabalhada em outras instituições além do CAPS |
| C7 | Política Nacional de Saúde Mental não é efetiva pela maneira que foi criada |
| | A falta de delimitação da Política Nacional de Saúde Mental prejudica sua efetividade |
| C8 | Política Nacional de Saúde Mental foi um marco importante |
| | Política Nacional de Saúde Mental precisa se atualizar |
| | Diretoria de Saúde Mental ajuda na aplicação da Política Nacional de Saúde Mental |

| | |
|-----|---|
| C9 | Política Nacional de Saúde Mental é efetiva em não isolar o paciente, mas ineficaz em prover internamento com agilidade |
| | Política Nacional de Saúde Mental é prejudicado pelo pouco recurso destinado a saúde mental |
| C10 | Política Nacional de Saúde Mental é efetiva porém deveria dar mais direitos a pessoas com transtorno mental |
| | Política Nacional de Saúde Mental seria mais efetiva se tivesse mais hospitais para internamento |
| C11 | Política Nacional de Saúde Mental é prejudicada pela falta de articulação entre instituições de saúde |
| P1 | Política de Saúde Mental seria mais efetiva se tivessem hospitais de internação humanizados |
| P2 | Falta de articulação e debate políticos bem intencionados prejudicam a efetividade da Política Nacional de Saúde Mental |
| P3 | Política Nacional de Saúde Mental teve vários avanços porém falta de hospital de internações prejudica sua efetividade |
| P4 | Política Nacional de Saúde Mental não tem uma boa execução pois a demanda é muito alta e tem poucos profissionais trabalhando |
| P5 | Política Nacional de Saúde Mental tem execução complicada por questões de internamento e de rede |
| P6 | Política Nacional de Saúde Mental precisa conscientizar melhor a população sobre o CAPS |
| P7 | Política Nacional de Saúde Mental tem sua efetividade, o CAPS traz benefício para a população |

Fonte: elaborado pelos autores

O número de indicadores que corresponderam à formação do núcleo de significação sobre aspectos relacionados à efetividade da Política Nacional de Saúde Mental (quadro 4) foi 25. Todos os entrevistados tiveram pelo menos um indicador sobre esse tema. Um entrevistado teve três indicadores, seis entrevistados tiveram dois indicadores e 13 entrevistados tiveram apenas um indicador sobre o tema. Cinco entrevistados pontuaram sobre a relação ruim do CAPS com a atenção primária, o mesmo número afirmou sobre a falta de hospitais de internamento humanizado. Os outros indicadores eram sobre temas variados sem muito consenso.

Quadro 5 - Fatores que influenciam na execução do serviço

| |
|--------------------|
| Indicadores |
|--------------------|

| | |
|----|---|
| C1 | Visão estereotipada do CAPS pelo senso comum |
| | Estrutura precária |
| | Equipe avaliada como “boa” |
| | Impacto positivo do serviço nos adolescentes |
| C2 | Estrutura precária influenciada pelo Política Nacional de Saúde Mental |
| | Identificação com o serviço prestado pelo CAPS |
| | Trabalho da equipe multiprofissional e oficinas como ponto positivo do CAPS |
| C3 | Encaminhando indevido das UBS prejudicam a organização do trabalho |
| | Poucos médicos atendendo |
| | Boa experiência como gestora do CAPS |
| | Parcerias que solidificaram a equipe ajudam na qualidade do atendimento |
| C4 | Má organização de atendimentos da atenção primária prejudica efetividade do serviço |
| | Mudança no serviço em prol de internações |
| | Visão distorcida do CAPS por outras instituições prejudicam efetividade do serviço |
| | Impacto que o CAPS pode ter na vida de um usuário |
| C5 | Discurso com foco na experiência pessoal |
| C6 | Características relacionadas a administração em consórcio |
| | Pouco investimento influência no funcionamento do equipamento |
| | Potencialidade do CAPS está no impacto que serviço tem no usuário |
| C7 | Experiência subjetiva da entrevistada |
| | Falta de recurso e capacitação prejudicam a qualidade do serviço |

| | |
|-----|--|
| | Potencialidade do CAPS é olhar o sujeito como um todo |
| | A rede de serviços de saúde prejudicam a efetividade do serviço do CAPS |
| C8 | Experiência profissional da entrevistada |
| | Fragilidades do equipamento estão relacionadas a tamanho da equipe e de estrutura |
| | Potencialidades do CAPS estão na equipe e nas oficinas |
| C9 | Experiência subjetiva da entrevistada |
| | Potencialidade está relacionado com a estabilização do quadro dos pacientes e articulação com outras instituições de saúde |
| | Estrutura influencia no serviço do psicólogo |
| C10 | Experiência subjetiva da entrevistada |
| | A atenção primária não auxilia de maneira efetiva o serviço do CAPS |
| | Potencialidade do CAPS está no impacto positivo que o tratamento pode ter no usuário |
| C11 | Trabalho é desafiador considerando o contexto da população atendida |
| | Pouca equipe já foi uma fragilidade da instituição |
| | Falta de consenso sobre tratamento oferecido é um fragilidade |
| | Equipe é qualificada e dedicada com o serviço |
| | Usuários se identificam com o equipamento |
| P1 | Contexto de vida precário dos pacientes influencia muito o tratamento |
| | Saúde mental normalmente é negligenciado mas ter diretoria ajuda |
| | Não ter nenhum médico concursado é uma fragilidade do equipamento |
| | A equipe coesa e competente é a maior potencialidade do equipamento |
| P2 | Experiência pessoal de trabalho da entrevistada |

| | |
|----|---|
| | Falta de direcionamento em relação ao tratamento de álcool e droga prejudica efetividade do serviço |
| | Questões estruturais e falta de supervisão são fragilidades do equipamento |
| | Mudança em como os pacientes chegam ao CAPS |
| | O potencial do equipamento está em estar sempre estudando e construir o potencial dos pacientes |
| P3 | Experiência profissional da entrevistada |
| | Trabalho em rede não funciona de maneira adequada |
| | Estrutura pequena é uma fragilidade do equipamento |
| | A qualidade da equipe de trabalho é uma potencialidade do equipamento |
| P4 | Experiência profissional da entrevistada |
| | Fragilidade do equipamento é equipe pequena |
| P5 | Experiência profissional da entrevistada |
| | As fragilidades são a falta de engajamento familiar, não aceite de declarações no trabalho e falta de acordo com a rede |
| | As oficinas são as principais potencialidades do equipamento |
| P6 | Experiência profissional do entrevistado |
| | Fragilidades do equipamento está relacionada a estrutura, tamanho de equipe e distância das áreas mais populosas |
| | Potencialidade está no impacto positivo nos pacientes, dele socializarem melhor |
| P7 | Experiência profissional da entrevistada |
| | Recurso financeiro e humano é a principal fragilidade |
| | Oficinas são a potencialidade do equipamento |
| P8 | Experiência profissional da entrevistada |
| | Fragilidade está relacionada a estrutura e pessoal e falta de visibilidade com o público geral |

| | |
|--|--|
| | Potencialidade está em ver o paciente de modo integral |
|--|--|

Fonte: elaborado pelos autores

O número de indicadores que corresponderam à formação do núcleo de significação sobre fatores que influenciam na execução do serviço (quadro 5) foi 64. Todos os entrevistados tiveram pelo menos um indicador sobre esse tema. Dois entrevistados tiveram cinco indicadores, seis entrevistados tiveram quatro indicadores, nove entrevistados tiveram três indicadores, um entrevistado teve dois indicadores e um entrevistado teve um indicador relacionado ao tema. Oito entrevistados falaram sobre a falta profissionais de saúde no equipamento, oito também foi o número de entrevistados que afirmaram que a estrutura precária é um fator relevante, oito falaram sobre o impacto positivo que o equipamento tem com o paciente. A articulação ruim com a atenção primária foi apresentada por seis entrevistados, enquanto quatro deles afirmaram que a equipe de profissionais do equipamento é boa. Os outros indicadores eram sobre temas variados sem muito consenso.

Quadro 6 - Conhecimento e aplicação da PBE no equipamento

| Indicadores | |
|--------------------|--|
| C1 | Pouco conhecimento da PBE |
| | Não reconhecimento da Lei nº 12.401 |
| | Não uso da PBE pelos psicólogos da instituição |
| C2 | Não conhecimento da PBE |
| | Não reconhecimento da Lei nº 12.401 |
| | Condições de trabalho são satisfatórias para o uso PBE |
| C3 | Explicação insuficiente sobre PBE |
| | Não conhecimento da Lei nº 12.401 |

| | |
|-----|--|
| C4 | Descrição coerente do que é a PBE |
| | Não conhecimento da Lei nº 12.401 |
| | Afirmação de que profissionais usam PBE |
| C5 | Descrição errada da PBE |
| | Afirmação sobre o uso da PBE pelos profissionais usando reunião multidisciplinar como referência |
| C6 | Conhecimento adequado sobre PBE |
| | Não conhecimento da Lei 12.401 |
| | Uso da PBE pelos profissionais de maneira não consciente, demonstrada principalmente pelas reuniões multidisciplinares |
| C7 | Descrição imprecisa sobre a PBE |
| | Não conhecimento da Lei 12.401 |
| C8 | Pouco conhecimento sobre PBE |
| | Considera que psicólogas usam PBE por se fundamentarem em suas abordagens psicológicas |
| C9 | Pouco conhecimento de PBE |
| C10 | Não conhecimento da PBE, associação com PTS |
| | A PBE é válida para o setor público, porém precisa ter formação continuada |
| C11 | Descrição com um pouco de precisão sobre o que é a PBE |
| | Competência influência no uso da PBE |
| | Práticas não científicas prejudicam o uso da PBE |
| P1 | Foco hoje em desenvolvimento de conhecimento em TCC |
| | Conhecimento básico de PBE |
| | Psicanálise como prática não baseada em evidência e pouco efetiva no setor público |

| | |
|----|--|
| P2 | Conhecimento mínimo de PBE |
| | Colegas de trabalho não usam PBE pois são “engessados” |
| P3 | Pouco conhecimento sobre PBE |
| | Afirmação de uso de PBE enquanto usa psicanálise como base teórica |
| | Relação percebida entre a PBE e a TCC |
| | Visão de que teoria é igual a melhor evidência disponível |
| P4 | Conhecimento mínimo de PBE |
| | A PBE é utilizada pela entrevistada, enquanto alguns colegas não pois usam senso comum as vezes |
| P5 | Conhecimento mínimo de PBE |
| | Afirmação de que há o uso da PBE pelos profissionais do equipamento com excessos de médicos que têm mais dificuldade |
| P6 | Conhecimento mínimo de PBE |
| | Afirmação de que usa PBE na sua rotina |
| | Trabalho em equipe fortalece o uso da PBE |
| P7 | Não conhecimento de PBE |
| | Afirmação de que usa a PBE |
| P8 | Não conhecimento da PBE |
| | Afirmação de que a PBE é utilizada no equipamento |

Fonte: elaborado pelos autores

O número de indicadores que corresponderam à formação do núcleo de significação sobre conhecimento e aplicação da PBE no equipamento (quadro 6) foi 46. Todos os entrevistados tiveram pelo menos um indicador sobre esse tema. Um entrevistado teve quatro indicadores, sete entrevistados tiveram três indicadores e onze entrevistados tiveram dois

indicadores. Dez entrevistados não demonstram conhecimento sobre a PBE, oito apresentam conhecimento impreciso sobre a PBE, enquanto apenas um entrevistado soube descrevê-la corretamente. 17 entrevistados não demonstram conhecimento sobre a lei nº 12.401, os outros dois entrevistados não foram questionados sobre o tema por que estão de tempo. Quatro entrevistados afirmaram que não é utilizado PBE no equipamento, enquanto dez entrevistados afirmaram que a utilizam. Os outros indicadores eram sobre temas variados sem muito consenso.

Quadro 7 - Dimensões da PBE e sua aplicabilidade nos tratamentos em saúde pública

| | Indicadores |
|----|--|
| C1 | Grande ênfase em Particularidades do paciente e Experiência do Terapeuta e pouco no uso de Melhor Evidência |
| | Existem condições estruturais e processuais que afetam o usa da PBE |
| | PBE como uma necessidade no setor público |
| C2 | Grande ênfase em Particularidades do paciente e pouco na Experiência do Terapeuta e Melhor Evidência |
| | Incerteza na resposta sobre PBE ser válida no setor público |
| C3 | Grande ênfase em Experiência do Terapeuta Particularidades do Paciente e pouca em Melhor Evidência |
| | Não conhecimento da PBE pelos profissionais da instituição |
| | Não saber responder se a PBE é válida no setor público |
| C4 | Afirmações contraditórias entre o peso de Particularidades do Paciente, Melhor evidência disponível e Expertise do terapeuta |
| | PBE não é válida para o setor público por falta de condições de trabalho necessárias |
| C5 | Não resposta sobre peso das dimensões por focar muito em Particularidades do Paciente |
| C7 | Não uso da PBE pelos profissionais do equipamento, com foco grande na Expertise do Terapeuta |
| | O trabalho multidisciplinar ajuda na construção da Expertise do Terapeuta |

| | |
|-----|---|
| | A PBE não é válida no setor pública pela lógica da política |
| C8 | Particularidades do paciente em primeiro, Expertise do Terapeuta em segundo, Melhor evidência sem foco |
| | A estrutura do equipamento não afeta o uso da PBE |
| | PBE é essencial para o setor público |
| C9 | Afirmarções de que as três dimensões têm o mesmo peso, associação de Melhor Evidência com Teoria |
| | PBE é válida e importante para o setor público |
| C11 | Expertise do terapeuta é a dimensão mais utilizada nos tratamentos |
| | Falta de capacitação influência no uso da PBE |
| | PBE é exequível no setor público, porém não é feito movimento político para isso acontecer |
| P1 | Particularidades do paciente é a dimensão mais importante pois a evidência não foi criada para esse público |
| P2 | Todas dimensões tem o mesmo peso, ênfase em Melhor Evidência |
| P3 | Particularidades do paciente em primeiro, porém depois afirma que os três têm o mesmo nível |
| P4 | Particularidades do paciente é o que pesa, ao mesmo tempo que todas têm o mesmo peso |
| P5 | Particularidades do paciente tem mais peso |
| P6 | Particularidades do paciente tem mais peso |
| P7 | Particularidades do paciente e expertise do terapeuta pesam mais |
| P8 | Particularidades do paciente é o que mais pesa |

Fonte: elaborado pelos autores

O número de indicadores que corresponderam a formação do núcleo de significação sobre dimensões da PBE e sua aplicabilidade nos tratamentos em saúde pública (quadro 7) foi 30. Dezesete de 19 entrevistados tiveram indicadores sobre esse tema, (C6 e C10 não responderam sobre o tema). Cinco entrevistados tiveram três indicadores, três entrevistados

tiveram dois indicadores e nove entrevistados tiveram um indicador. Doze entrevistados afirmaram que a particularidade do paciente é o fator mais importante no planejamento e execução do tratamento, três afirmaram que seria a expertise do terapeuta a mais importante, um afirmou que seria melhor evidência, enquanto três pontuaram que as três dimensões têm o mesmo nível de importância. Quatro entrevistados afirmaram que a PBE é uma necessidade no setor público, ao mesmo tempo que o mesmo número afirmou que ela não é válida neste contexto. Os outros indicadores eram sobre temas variados sem muito consenso.

Quadro 8 - Nível de influência da região de fronteira nos atendimentos

| Indicadores | |
|--------------------|---|
| C1 | Pouca influência da Faixa de Fronteira nos atendimentos |
| | Diferenças culturais influenciam os atendimentos de estrangeiros |
| C2 | Influência da Faixa de Fronteira nos atendimentos |
| | Não atendimento de estrangeiros pelo equipamento |
| C3 | Tranquilidade em atender estrangeiros no CAPS |
| C4 | Fronteira influência nos atendimentos por causa do tráfico de drogas |
| | Atendimento de paciente vindos de outros países mas não de fronteira direta |
| C5 | Fronteira não influência nos atendimentos |
| | Atende pacientes estrangeiros porém não de fronteira |
| C6 | Pouco impacto da fronteira nos atendimentos |
| C7 | Existem estrangeiros sendo atendidos, os que vem da fronteira não afetam muito o atendimento |
| | A língua e a cultura de estrangeiros que vêm de países fora da fronteira influencia os atendimentos |
| C8 | Estrangeiros que moram nos países de fronteira influenciam pouco os atendimentos |
| | Estrangeiros de países fora da fronteira influenciam mais o atendimento por questão linguística |

| | |
|-----|---|
| C9 | Fronteira influencia no atendimento por existir tráfico na região |
| | Existe atendimento de estrangeiros mas não da fronteira |
| C10 | Fronteira não influencia nos atendimentos |
| C11 | Diferenças culturais e língua influenciam no atendimento |
| | Estar em fronteira influência nos atendimentos |
| P1 | Brasileiros estudando no Paraguai e alunos da Unila buscam tratamento no CAPS |
| | Estar em faixa de fronteira influencia no atendimento por questões culturais |
| | Cultura e língua são os principais fatores que influenciam nos atendimentos |
| P2 | Fronteira influencia pois é uma área de tráfico de drogas |
| | Outras culturas e línguas diferentes influenciam nos atendimentos |
| P3 | Fronteira influencia pois tem diferentes línguas e culturas |
| | Bastante atendimento do Paraguai, poucos atendimentos de pacientes vindo de outros países |
| P4 | Fronteira não influencia nos atendimentos |
| | Não foram atendidos pacientes de outros países |
| P5 | Fronteira não influencia nos atendimentos |
| | Paraguaios são atendidos pelo equipamento |
| P6 | Fronteira não influencia pois vem mais pessoas de outros estados do que de outros países |
| | Não são atendidos estrangeiros |
| P7 | Fronteira não influencia no atendimento |
| | Estrangeiros de fronteira não são atendidos neste equipamento |
| P8 | Não influencia porém precisa conhecer a cultura e as nacionalidades |

| | |
|--|---|
| | Hoje não tem demanda de estrangeiros de países de fronteira |
|--|---|

Fonte: elaborado pelos autores

O número de indicadores que corresponderam a formação do núcleo de significação sobre o nível de influência da região de fronteira nos atendimentos (quadro 8) foi 36. Todos os entrevistados tiveram pelo menos um indicador sobre esse tema. Um entrevistado teve três indicadores, 15 entrevistados tiveram dois indicadores e um entrevistado teve um indicador. Dez entrevistados afirmaram que a fronteira influencia pouco ou não influencia os atendimentos, nove afirmaram que ela tem influência. Doze entrevistados informaram que não atendem estrangeiros de fronteira em seu equipamento, enquanto sete afirmaram que atendem paraguaios ou argentinos.

7. DISCUSSÃO

Neste capítulo são apresentadas as discussões, problematizações e reflexões acerca dos resultados obtidos na pesquisa. Para isso, optou-se por dividir em duas partes: Análise intra núcleo e Análise inter núcleo.

7.1 Análise intra núcleo

Este procedimento tem como objetivo apresentar, problematizar e relacionar com a literatura as semelhanças e contradições identificadas nos discursos dos entrevistados (AGUIAR; OZELLA, 2006). Serão apresentados cinco núcleos de significação, em cada um deles serão apresentadas frases ditas pelos entrevistados que tentam representar suas visões de mundo, a partir delas, é realizado a problematização e relação a literatura sobre o tema.

7.1.1. “A EFETIVIDADE, ELA SÓ VAI ACONTECER QUANDO A GENTE CONSEGUE UNIR PROFISSIONAIS, ESTRATÉGIA DE TRABALHO E FINANCEIRO”: ASPECTOS RELACIONADOS À EFETIVIDADE DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL.

A construção deste núcleo foi organizada após análise de seus pré-indicadores e indicadores, que no total somam 25. Os entrevistados, tanto coordenadores como psicólogos, apresentaram várias críticas à efetividade da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), entre

os principais temas estão: relação ruim com a atenção primária e falta de hospitais de internamento.

“E eu sempre bato na tecla de que ainda precisamos trabalhar a baixa complexidade da saúde mental. Não trabalhar média e alta. Eu tô falando lá dentro da unidade básica de saúde, a psicoterapia, o psicólogo está lá, a atividade física está ali dentro, entende? (C6)”.

Como pode ser visto pelo relato da C6, a falta de articulação organizada com a atenção primária prejudica a efetividade da PNSM. O paciente não recebe um suporte psicológico necessário na UBS, o que faz com que sua demanda piore, assim eventualmente sendo encaminhado para o CAPS. O que leva ao questionamento, estariam as UBS estruturadas para receber e tratar pacientes com demandas psicológicas leves?

A Política Nacional de Atenção Básica, estabelecida pela portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017, propõe os Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), em que psicólogos fazem parte da equipe, com o objetivo de prover atendimentos psicológicos para a população. Porém, a portaria não estabelece como obrigatória a presença desses núcleos em todas as unidades, ou seja, a decisão fica por conta da gestão local. Considerando as críticas apresentadas pelos entrevistados, existem duas possibilidades: (1) as UBS citadas nas entrevistas não possuem NASF-AB ou (2) as UBS possuem NASF-AB, mas elas não estão sendo efetivas.

Ainda neste tópico, algumas das críticas estão relacionadas ao encaminhamento desnecessário. Segundo C11 *“O que é saúde mental hoje, chega numa unidade no posto de saúde, numa unidade básica, eles prontamente encaminham.”* Essas declarações corroboram com os achados de Gerbaldo *et al.*, (2018), de que uma das limitações das ações de saúde mental nas UBS é devido à crença de que qualquer demanda sobre o tema, deve ser atendida por um especialista, o que explica “eles prontamente encaminharem” usuários.

Além disso, críticas surgiram em relação ao papel da UBS nos tratamentos e pós-tratamentos dos usuários do CAPS. Segundo C11: *“A gente vê poucos trabalhos de prevenção, o acompanhamento de casos de saúde mental que poderiam ser realizados no posto de saúde.”* Segundo P5 *“a gente tá falando sobre isso já faz algum tempo, né? Sobre a atenção básica como centro regulador, né?”*. O desafio de integrar os serviços de saúde mental do CAPS e UBS não é novo, e segundo Paulon *et al.*, (2018), um dos principais fatores que influencia nisso, é a falta de preparo dos profissionais da UBS para lidar com o sofrimento psíquico dos usuários.

Ademais, críticas também foram feitas em relação à falta de hospitais de internamento. Nas entrevistas ficou claro que todos concordam com a Reforma Psiquiátrica e que os internamentos involuntários eram uma violência institucionalizada. Todavia, ao mesmo tempo,

cinco profissionais relataram dificuldades para internar pacientes que realmente necessitam de internação. Segundo um dos entrevistados *“hoje nós temos uma dificuldade muito grande com pacientes que ainda precisam do internamento psiquiátrico (C9)”*. Outro corroborando esse fato afirma que *“Na hora que ele tem um surto, na hora que ele precisa de um atendimento fechado, pra onde vai?(C10)”*. Por fim, uma psicóloga entrevistada acrescenta que *“mas eu ainda sou a favor de algumas unidades hospitalares centradas na psiquiatria (P1)”*.

É importante salientar que, no sistema CAPS, apenas o CAPS III possui leitos de internação, sendo eles de curta duração (sete dias no máximo) (BRASIL, 2002). Além disso, é preciso considerar que apenas municípios com população superior a 150 mil habitantes recebem autorização e recursos do MS para implantar e manter o CAPS III, muitos municípios brasileiros não possuem a opção de internação no CAPS. No entanto, de acordo com o profissional entrevistado, *“tem pacientes que precisam de uma internação a longo prazo (P1)”*.

Como visto na Portaria nº 3.588 de 21/12/2017, hospitais psiquiátricos foram incorporados à RAPS (até a Portaria ser revogada pela nº 757, de 21/06/2023), essa portaria sofreu grandes críticas por ser potencialmente anti Reforma Psiquiátrica, porém parece ser baseada em uma demanda sentida pelos profissionais atuantes do CAPS.

Todos os entrevistados que apontaram essa demanda, também enfatizaram a necessidade de o tratamento ser humanizado. Segundo P1 *“ainda acho necessário [hospitais psiquiátricos de internamento], mas de uma forma mais humanizada, não como era”*. Segundo os entrevistados (C9; C10; P1; P3 e P5), a PNSM é menos efetiva por não ter esse tipo de tratamento mais amplamente disponível, o paciente muitas vezes fica em uma ala psiquiátrica de um hospital. Segundo P3 *“Deveria ter esse modelo de internação que eu acho que deveria ser modificado, né? Porque ele fica lá num hospital, numa ala psiquiátrica e lá não tem um trabalho.”*

Apesar da demanda apresentada pelos entrevistados ser genuína, cabe a reflexão sobre a operacionalidade de “hospitais psiquiátricos humanizados”. Um tipo de instituição que poderia representar essa lógica atualmente são as Comunidades Terapêuticas (CT), também incorporadas ao RAPS pela Portaria nº 3.588 e que recebem financiamento do Ministério da Saúde (BRASIL, 2017).

A proposta da CT é de ser um lugar onde se promove reinserção social, porém após inspeções realizadas pelo Conselho Federal de Psicologia em 2011 e 2017 foram encontradas nas CTs uma infinidade de irregularidades, abusos e violação de direitos, como por exemplo: internações sem prazo de término; “laborterapia” – trabalhos forçados e sem remuneração; cárcere privado; castigos, punições e indícios de torturas entre outras violências (SILVA;

COHN, 2018). Como poderia ser operacionalizado um hospital de internamento humanizado, considerando a dificuldade de fiscalização das violências praticadas em CTs?

Silva & Dimenstein (2014) abordaram essa problemática e tiveram algumas reflexões importantes: o CAPS é responsável pelo manejo e monitoramento do usuário, porém ele não possui recursos para atendê-lo dependendo do nível de crise que está ao paciente. É importante portanto, que exista na rede um equipamento internamento psiquiátrico humanizado e que dê continuidade ao serviço prestado no CAPS. Ainda nesse ponto, os autores ressaltam que é importante que o CAPS não tenha internação a longo prazo, porque isso poderia “hospitalizar” o serviço, assim ferindo a Reforma Psiquiátrica.

Portanto, com base no conteúdo organizado neste núcleo de significação, os entrevistados enxergam que para a PNSM ser efetiva, ela precisa articular melhor o papel da UBS no cuidado, encaminhamento e acompanhamento de usuários com demanda em saúde mental, a fim de não sobrecarregar o CAPS, realizar prevenção em saúde mental e diminuir chance de recaídas após tratamento. Além disso, seria preciso disponibilizar hospitais psiquiátricos humanizados de maneira ágil para pacientes que estejam em crise, para que quando o CAPS não tiver os recursos para tratá-lo, sejam encaminhados com segurança e garantia de que não sejam segregados, dominados e violados. A pergunta chave é: é possível um hospital de internamento ser humanizado? Quem garantiria essa humanização? Como ele seria garantido?

7.1.2. “ENTÃO, A GENTE PRECISARIA AMPLIAR A EQUIPE. TODA A EQUIPE”: FATORES QUE INFLUENCIAM NA EXECUÇÃO DO SERVIÇO.

O número de indicadores produzidos por esse intra núcleo foi (n=64). Ambos os públicos entrevistados apresentaram argumentos que representam aspectos positivos e negativos que influenciam a execução do serviço prestado pelo CAPS, são eles: faltam profissionais no equipamento, estrutura física é precária, articulação com a atenção primária é ruim, a equipe de profissionais é boa, impacto gerado nos pacientes é positivo e outros fatores.

Cada tipo de CAPS possui uma quantidade mínima de profissionais, variando entre nove no CAPS I e 17 no CAPS AD III (BRASIL, 2002). O que foi possível perceber nas entrevistas é que essa quantidade mínima é insuficiente para atender à demanda. Para o coordenador de um equipamento CAPS, “*A equipe mínima é muito mínima*” (C8). Outro coordenador entrevistado reitera esse entendimento comentando que “*hoje, com dois psicólogos, a gente não dá conta da demanda específica que o adolescente está trazendo hoje (C1)*”.

Há mais de dez anos, quando foi publicada, pelo Ministério da Saúde, a Portaria nº 336, em 19 de fevereiro de 2002, instituindo o número mínimo de profissionais para atuar em cada uma das modalidades de CAPS (BRASIL, 2002), a equipe mínima poderia ser suficiente. No entanto, diversos estudos realizados em CAPS, no decorrer dos últimos anos, em diferentes momentos e localidades, sinalizam que as mudanças no contexto social, político e econômico da sociedade tais como o maior conhecimento por parte da sociedade sobre a existência dos CAPS e sobre a possibilidade de acessar estes serviços por demanda espontânea, o aumento da cobertura populacional da Atenção Primária à Saúde.

Ademais, o próprio avanço das políticas neoliberais e da pandemia da Covid-19 que produziram efeitos nefastos sobre a vida coletiva, tais como o desemprego, a precarização do trabalho e o isolamento social, contribuíram para ampliar a demanda por serviços de atenção psicossocial nos CAPS, de modo que a equipe multiprofissional mínima e obrigatória pode não ser mais suficiente para dar conta da demanda (LIMA; SAMPAIO e FERREIRA JUNIOR, 2023; ARAÚJO; TORRENTÉ, 2023; SILVERA *et al*, 2024).

Um estudo realizado por Nacamura *et al.* (2022) que, ao investigar no CAPS ad de um município de médio porte do estado do Paraná entre setembro de 2019 e março 2020, concluiu que a quantidade de profissionais era insuficiente, considerando o aumento da complexidade do serviço na última década. Somado a isso, os mesmos autores identificaram a existência de uma ambivalência na visão dos profissionais do CAPS sobre a equipe multidisciplinar: se, por um lado, a pluralidade de visões ajuda a ver o paciente como um todo, por outro lado, pode dificultar a tomada de decisão. Essa ambivalência não foi mencionada nem pelos psicólogos e nem pelos coordenadores entrevistados.

Se, por um lado, o número insuficiente de profissionais de saúde ou a falta de qualificação para o serviço são fatores que influenciam negativamente o serviço, por outro lado, uma equipe tecnicamente qualificada e a apta para o trabalho social e interprofissional são grandes potencialidades para o bom funcionamento do CAPS.

Foi possível observar isso nas entrevistas realizadas, quando um(a) psicólogo(a) afirma “o que a gente tem de melhor é a equipe, hoje a gente tem uma equipe bem coesa” (P1). O mesmo argumento de que a equipe, que é formada por profissionais de áreas diferentes, trabalha de maneira coesa, foi também apresentado por um coordenador: “a gente tem profissionais com perfis diferentes, mas que se complementam” (C11). C1 e C8 tiveram argumentos semelhantes.

Outra questão mencionada de forma recorrente nas entrevistas foi a estrutura precária da instituição (C1; C2; C8; C9; P2; P3; P6 e P8). De acordo com um entrevistado, “Tem questões estruturais. Hoje, por exemplo, eu sou uma pessoa que não tem uma sala de

atendimento” (P2). Outro profissional comentou “*Esse CAPS teria que ter uma estrutura maior, né? Desde que a gente começou a gente já previa isso*” (P3).

Dentre os fatores que levam ao déficit de infraestrutura, seja quantitativo (instalações físicas que não comportam as atividades que precisam ser desenvolvidas), seja qualitativo (adequação das instalações), pode-se destacar o fato de que, as vezes, o serviço funciona em instalações locadas e que, portanto, não foram construídas para atender as necessidades específicas de funcionamento do serviço (FEUERSCHUETTE; FRANCO; ROSSI, 2024), além da insuficiência de recursos públicos para investimentos em construção de novos equipamento e expansão dos equipamentos já existentes (NOBRE; ROSA, 2023).

Além disso, sem a infraestrutura adequada para o atendimento das demandas apresentadas aos profissionais, a realização do serviço pode ficar prejudicada. Como afirmou C9 “*Não tem como eu estar insatisfeito com o local e fazer um trabalho adequado, né?*”.

Esta declaração remete ao conceito de ergonomia que é uma área do conhecimento que estuda a relação do trabalhador e o ambiente de trabalho, avaliando os impactos que o ambiente físico pode ter sobre o comportamento das pessoas (ARAÚJO; LEITE; OLIVEIRA, 2021). No contexto da saúde esse tema é essencial, pois o ambiente planejado conforme as necessidades apresentadas pelos profissionais pode melhorar o serviço prestado como também manter os profissionais seguros (POMPERMAIER *et al.*, 2023).

Questões estruturais e de equipe influenciam negativamente o serviço, principalmente pela demanda alta de serviço. Segundo C3 “[...] *nós temos pacientes aqui dentro que não são do CAPS. Por quê? Porque o CAPS é pra ser transtornos mentais graves e persistentes*”. [...] “*E eles acabam vindo pra gente porque eles estão numa fila, numa fila de ambulatório de quatro mil pessoas, muito maior que a nossa*”. Essa temática tem relação com uma queixa comum dos entrevistados: articulação ruim com a atenção primária (C3; C4; C7; C10; P3; P6 e P8)

Para compreender as afirmações supracitadas, parece importante fazer uma breve descrição sobre os ambulatórios multiprofissionais de saúde mental, incluídos na RAPS, pela Portaria nº 3.588 de 21/12/2017, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2017).

Embora tanto os ambulatórios multiprofissionais de saúde quanto os CAPS estejam situados na atenção secundária à saúde mental, o público atendido por ambos é distinto. O ambulatório de saúde mental oferece atendimento psicoterápico individual ou em grupo, com certa regularidade, desde que pré-agendado, a todas as faixas etárias e em diferentes especialidades, desempenhando uma função complementar à atenção básica e aos CAPS ao atuar, principalmente, no caso de unidades mistas, como referência no matriciamento. Com

isso, percebe-se que são encaminhados ao ambulatório pessoas que *“pode suportar minimamente um tempo de espera em relação ao horário de funcionamento da unidade, ao primeiro atendimento e consultas subsequentes, embora possam, por vezes, contar com prontos atendimentos”*, enquanto pessoas com graves transtornos psíquicos que necessitem de um cuidado mais imediato e intensivo, ao até mesmo, diário, seriam atendidas nos CAPS. (DAMOUS; ERLICH, 2017, p. 919).

A partir da fala do entrevistado (C3), verificou-se que, mesmo após a criação dos ambulatórios especializados em saúde mental com o propósito de atender os casos de saúde mental menos urgentes que podem aguardar por um atendimento pré-agendado, o CAPS segue enfrentando problemas com a sobredemanda, tendo em vista que recebe encaminhamentos de usuários que, a princípio, possuem perfil para o atendimento ambulatorial, mas que não suportam aguardar na longa fila de atendimento.

Ou seja, este caso revela que, em alguns casos, a despeito de que os ambulatórios em saúde mental tenham aumentado a capacidade de atendimento, não foi suficiente para resolver a questão da sobredemanda que, por vezes, compromete não somente a qualidade do serviço prestado pelo CAPS, mas também o funcionamento harmonioso e o bom desempenho de toda a rede de serviços em saúde mental.

Apesar dos aspectos citados acima, um fator comum em relação ao serviço é da potencialidade principal do CAPS está no impacto positivo na vida do usuário. Segundo C10 *“Você pegar o paciente lá da estaca zero e ver a evolução dele até a alta [é sensacional]”*. Esta alta estaria relacionada a uma série de impactos na vida do usuário: C1 *“tirar crianças da depressão e da ideação suicida”*; C4 *“É o retorno da capacidade laborativa e do convívio familiar”*; C6 *“ele ainda consegue abraçar, acolher, evitar o suicídio, né?”*; C9 *“é justamente essa qualidade do atendimento a esse serviço, a redução de internamentos psiquiátricos,”* e P6 *“Principalmente em questão de controle emocional, principalmente em questão de socialização, novamente, sabe?”*

Ao encerrar as discussões das informações apresentadas neste núcleo, é possível afirmar que os desafios enfrentados pelos CAPS, sob perspectiva dos entrevistados, estão relacionadas não apenas com a falta de investimentos públicos na manutenção e expansão das instalações físicas e na ampliação e educação permanente das equipes multiprofissionais, mas também com a própria complexidade envolvida na realização da PNSM, cuja efetividade depende tanto de condições materiais adequadas (recursos físicos e humanos), quanto da comunicação eficiente e de trabalho cooperativo e articulado entre os diversos profissionais e/ou serviços que fazem parte da RAPS, o que, em alguma medida, reflete a subjetividade dos trabalhadores que

atuam na rede. Em outras palavras, o desempenho individual de cada trabalhador e gestor, do CAPS e da rede, dependem diretamente do modo como sentem, pensam e entendem a política pública, o usuário do serviço, os processos de trabalho, o papel de cada serviço/profissional dentro da rede, além do modo que reagem diante dos dissensos, das dificuldades e dos desafios que precisam enfrentar enquanto operadores da PNSM.

Desse modo, conclui-se, primeiramente, que a PNSM é uma política em consolidação e em permanente construção, no sentido que pode ser alterada, incorporando novos avanços, mas também retrocessos. Um exemplo disto é a publicação da Portaria nº 3.588 de 21/12/2017, pelo Ministério da Saúde, que ao atender os clamores dos próprios trabalhadores da saúde por ampliação da capacidade de atendimento e de internamentos em hospitais gerais, aproveita para autorizar a volta dos, já extintos, hospitais psiquiátricos, incluindo-os como equipamentos da RAPS. Em segundo lugar que, para que o CAPS tenha uma equipe de profissionais maior, estrutura física adequada e possa melhorar a sua articulação com a rede, é necessário que ocorram não apenas mudanças na PNSM, mas também no modo como governantes e trabalhadores da saúde pensam e realizam a política pública.

7.1.3. “É AQUILO QUE EU PEGO UM PACIENTE COM UM PROBLEMA, E EU INVENTO AQUELE PROBLEMA, PRA DAÍ EU EXECUTAR UM PLANO TERAPÊUTICO, MAIS OU MENOS SERIA ISSO, OU NÃO?”; CONHECIMENTO E APLICAÇÃO DA PBE NO EQUIPAMENTO.

O número de indicadores produzidos por esse intra núcleo foi de 47. Houve diferença entre as respostas dos coordenadores e psicólogos, de modo geral, psicólogos souberam explicar minimamente o que era a PBE, enquanto a maioria dos coordenadores a desconhecia. É possível argumentar que a formação influencia, ainda mais que apenas três coordenadores tinham formação em Psicologia. As respostas foram agrupadas nos seguintes tópicos: nível precário de conhecimento da PBE, não de conhecimento da Lei nº 12.401 e a utilização (ou não) da PBE no equipamento.

Considerando que a PBE significa equilibrar três dimensões em prol da estruturação e execução da intervenção: melhor evidência disponível, expertise do terapeuta e particularidades do paciente (LEONARDI, 2016; LEONARDI *et al.*, 2023), foi possível classificar as respostas entre: precisa, imprecisa e desconhecida.

Quadro 9 - Respostas sobre nível de conhecimento sobre PBE

| Classificação | Qtd de respostas | Entrevistado |
|----------------------|-------------------------|--|
| Precisa | 1 | C4 |
| Imprecisa | 8 | C3, C8, C11, P1, P2, P3, P5 e P6 |
| Desconhecida | 10 | C1, C2, C5, C6, C7, C9, C10, P4, P7 e P8 |

Como pode-se perceber, metade dos psicólogos soube minimamente explicar o que era a PBE, enquanto dois terços dos coordenadores desconheciam ou descreveram de maneira errada o paradigma estudado. A nível de curiosidade, o único profissional a responder corretamente, é coordenador de equipamento e psicólogo.

Segundo C4: *“Eu acho que são práticas que a gente já vivenciou, que já tem algumas literaturas trazendo alguns exemplos, algumas orientações relacionadas àquele paciente”*. Não sendo uma resposta exatamente igual a apresentada por Leonardi (2016; 2023), ela ainda apresenta os principais pontos da PBE.

Já os entrevistados com a classificação “imprecisa”, tentavam explicar a PBE fazendo associação com a Terapia Cognitiva Comportamental (TCC), *“Na verdade, eu sei que ela... não sei se é o que eu imagino. Porque eu estudo o TCC e sei que ela tem alguma coisa a ver com a terapia cognitiva ou não (C3)”*. Era previsto esse tipo de confundimento, pois como já foi apresentado, na revisão de escopo, a TCC é um tratamento empiricamente sustentado para várias demandas, como Transtorno Depressivo Maior e Transtorno de Ansiedade Generalizada (APA, 2023).

Porém, isso não quer dizer que TCC é a PBE. Isso apenas quer dizer que ela pode fazer parte de uma das três dimensões: a melhor evidência disponível, porém se o terapeuta TCC não equilibrar com sua expertise e as particularidades do paciente, ele não está fazendo PBE.

Além disso, outros entrevistados tentaram descrever a PBE focando apenas na melhor evidência disponível. Por exemplo, C11 e P5 respectivamente, *“artigos que foram avaliados, que realmente foi percebido ali, através de evidências, que aquela prática, ou que aquela ideia, aquele projeto, tenha algum resultado”* e *“a gente fala de uma abordagem, por exemplo, que tem muito mais estudo e muito mais comprovação de efetividade do que outras.”*

Na sessão de Prática Baseada em Evidências no setor público, foram analisados instrumentos que buscam avaliar o uso de PBE e foi identificado que a maioria deles foca majoritariamente na dimensão Melhor Evidência Disponível. Considerando que até

instrumentos padronizados dão mais ênfase para essa dimensão, não é surpreendente que alguns profissionais relacionem a PBE a ela. Porém, usar melhor evidência não garante uso da PBE, é preciso equilibrar com as outras dimensões.

Sobre os 10 profissionais que explicaram de maneira que demonstra que desconheciam a PBE, as respostas variaram entre *“Não, eu não conheço, com esse termo eu não conheço (C2)”* à *“Eu conheço um pouco da prática, é a metodologia ativa, né? (C5)”*. Alguns entrevistados associaram a PBE com o Projeto Terapêutico Singular (PTS) *“Com esse termo, não. Que seria o nosso PTS, então (C9)”* e *“Olha, pra ser sincera, não conheço, assim, bastante. Seria, na verdade, o plano terapêutico singular (C10)”*.

O PTS é construído a partir da entrada do usuário no CAPS, com o objetivo de organizar o tratamento levando em consideração a individualidade do paciente, demanda dos setores de saúde e o alinhamento das áreas de atuação do CAPS, como Psicologia, Psiquiatria, Terapia Ocupacional, entre outras (PINTO *et al.*, 2011). É possível fazer PBE no PTS? Sim, no entanto, o PTS é garantido que se está fazendo PBE? A resposta é não.

Sobre o nível de conhecimento dos entrevistados sobre a Lei nº 12.401, nenhum entrevistado a reconheceu. A lei afirma que evidências científicas precisam ser levadas em consideração na hora da implementação de um tratamento de assistência terapêutica (BRASIL, 2011b). *“Qual é? Pelo número? Tem um resuminho? Tem um resuminho que fica do lado?”* perguntou P5. Enquanto C2 disse: *“Nossa, não tô me lembrando”*.

Muitos coordenadores afirmaram que seus psicólogos utilizam PBE e muitos psicólogos confirmaram isso, porém as explicações sobre uso foram insuficientes. Segundo C6 *“Na hora da elaboração do plano terapêutico, sim, até porque não é feito somente por ele, né? Não é somente feito por ele, pela enfermeira, pelo assistente social, junto com o paciente, ou do médico, é feito em equipe, entende?”*. Todavia, não é porque a equipe multiprofissional está avaliando o caso que a PBE será necessariamente utilizada.

Além disso, explicações com base em abordagens psicológicas também foram apresentadas. Segundo C8 *“Sim, acredito que sim [usam PBE]. Porque cada uma vai ter sua abordagem, né? Mas elas conseguem passar isso dentro da abordagem delas”*. Aqui entra uma problemática importante e controversa: ter uma base teórica é diferente de usar melhor evidência disponível.

Segundo P3 *“É o que cada profissional se identifica e aquilo que você vai buscar dentro daquilo que você acredita, né [eu me identifico com a Psicanálise]?”*. Outro(a) entrevistado(a) (C4), por sua vez, declarou *“É, eu poderia só dizer que psicanálise não é ciência. Mas curto a resposta”*. A discussão sobre efetividade de abordagem é complexa, porém um ponto

importante da PBE é apresentar a melhor evidência com base em estudos que demonstram efetividade para demandas específicas, independentemente da abordagem.

A psicanálise sofre críticas por não demonstrar em grande escala evidência para demandas específicas, alguns psicanalistas enxergam essa problemática e propõem soluções para a abordagem. Como afirma Fontoni (2015):

Quando falamos em saúde pública, falamos de um grande número de indivíduos que necessitam de tratamentos de amplo alcance, o que os moldes de análise individual, infelizmente, não têm condição de abarcar na atualidade. Mais do que isso, é necessário que se possa prevenir o desenvolvimento patológico, pois tanto do ponto de vista de custo quanto de prognóstico, a prevenção é o melhor caminho. Para isso, são necessárias mais pesquisas em psicanálise, como a realizada por Kupfer *et al.* (2009), na qual os autores, a pedido do Ministério da Saúde, realizaram um estudo em busca de sinais de risco para o desenvolvimento psíquico em bebês a partir da teoria psicanalítica (Fontoni, 2015, p. 8.)

Portanto, a Psicanálise (como qualquer outra abordagem) pode ser utilizada em PBE, desde que produza evidências de eficácia em tratamentos específicos. C4 afirma que seus psicológicos usam PBE pelo seguinte motivo: *“Então eu percebo que elas tendem a fazer muita prática cognitiva, né. Comportamental desses pacientes, a maior parte dela”*. Porém, como já abordado, mesmo tendo evidências, é preciso equilibrar a outras dimensões, usar TCC não garante uso da PBE.

Além dos entrevistados, que demonstraram ter um entendimento equivocado sobre o uso da PBE. algumas entrevistas responderam que seu equipamento não utiliza PBE. De acordo com um coordenador, um dos motivos é a falta de conhecimento e de atualização profissional: *“São pessoas que, não que não sejam bons profissionais, mas não se atualizam (C1)”*. Outro profissional entrevistado apresentou uma resposta similar: *“Daqueles que eu conheço, trabalhei junto e tal, porque eu tô há 20 anos aqui. O pessoal é muito engessado (P2)”*.

A ideia de não se atualizar influencia no uso da PBE. Duas das cinco principais habilidades necessárias para realizar PBE têm relação com a atualização de conhecimento: (a) realizar buscas eficientes nas bases de dados e (b) ler artigo científico inteiro e não apenas o resumo (COSTA; COSTAS, 2023).

Ainda, sobre essa questão, parece oportuno mencionar que é difícil imaginar que um profissional consiga fazer PBE, sem se atualizar sobre novas evidências, mas também é pouco provável que esta atualização ocorra, sobretudo, se for levado em conta as condições objetivas de realização da PNSM, discutidas em outros núcleos, tais como a falta de infraestrutura, equipes defasadas em relação ao número de profissionais e uma sobredemanda a ser atendida. Tendo observado este cenário, é necessário perguntar: a que horas e em que local os psicólogos que atuam nos CAPS deveriam estudar em busca da melhor evidência a ser utilizada em cada

um dos seus casos? Na instituição em que trabalham, parece que nem sempre há condições para isto. Logo, se não houver uma política efetiva de formação continuada, com agenda permanente, dentro da jornada de trabalho, para realizar atividades de atualização e estudo, a decisão de se qualificar fora do horário de trabalho ficará a critério de cada profissional.

Em suma, essa análise intra núcleo apresentou a resposta para um dos objetivos específicos da pesquisa, que era compreender o nível de conhecimento da PBE e a sua utilização, por parte dos psicólogos, que trabalham nos CAPS.

Constatou-se que 18 dos 19 entrevistados não souberam explicar corretamente o que seria a PBE, ou seja, demonstraram não possuir uma compreensão apurada sobre o tema. Enquanto alguns participantes disseram que utilizam a PBE, mas suas explicações foram insuficientes para demonstrar que de fato usam, outros assumiram que a PBE não é utilizada em decorrência da falta de atualização dos profissionais. Portanto, a resposta da maioria dos participantes, leva a concluir que a PBE é pouco conhecida e utilizada pelos psicólogos que atuam nos CAPS incluídos na pesquisa.

7.1.4. “NA MINHA OPINIÃO, SEMPRE É O PACIENTE QUE VEM EM PRIMEIRO LUGAR E POSTERIOR FICA 50% TANTO PARA EVIDÊNCIA CIENTÍFICA QUANTO PARA O PROFISSIONAL, NÉ?” DIMENSÕES DA PBE E SUA APLICABILIDADE NOS TRATAMENTOS EM SAÚDE PÚBLICA.

Este núcleo produziu 30 indicadores, nem todos os entrevistados tiveram respostas que criaram indicadores que fazem parte deste núcleo de significação. As respostas apresentadas, tanto por coordenadores como por psicólogos foram similares. Os principais temas encontrados foram: particularidades do paciente como dimensão mais importante, a PBE como uma necessidade e PBE como uma proposta inválida para o setor público.

Muitos entrevistados mostraram-se contraditórios e confusos ao serem questionados sobre as dimensões do PBE, situação compreensível quando levado em consideração que a maioria demonstrou ter pouco ou nenhum conhecimento sobre a PBE. Portanto, é evidente que tenham dificuldades para discutir as dimensões a serem consideradas por quem utiliza a PBE, bem como, sobre o peso de cada uma delas. Apesar das contradições, 12 dos 19 entrevistados declararam que as particularidades do paciente é o fator mais importante na hora de organizar um tratamento no CAPS.

Nesse sentido, pode-se destacar o depoimento de um entrevistado que mencionou o seguinte: *“Eu acho que vai muito do caso, realmente, vai muito da particularidade”* (C2). Além disso, vários entrevistados sinalizaram que, por conta do contexto social, no qual os pacientes do CAPS, normalmente se encontram, é preciso ter uma atenção redobrada nessa dimensão. Esse argumento fica evidente na fala de alguns entrevistados tais como, *“Sim, porque não tem como propor alguma coisa se você não tem noção de como, em que ambiente que aquele paciente é inserido (C4)”*. Do mesmo modo, outros participantes da pesquisa alegaram: *“mas eu diria assim, no CAPS, no geral a gente olha para o paciente (C8)”*; *“As particularidades do paciente [como fator mais importante], né? (P3)”*

Muitas vezes, o alto foco nas particularidades do paciente pode ser justificado pelo elevado nível de adaptação necessário que precisa ser feito no tratamento para atender a população do CAPS. Segundo P1 *“A TCC não foi criada no Brasil, por exemplo. Ela não é uma realidade brasileira. E não é uma realidade feita, por exemplo, para analfabeto, pra gente que passa fome.”* Este não é um argumento novo.

Em 2009, Pamela Hays argumentou que a TCC tem um grande desafio de adaptar suas intervenções para outras culturas, como por exemplo a latino-americana (HAYS, 2009). Esse desafio foi abordado em uma revisão de literatura brasileira em 2016, a conclusão foi de que a TCC é eficaz em populações latinas, quando realiza integração de aspectos culturais locais. Porém, não há consenso sobre como realizar essas adaptações (POMBO *et al.*, 2016).

É interessante perceber que era possível responder que as três dimensões tinham o mesmo peso. Apenas um entrevistado respondeu isso e foi consistente em sua resposta: *“Então, eu preciso saber essa particularidade, eu preciso, sim, ter essa questão da experiência, da prática, e eu também tenho que ter uma teoria que me guia, né?”*, *“Acredito que as três têm o mesmo peso (C9).”*

A expertise do terapeuta foi o foco principal de quatro entrevistados, por exemplo C7 *“A experiência. Eu acho que quando a experiência deles chega no limite, aí entra com a literatura, entendeu?”*. Enquanto melhor evidência foi enfatizada na resposta de apenas um entrevistado: *“Quando eu vejo um problema, por exemplo, se eu tô tratando de depressão, eu vou lá, trago a literatura de depressão (P2).”*

Em relação a visão dos entrevistados sobre a aplicabilidade da PBE no setor público, houve respostas com conteúdo opostos. Alguns entrevistados disseram que o paradigma é uma necessidade no setor público. *“Eu acredito que ela é válida, sim. E, na verdade, penso que ela é a chave de tudo, né? [...] Se eu não conseguir vincular a teoria com a minha prática e a particularidade do sujeito, eu não consigo evoluir, digamos assim, né?”* (C9).

Porém, outros não compartilham desta visão. Segundo C4 “[Sobre a PBE ser válida no setor público] não, não é. Até pela falta de formação continuada. [...] Eu acredito que a formação continuada poderia trazer esses benefícios e ampliar essas situações de evidência”. É interessante pontuar que a falta de capacitação foi um fator que apareceu várias vezes como uma explicação para o não uso da PBE.

Um dos fatores que podem dificultar a aplicação da PBE é a falta de cultura de pesquisa no SUS (ANDRADE; PEREIRA, 2020). A falta de capacitação influencia diretamente na cultura de pesquisa de uma instituição de saúde, se o sistema não instrumentaliza o profissional a pesquisar novas evidências, dificilmente ele irá fazê-lo.

Além desses pontos, C6 trouxe um ponto organizacional importante: “Então, quando eu gasto o tempo do meu trabalho pesquisando, eu não gero um número, [...] no âmbito político, ela nunca vai ser aplicada”. Considerando que a demanda de atendimentos é alta, faz sentido imaginar que a nível político, não é recomendável que profissionais atendam menos para pesquisar mais.

Com base nos dados coletados neste intra núcleo, foi possível identificar que as particularidades do paciente é a dimensão mais considerada para o tratamento principalmente pelas características do público atendido pelo CAPS. Também foi concluído que a PBE pode ser executada no setor público, desde que haja mudança a nível político, aumento de capacitação e infraestrutura.

7.1.5. “INDEPENDENTE DE QUEM FOR O PACIENTE, SE ELE FOR O PACIENTE, POR EXEMPLO, NÓS ATENDEMOS”: NÍVEL DE INFLUÊNCIA DA REGIÃO DE FRONTEIRA NOS ATENDIMENTOS

Neste último intra núcleo desenvolvido foram identificados 36 indicadores. As respostas mostraram uma grande disparidade sobre a influência da fronteira nos atendimentos, enquanto uma metade afirmou que a fronteira influencia pouco, a outra disse que essa característica da região influencia diretamente os atendimentos. Além disso, segundo a maioria dos entrevistados, estrangeiros não são atendidos no seu equipamento.

Ao serem perguntados sobre o impacto da fronteira, alguns entrevistados afirmaram que esta questão não tem influência sobre o seu atendimento (C1; C3; C5; C6; C8; C10; P4; P5; P6 e P7). Nesse sentido, um entrevistado afirmou “Não, digamos assim, não influencia tanto,

sabe? Ao meu ver, pelo menos. É só essas barreiras linguísticas e um pouquinho, assim, de alguns pontos de vista um pouco diferentes, sabe? (P6)”.

De acordo com C5: *“Eu acredito que não tem influência nenhuma. [...] independente de quem for o paciente, se ele for o paciente, por exemplo, nós atenderemos”*.

Um dos fatores que poderiam estar relacionados às respostas é a distância das cidades da linha de fronteira: quanto mais perto da linha, maior seria a influência. Porém, analisando as respostas, isso não pode ser afirmado.

Considerando as cinco cidades que participaram da pesquisa, todas tiveram mais de uma entrevista realizada. Quatro das cinco cidades tiveram respostas divergentes entre os entrevistados, o equipamento que teve respostas compatíveis foi Umuarama, ambos os entrevistados responderam que estar em faixa de fronteira não influencia nos atendimentos. Foz do Iguaçu, Cascavel, Toledo e Francisco Beltrão tiveram entrevistas tendo respostas contraditórias. É importante destacar que Foz do Iguaçu, sendo o único município que tem divisa com a fronteira, obteve três respostas dizendo que a fronteira influencia no atendimento (C11, P1 e P3) e duas dizendo que influencia pouco (C3 e C8).

Em relação aos que sentem que a fronteira influencia nos atendimentos, as respostas focaram em dois pontos: rota de drogas e diferença cultural. Segundo C13 *“Mas eu entendo que hoje a gente tem um contingente maior de pessoas em uso de droga por ser rota de tráfico aqui em Cascavel, não?”*. As áreas de fronteira realmente apresentaram nível maior de organização de narcotráfico em comparação a outras regiões do país, segundo Lyra & Lima (2024), o tráfico de drogas é um problema comum em todos os estados com fronteira internacional do país.

Já sobre as diferenças culturais, os pontos principais foram a questão linguística e de costumes. Segundo C7 *“A forma como eles olham a infância, a construção da família, a questão do gênero é muito mais... muito mais evidente”*. Como já foi dito por Scliar (2007), a fronteira é um espaço transcultural, novas maneiras de viver, criar hábitos e costumes são desenvolvidos neste local.

Sobre a questão linguística, alguns entrevistados afirmaram que têm dificuldades para se comunicar com pacientes estrangeiros, ao ponto de pedir para parentes traduzirem a conversa. O impacto da diferença linguística e cultural é difícil de mensurar, porém um ponto apresentado por C8 destaca impacto dessas *“Mas quando você não consegue criar vínculo com o paciente estrangeiro, você não consegue atender ele”*

Conseguir se conectar com a história da pessoa, demonstrar compreensão e sensibilidade sobre os assuntos que ela aborda são essenciais para desenvolver vínculo com os

pacientes, sem essa capacidade, principalmente por motivos linguísticos, pode ter efeito negativo no tratamento. Segundo C8, *“eu acho que quanto mais você tiver acesso, na facilidade com a língua do outro, mais fácil a comunicação”*.

Apesar das respostas sobre fronteira terem sido contraditórias, o atendimento de estrangeiros vindo da fronteira foi bem claro. Todos os entrevistados de Foz do Iguaçu afirmaram atender estrangeiros da fronteira, apenas mais dois entrevistados tiveram a mesma resposta, um de Toledo e um de Cascavel. Os outros doze entrevistados afirmaram que não atendem esse público. Principalmente os entrevistados de Cascavel afirmaram atender pacientes do Haiti e Venezuela, porém eles não são estrangeiros de fronteira direta da região estudada, portanto não entram no escopo da pesquisa.

Em suma, foi possível perceber que existiram contradições em relação às respostas dos entrevistados, alguns sentem que a faixa de fronteira não influencia nos atendimentos, enquanto outros sentem que sim por questões de cultura e linguística. Considerando o impacto que uma comunicação ruim com um estrangeiro pode influenciar em um tratamento, seria interessante a nível político, possibilitar treinamento linguístico, principalmente para os profissionais do CAPS de Foz do Iguaçu, onde o atendimento de estrangeiros de fronteira direta mostrou-se recorrente.

7.2 Análise inter núcleo

Após todas as análises intra núcleo serem apresentadas e discutidas, é realizado as análises inter núcleo, onde são apresentados pontos de concordância e contradições entre os núcleos. Os pontos de concordância são vistos como consensos consistentes nas respostas dos entrevistados entre núcleos, enquanto as contradições mostram exatamente o contrário.

Argumentos apresentados nos núcleos sobre a PNSM e fatores do influenciam no serviço foram consistentes. Pontos sobre a má articulação com as instituições de saúde e tamanho pequeno de equipe, apareceram em ambos os núcleos, porém, ao mesmo tempo que isso é uma concordância, também uma contradição.

Alguns entrevistadores não comentaram sobre esses pontos nas perguntas sobre a PNSM, porém quando questionados sobre fatores que influenciam o serviço, eles citaram esses argumentos. Ou seja, eles enxergam como um problema, porém não como um obstáculo a nível político. O ponto é, como problemas de articulação com outras instituições de saúde e tamanho de equipe poderiam não ser políticos? Além disso, o argumento de que a estrutura física é

precária, foi muito mais prevalente no núcleo de fatores que afetam o serviço do que no núcleo sobre a PNSM.

Sobre a estrutura, esse ponto aparece tanto nas fatores que influenciam o serviço, como na aplicabilidade da PBE no setor público. Considerando o número de atendimentos que os profissionais precisam realizar, eles têm dificuldades estruturais de suprir a demanda existente. Caso a PBE fosse implementada, eles precisariam de um tempo específico para estudar novas evidências, discuti-las e adaptá-las. Portanto, a estrutura física e de serviço precisaria ser ampliada, o que corrobora com o argumento de que a equipe mínima é insuficiente para as demandas atuais da instituição.

Em relação ao uso da PBE, muitos entrevistados afirmaram que a utilizam, porém apenas um entrevistado afirmou que equilibra as três dimensões. A grande maioria afirmou que as particularidades do paciente é o fator que mais tem peso em seus tratamentos, expertise normalmente fica em segundo lugar e por último a melhor evidência. A PBE só é utilizada quando o equilíbrio entre as três dimensões é realizado.

Levando em consideração que as particularidades do paciente é o fator mais considerado pelos entrevistados, chamou a atenção que metade deles afirmou que estar em região de fronteira não influencia nos tratamentos. A cultura e contexto geográfico que a pessoa está inserida fazem parte da sua particularidade. Como a fronteira pode “não” influenciar no tratamento, sendo que os entrevistados consideraram as particularidades do paciente o fator mais importante da PBE?

Apesar das contradições, que são normais e esperadas, quando uma pesquisa investiga temas complexos como esse, alguns pontos foram comuns entre núcleos e que trazem relevância para a pesquisa. O principal deles é poder chegar à conclusão de que para a PBE ser utilizada de maneira eficaz no setor público, precisa haver mudança em nível político. O tamanho pequeno da equipe mínima e estrutura precária são dificuldades vivenciadas hoje pelos profissionais, para a PBE ser efetiva no setor público, seria necessário capacitação continuada. Ter capacitação, mas não tem equipe nem estrutura, faria com que o conteúdo da capacitação não fosse aplicado no dia a dia. Portanto, para a PBE ser efetiva no CAPS, precisa haver mudança política.

Na revisão de escopo, foi identificado que a falta de financiamento era o principal fator que prejudicava o uso da PBE em instituições de saúde pública, enquanto o apoio da liderança em sua manutenção era a que mais auxiliava. As pesquisas incluídas na revisão eram de outros países. Aqui no Brasil, com base nos dados coletados nesta pesquisa, o financiamento também

prejudica de maneira extensiva, porém a gestão se demonstrou aberta a utilização da PBE, desde que as condições necessárias sejam supridas.

Em relação a outros fatores apresentados na revisão de escopo, se mostrou difícil fazer comparações, pois os motivos eram majoritariamente de instituições que já tentaram aplicar a PBE, como foi visto nos resultados, a PBE mal é reconhecida pelos profissionais. Por exemplo, o fator: “formação ser muito exigente e não se adequar às necessidades dos terapeutas”. Os profissionais do CAPS nunca tiveram capacitação sobre PBE, portanto não há como avaliar sua exigência.

Por último, duas frases ditas em entrevistas diferentes chamam a atenção: *“A TCC não foi criada no Brasil, por exemplo. Ela não é uma realidade brasileira. E não é uma realidade feita, por exemplo, para analfabeto, pra gente que passa fome (P1).”* e *“a gente não recebe uma atenção diferenciada em termos de política, de direcionamento, assim, de trabalho, principalmente quando entra na área do adolescente (P2)”*.

Ambas as entrevistadas apresentam queixas similares, porém com causas diferentes. Para P1 é difícil utilizar a TCC, por mais que ela seja empiricamente sustentada para vários tratamentos, o público de suas intervenções é muito diferente dos atendidos no CAPS, portanto ela critica a falta de tratamentos eficazes adaptados ao público atendido pela instituição. P2 tem a mesma demanda (falta de tratamento eficaz), porém sua crítica é voltada para a PNSM, que não disponibiliza um tratamento prático para ser aplicado em adolescentes. É perceptível a demanda de tratamentos empiricamente sustentados para o público e demandas que o CAPS atende.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta dissertação foi realizada com o objetivo principal de analisar a utilização da Prática Baseada em Evidências pelos Psicólogos dos Centros de Atenção Psicossocial na faixa de fronteira do Paraná. A fim de atingi-lo foram estabelecidos cinco objetivos específicos que serão discutidos a seguir.

No que se refere ao primeiro objetivo específico “Conhecer a percepção dos psicólogos e coordenadores dos CAPS sobre a política de saúde mental vigente no país”, constatou-se que a efetividade da PNSM é prejudicada pela relação ruim com a atenção primária e falta de hospitais de internamento.

Quanto ao segundo objetivo “Identificar e discutir os fatores políticos, institucionais e materiais que influenciam a execução da assistência à saúde mental no CAPS” constatou-se que

as relações ruins com a atenção primária foi o fator mais citado, ao ponto de aparecer em dois núcleos de significação (núcleo 1 e 2), enquanto a falta de profissionais atuando, a estrutura precária também interfere negativamente na execução do serviço foram identificados no núcleo 2.

Com base nos dados coletados e organizados nas análises dos núcleos 1 e 2 e que respondem aos objetivos 1 e 2, pode-se perceber que os problemas e os desafios apontados como fragilidades ou como fatores que influenciam negativamente a execução da assistência em saúde mental nos CAPS estão relacionados às condições objetivas e subjetivas de realização da PNSM. Em outras palavras, as principais questões que comprometem a maior efetividade desta política são: (a) insuficiência de recursos (trabalhadores e infraestrutura física) em decorrência dos poucos investimentos públicos na manutenção e expansão das instalações físicas e das equipes que atuam nos serviços; (b) a complexidade envolvida na realização da PNSM, e; (c) a subjetivação do dissenso em relação ao que está posto.

No que diz respeito tanto à complexidade envolvida na realização da PNSM, quanto à subjetivação e ao dissenso em torno da forma de operacionalizá-la, é necessário considerar que a mesma trata-se de uma política pública criada com o objetivo de assegurar uma assistência integral em saúde mental, que trouxe mudanças significativas na concepção, organização e operacionalização da assistência em saúde mental, que ainda dividem opiniões, inclusive, entre gestores públicos e profissionais que a executam.

Em outras palavras, a referida política é operacionalizada por equipes multiprofissionais (médicos, enfermeiros, terapeuta ocupacional, psicólogos, assistentes sociais e pedagogos) que, além de diferentes conhecimentos técnicos, também possuem concepções ideológicas, sociais e políticas distintas em decorrência tanto de suas experiências enquanto ser social quanto de sua formação profissional, e que, podem influenciar o modo como as pessoas realizam o seu trabalho e subjetivam suas experiências.

Ademais, precisam trabalhar em equipe, em uma rede fragmentada de serviços que são complementares entre si e que, para serem efetivos, exigem uma comunicação eficiente, um trabalho cooperativo e articulado, bem como, respeito aos processos decisórios democráticos. Essas condições, por si mesmas, são desafiadoras. Quando somadas à falta de instalações físicas adequadas, à sobrecarga de trabalho devido a um quantitativo defasado de profissionais, aos impasses inerentes ao trabalho em equipes multiprofissionais e às dificuldades para a articulação dos diferentes serviços da rede, percebe-se que os desafios a serem enfrentados ainda são muitos.

No que diz respeito ao terceiro objetivo específico “Descrever o nível de conhecimento e utilização da prática baseada em evidências pelos profissionais do CAPS”, dez profissionais afirmaram que usam PBE, porém apenas um dos 19 entrevistados soube descrevê-la corretamente, seria difícil um profissional aplicar algo que desconhece. A partir das informações reunidas no núcleo 3, verificou-se que dez entrevistados desconheciam totalmente a PBE, mostrando-se incapazes de descrevê-la, oito entrevistados definiram-na de forma confusa e imprecisa (ex. é aplicar TCC), enquanto apenas um participante da pesquisa soube descrevê-la corretamente, foi possível afirmar que os coordenadores e psicólogos têm um baixo nível de conhecimento sobre a PBE.

Em resposta ao quarto objetivo, segundo o qual pretendia-se “Identificar a importância de cada dimensão da PBE no planejamento e execução dos tratamentos clínicos realizados pelos psicólogos nos CAPS”, verificou-se que somente três entrevistados reconhecem que as três dimensões do paradigma têm o mesmo nível de importância e que precisam ser igualmente consideradas no planejamento e execução do tratamento psicológico. Como visto no núcleo 4, doze entrevistados priorizam as particularidades do paciente, três dão mais ênfase em expertise do terapeuta, um prioriza melhor evidência, enquanto três buscam equilibrar as três dimensões.

Com base nas informações coletadas nos Núcleos 3 e 4, foi possível concluir que a PBE não é utilizada pelos profissionais entrevistados, apesar de sete dos oito psicólogos entrevistados terem declarado que usam a PBE no seu dia a dia. Partindo do pressuposto de que para realizar a PBE o profissional precisa conhecer o paradigma e considerar igualmente as três dimensões nos atendimentos que realizam, pode-se afirmar que nenhum entrevistado aplica a PBE.

O único entrevistado que descreveu corretamente a PBE, afirmou que as particularidades do paciente é a dimensão principal a ser levada em consideração na elaboração e realização do tratamento ou atendimento psicológico. Considerando as condições de trabalho existentes, bem como, que a escolha da melhor evidência científica pressupõe uma rotina de pesquisas, leituras e discussões, parece provável que esses profissionais, em seu dia a dia, ao reconhecerem as particularidades e o contexto no qual o usuário está inserido, utilizem sua expertise e sua experiência para definir sua estratégia terapêutica.

Não se trata de desqualificar o conhecimento e a experiência já acumulados por esses profissionais, mas de reconhecer que, a todo tempo, a ciência reavalia práticas já consolidadas, propõe novos protocolos, atualiza antigos e produz novos conhecimentos, tornando obrigatória a atualização científica do profissional para que o mesmo possa, de fato, escolher o tratamento mais efetivo para cada caso clínico. Esse argumento torna-se ainda mais relevante, se for levado

em conta que, no serviço público em questão, os casos podem ser muito variados e complexos, em decorrência do grande número de usuários e dos territórios atendidos, o que reitera a necessidade de política pública de educação permanente ou formação continuada para os trabalhadores da saúde pública, conforme apontado pelos próprios entrevistados.

Considerando que a Lei nº 12.401 determina que qualquer tratamento realizado no setor público, precisa levar em consideração evidências científicas que apontem a efetividade do tratamento escolhido, a ausência de uma rotina de pesquisas e estudos programada para os psicólogos que atuam nos CAPS, revela uma realidade preocupante para quem executa, analisa, avalia e utiliza a política pública de saúde mental, inclusive porque, possivelmente, a principal implicação disso seja o comprometimento da qualidade e da efetividades do serviço prestado à sociedade, sem contar com o próprio sofrimento psíquico que isso pode produzir nestes trabalhadores.

O último objetivo específico desta pesquisa teve um desfecho contraditório. Metade dos entrevistados afirmou que a localização de seu equipamento na faixa de fronteira influencia pouco seus tratamentos, enquanto a outra metade afirmou que tem influência citando questões culturais e linguísticas como principal fator. Além disso, doze entrevistados afirmaram que não atendem estrangeiros em seu equipamento, enquanto os outros sete disseram que atendem.

Além dos objetivos específicos, é importante pontuar que o pressuposto apresentado nesta pesquisa não se confirmou. A expectativa era de que os profissionais afirmassem que utilizam mais a sua expertise terapêutica como o principal fator que guiasse seus tratamentos psicológicos, porém nas entrevistas realizadas as particularidades do paciente foram citadas como fator mais importante no tratamento oferecido pelo CAPS.

Desse modo, com relação aos questionamentos que motivaram a realização desta pesquisa é possível tecer as seguintes considerações. Constatou-se que nos CAPS estudados, os psicólogos demonstram “não ter” ou “ter vago” conhecimento sobre o paradigma PBE, revelando que se trata de uma proposta de intervenção ainda pouco estudada e conhecida na área da psicologia. Considerando os pressupostos teóricos nos quais a sua utilização deve se balizar, pode-se concluir que a PBE não é utilizada por esses profissionais.

Quanto aos fatores levados em consideração para elaborar e realizar tais atendimentos, verificou-se que, a maioria dos psicólogos prioriza “as particularidades do paciente”. Certamente, essa dimensão da PBE é indispensável tanto para a efetivação do modelo de saúde pública adotado no Brasil, quanto para melhor atender as necessidades do contexto territorial estudado, que se caracteriza por intensa mobilidade humana e por ampla diversidade cultural. Com relação à utilização da “melhor evidência científica” não se pode afirmar que ela não é

utilizada pelos profissionais entrevistados. Contudo, as recorrentes menções à ausência de política de formação continuada e aos fatores que dificultam a realização dos atendimentos nos CAPS, tais como problemas nos encaminhamentos, sobredemanda, falta de investimentos na expansão dos serviços e sobrecarga de trabalho, de certo modo, indicam que existem dificuldades para concretas para a sua utilização.

Com dificuldades para identificar a melhor evidência científica aplicável aos casos atendidos, resta ao profissional fazer o melhor que pode a partir de sua experiência profissional. Logo, independentemente de que a legislação determine que sejam utilizados os recursos, as técnicas e as estratégias terapêuticas comprovadamente mais efetivas no tratamento clínico dos usuários do serviço público, isso não ocorrerá a menos que sejam criadas as condições materiais, institucionais e políticas necessárias para tanto.

As limitações da pesquisa também estão relacionadas à possibilidade de generalização. Foram entrevistados 19 profissionais, de onze equipamentos localizados em cinco cidades. O número total de equipamentos do CAPS em faixa de fronteira é de 29, por questões de prazo e força de trabalho, foi decidido que apenas cidades com mais de um CAPS participassem (oito cidades no total), eliminando assim, 21 cidades da pesquisa. Das oito cidades, cinco participaram. Portanto a representatividade da população entrevistada foi limitada, seria interessante em uma pesquisa futura, conseguir entrevistar profissionais do CAPS não incluídos nesta pesquisa.

Assim, não é possível fazer uma generalização dos dados para todos os CAPS do país. O estudo focou em uma região específica, com características específicas: faixa de fronteira, longe de capitais e com nenhuma cidade com população maior que 350 mil habitantes. É possível que em cidades com mais estrutura, perto de centro de pesquisas maiores, os resultados possam ser diferentes. No entanto, como a PNSM é a mesma para todo o país, é possível imaginar que profissionais de outros CAPS existentes no país tenham experiências com a utilização da PBE semelhantes às encontradas nesta pesquisa. Portanto, seria importante realizar outros estudos que pudessem confirmar esta hipótese.

Por fim, recomenda-se que a criação de propostas de mudanças políticas e institucionais que proporcionem capacitação em PBE para os profissionais, aumentem o número de equipes mínimas e estimulem a pesquisa e a análise de evidências por parte dos profissionais do CAPS. Um ambiente de atendimento, com cultura de pesquisa pode gerar novas evidências e a serem compartilhadas entre os equipamentos e os diferentes setores da sociedade.

REFERÊNCIAS

AARONS, G. A. *et al.* The Roles of System and Organizational Leadership in System-Wide Evidence-Based Intervention Sustainment: A Mixed-Method Study. **Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research**, v. 43, n. 6, p. 991–1008, 2016.

AGUIAR, W. M. J.; OZELLA, S. Núcleos de significação como instrumento para a apreensão da constituição dos sentidos. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 26, n. 2, p. 222–245, 2006.

AGUIAR, W. M. J. DE; SOARES, J. R.; MACHADO, V. C. Núcleos de significação: uma proposta histórico-dialética de apreensão das significações. **Cadernos de Pesquisa**, v. 45, p. 56–75, 2015.

AGUIAR, W. M. J. DE; OZELLA, S. Apreensão dos sentidos: aprimorando a proposta dos núcleos de significação. **Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos**, v. 94, p. 299–322, 2013.

AL SAIF, F. *et al.* Association between attitudes of stigma toward mental illness and attitudes toward adoption of evidence-based practice within health care providers in Bahrain. **PLOS ONE**, v. 14, n. 12, p. e0225738–e0225738, 2019.

ALMEIDA, É. A. S. D.; SARTES, L. M. A. A Terapia Cognitivo-Comportamental Aplicada ao CAPS ad: Uma Revisão de Escopo. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 21, n. 2, p. 674–692, 15, 2021.

ALVES, R. F. *et al.* Psicologia da Saúde: Abrangência e Diversidade Teórica. **Mudanças - Psicologia da Saúde**, v. 19, n. 1–2, p. 1–10, 31, 2011.

ANDRADE, K. R. C. DE; PEREIRA, M. G. Tradução do conhecimento na realidade da saúde pública brasileira. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, p. 72, 24, 2020.

APA. **Society of Clinical Psychology (Division 12)**. Disponível em: <<https://www.apa.org/about/division/div12>>. Acesso em: 3 out. 2023.

ARAÚJO, T. M. DE; TORRENTÉ, M. DE O. N. DE. Saúde Mental no Brasil: desafios para a construção de políticas de atenção e de monitoramento de seus determinantes. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 32, n. 1, 2023.

ARAÚJO, A. L. DE S.; LEITE, A. C.; OLIVEIRA, M. F. DE. Discussão acerca do trabalho e do espaço para o trabalhador na ergonomia: uma revisão bibliográfica. Em: **Psicologia, trabalho e processos psicossociais: Pesquisas e intervenções**. Belo Horizonte, MG: Editora PUC Minas, 2021.

ARBEX, D. **Holocausto Brasileiro**. [s.l.] Editora Intrínseca, 2019.

ATKINSON, L. Z. *et al.* Implementing tools to support evidence-based practice: a survey and brief intervention study of the National Elf Service across Oxford Health NHS Foundation Trust. **Evidence-Based Mental Health**, v. 20, n. 2, p. 41–45, 2017.

BARNETT, M. *et al.* How Intervention and Implementation Characteristics Relate to Community Therapists' Attitudes Toward Evidence-Based Practices: A Mixed Methods Study. **Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research**, v. 44, n. 6, p. 824–837, 2017.

BARNETT, M. L. *et al.* Qualitative Reports of How and When Therapists Adapt Children's Evidence-Based Practices during Community Implementation. **Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology**, v. 48, n. 6, p. 894–905, 2018.

BARROS, J. A. C. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? **Saúde e Sociedade**, v. 11, p. 67–84, 2002.

BEIDAS, R. S. *et al.* A Multi-Level Examination of Stakeholder Perspectives of Implementation of Evidence-Based Practices in a Large Urban Publicly-Funded Mental Health System. **Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research**, v. 43, n. 6, p. 893–908, 2016.

BEIDAS, R. S. *et al.* Independent Contractors in Public Mental Health Clinics: Implications for Use of Evidence-Based Practices. **Psychiatric Services**, v. 67, n. 7, p. 710–7, 2016.

BERLINCK, M. T.; MAGTAZ, A. C.; TEIXEIRA, M. A Reforma Psiquiátrica Brasileira: perspectivas e problemas. **Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental**, v. 11, p. 21–28, 2008.

BOND, G. R. *et al.* Long-term sustainability of evidence-based practices in community mental health agencies. **Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research**, v. 41, n. 2, p. 228–36, 2014.

BORBA, V. Fronteiras e faixa de fronteira: expansionismo, limites e defesa. **Historiæ**, v. 4, n. 2, 2013.

BRAGA BEZERRA, C. *et al.* Filhos das fronteiras: revisão de literatura sobre imigração involuntária, infância e saúde mental. **CES Psicologia**, v. 12, n. 2, p. 26–40, 2019.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 2016.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, 2001. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm. Acesso em: 29 abr. 2023.

BRASIL *et al.* **Pactuação unificada de indicadores: avaliação 2008**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. **Portaria nº 336, de 19 de Fevereiro de 2002**. 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html. Acesso em: 29 abr. 2023.

BRASIL. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 3 out. 2023.

BRASIL. **Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011**. 2011b. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2011/lei/112401.htm. Acesso em: 3 out. 2023.

BRASIL. **Portaria nº 3.088, de 23 de Dezembro de 2011(*)**. 2011a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 17 abr. 2023.

BRASIL. **Portaria nº 130, de 26 de Janeiro de 2012**. 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html. Acesso em: 29 abr. 2023.

BRASIL. **Portaria nº 3.588, de 21 de Dezembro de 2017**. 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html. Acesso em: 2 maio 2023.

BRASIL. **Portaria nº 2.436, de 21 de Setembro de 2017**. 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 20 jan. 2025

BRASIL. **Portaria nº 757, de 21 de junho de 2023**. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/legislacao/portaria-gm-ms-no-757-de-21-de-junho-de-2023/view>. Acesso em: 28 abr. 2025

BRASIL. **Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília, 2005.

BRASIL. **Pactuação unificada de indicadores: avaliação 2008**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL - MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Rede de Atenção Psicossocial - RAPS**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/caps/raps/dados-da-rede-de-atencao-psicossocial-raps>>. Acesso em: 24 abr. 2023.

BROWNSON, R. C.; FIELDING, J. E.; MAYLAHN, C. M. Evidence-based public health: a fundamental concept for public health practice. **Annual Review of Public Health**, v. 30, p. 175–201, 2009.

BYEON, Y. V. *et al.* Organizational factors associated with community therapists' self-efficacy in EBP delivery: The interplay between sustainment leadership, sustainment climate, and psychological safety. **Implementation Research and Practice**, v. 3, p. 26334895221110263–26334895221110263, 2022.

BULIK, K. J. D. A psicanálise com crianças em instituições de saúde multiprofissionais. **Cadernos de Psicanálise | CPRJ**, v. 42, n. 42, p. 205–224, 2020.

BURGESS, A. M. *et al.* Therapist Attitudes Towards Evidence-Based Practice: A Joint Factor Analysis. **Journal of Behavioral Health Services & Research**, v. 44, n. 3, p. 414–427, 2017.

CARVALHO, É. A. 100 anos de Foz do Iguaçu: a importância da cidade para o Mercosul. **Revista Orbis Latina - Racionalidades, Desenvolvimento e Fronteiras - ISSN: 2237-6976**, v. 5, n. 1, 2015.

CERVANTES, P. E. *et al.* Academic-Policy Partnerships in Evidence-Based Practice Implementation and Policy Maker Use of Child Mental Health Research. **Psychiatric Services**, v. 72, n. 9, p. 1076–1079, 2021.

CIMINO, A. P. N.; SIQUEIRA, D. DE F. DA C. C. DE. Psicologia e Saúde Pública: Cartografia das Modalidades de Prática Psicológica nas Policlínicas. **Revista Psicologia e Saúde**, 2016.

COLOGNESE, S. A. Brasiguaios: uma identidade na fronteira Brasil/Paraguai. **Tempo da Ciência**, v. 19, n. 38, p. 145–158, 2012.

CONNORS, E. H. *et al.* Factors Associated with Community-Partnered School Behavioral Health Clinicians' Adoption and Implementation of Evidence-Based Practices. **Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research**, v. 46, n. 1, p. 91–104, 2019.

CORDEIRO, M. P.; CURADO, J. C. Psicologia na Assistência Social: Um Campo em Formação. **Psicologia & Sociedade**, v. 29, 7, 2018.

COSTA, N. do R. *et al.* Reforma psiquiátrica, federalismo e descentralização da saúde pública no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 4603–4614, 2011.

COSTA, I.; MELO, C. de F. Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial: Uma Revisão Integrativa. **Revista Psicologia e Saúde**, p. 3–20, 2022.

COSTA, L. DA C. M.; COSTA, L. O. P. As cinco habilidades essenciais para o uso da Prática Baseada em Evidência. **Revista Movimenta**, v. 16, n. 2, p. e20230017–e20230017, 2023.

CRUZ, N. F. DE O.; GONÇALVES, R. W.; DELGADO, P. G. G. Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, p. e00285117, 2020.

DA SILVA, A. M. *et al.* **Instruments to assess Evidence-Based Practice among healthcare professionals: a systematic review.** [s.l.] Scientific Communication and Education, 25 ago. 2021. Disponível em: <<http://biorxiv.org/lookup/doi/10.1101/2021.08.25.457703>>. Acesso em: 29 maio. 2023.

DIAS, R. I. D. S. C. *et al.* Estratégias para estimular o uso de evidências científicas na tomada de decisão. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 23, n. 3, p. 316–322, 2015.

DATASUS. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.** Disponível em: <http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade_Listar.asp?VTipo=70&VListar=1&VEstado=41&VMun=&VSubUni=&VComp=>. Acesso em: 29 abr. 2023.

D'IPPOLITO, M. *et al.* Addiction treatment staff perceptions of training as a facilitator or barrier to implementing evidence-based practices: a national qualitative research study. **Substance Abuse**, v. 36, n. 1, p. 42–50, 2015.

Evidence-informed Policy Network (EVIPNet). Disponível em: <<https://www.who.int/initiatives/evidence-informed-policy-network>>. Acesso em: 13 set. 2023.

FERNÁNDEZ-DOMÍNGUEZ, J. C. *et al.* Health Sciences-Evidence Based Practice questionnaire (HS-EBP) for measuring transprofessional evidence-based practice: Creation, development and psychometric validation. **PLoS ONE**, v. 12, n. 5, p. e0177172, 2017.

FERRERA DE LIMA, J. *et al.* **Desenvolvimento regional fronteiro no Brasil.** Toledo: Núcleo de Desenvolvimento Regional, 2020.

FERRETTI, F. *et al.* Prática baseada em evidência no contexto dos núcleos de apoio à saúde da família em Chapecó. **Cogitare Enfermagem**, v. 23, n. 2, 2018.

FEUERSCHUETTE, A. P.; FRANCO, R. S.; ROSSI, M. Avaliação da Satisfação de Usuários do CAPS em uma Capital do Sul do Brasil. **Revista Psicologia e Saúde**, p. e1652485–e1652485, 2024.

FLEURY, M. T. L.; SÉRGIO WERLANG. Pesquisa aplicada – reflexões sobre conceitos e abordagens metodológicas. **Anuário de pesquisa**, 2016.

FONTONI, M. O futuro da psicanálise: uma busca por evidências? **Winnicott ePrints. Revista Internacional de Psicanálise Winnicottiana**, v. 10, n. 2, 2015.

GALDERISI, S. *et al.* Toward a new definition of mental health. **World Psychiatry**, v. 14, n. 2, p. 231–233, 2015.

GADELHA, C. A. G.; COSTA, L. Integração de fronteiras: a saúde no contexto de uma política nacional de desenvolvimento. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. suppl 2, p. S214–S226, 2007.

GARBOIS, J. A.; SODRÉ, F.; DALBELLO-ARAÚJO, M. Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. **Saúde em Debate**, v. 41, p. 63–76, 2017.

GASPAR DE MATOS, M. Psicologia da Saúde, saúde pública e saúde internacional. **Análise Psicológica**, v. 22, n. 3, p. 449–462, 2012.

GERBALDO, T. B. *et al.* Avaliação da Organização do Cuidado em Saúde Mental na Atenção Básica à Saúde no Brasil. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 16, p. 1079–1094, 2018.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas. v.6, 2008.

GOMES, W. B. Pluralidade de objeto versus pluralismo de concepções em teorias psicológicas. **Memorandum: Memória e História em Psicologia**, v. 38, 2021.

GUYATT, G. *et al.* Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. **JAMA**, v. 268, n. 17, p. 2420–2425, 1992.

HAYS, P. A. Integrating evidence-based practice, cognitive–behavior therapy, and multicultural therapy: Ten steps for culturally competent practice. **Professional Psychology: Research and Practice**, v. 40, n. 4, p. 354–360, 2009.

HIGA-MCMILLAN, C. K. *et al.* Predictors of use of evidence-based practices for children and adolescents in usual care. **Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research**, v. 42, n. 4, p. 373–83, 2015.

HIRDES, A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 297–305, 2009.

IBGE. **Municípios da Faixa de Fronteira e Cidades Gêmeas**. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/geociencias/organizacao-do-territorio/estrutura-territorial/24073-municipios-da-faixa-de-fronteira.html>>. Acesso em: 29 abr. 2023.

IBGE. **Portal cidades**. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/panorama>>. Acesso em: 9 out. 2023.

ILIBIO, M. B.; VIEIRA, R. D. S. **A participação social em saúde: uma leitura a partir da democracia radical**. Criciúma: Unesc, 2020.

INNVÆR, S. *et al.* Health policy-makers' perceptions of their use of evidence: a systematic review. **Journal of Health Services Research & Policy**, v. 7, n. 4, p. 239–244, 2002.

JONES, A. M. *et al.* Role of state mental health leaders in supporting evidence-based practices over time. **Journal of Behavioral Health Services & Research**, v. 41, n. 3, p. 347–55, 2014.

JORDAN, Z. *et al.* The updated Joanna Briggs Institute Model of Evidence-Based Healthcare. **JBI Evidence Implementation**, v. 17, n. 1, p. 58, 2019.

KRAMER, T. L. *et al.* Assessing Culture and Climate of Federally Qualified Health Centers: A Plan for Implementing Behavioral Health Interventions. **Journal of Health Care for the Poor and Underserved**, v. 28, n. 3, p. 973–987, 2017.

KLAUCK, S.; SZEKUT, A. Diversidade populacional: discursos de fixação do patrimônio cultural de Foz do Iguaçu. **Ideação**, v. 14, n. 2, p. 157–177, 2012.

LANGDON, E. J.; WIJK, F. B. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 18, p. 459–466, 2010.

LAU, A. *et al.* Therapist report of adaptations to delivery of evidence-based practices within a system-driven reform of publicly funded children's mental health services. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 85, n. 7, p. 664–675, 2017.

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

LEONARDI, J. L.; MEYER, S. B. Prática Baseada em Evidências em Psicologia e a História da Busca pelas Provas Empíricas da Eficácia das Psicoterapias. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 35, n. 4, p. 1139–1156, 2015.

LEONARDI, J. L. **Prática baseada em evidências em psicologia e a eficácia da análise do comportamento clínica**. Tese de doutorado—São Paulo, Universidade de São Paulo, 2016.

LEONARDI, J. L. *et al.* Ciência, Análise do Comportamento e a Prática Baseada em Evidências em Psicologia. **Perspectivas em Análise do Comportamento**, p. 097–119, 2023.

LIMA, I. C. S.; SAMPAIO, J. J. C.; FERREIRA JÚNIOR, A. R. Trabalho e riscos de adoecimento na Atenção Psicossocial Territorial: implicações para a gestão do cuidado em saúde mental. **Saúde em Debate**, v. 47, p. 878–892, 2023.

LYRA, M.; LIMA, C. Políticas de combate ao tráfico internacional de drogas na fronteira terrestre brasileira. **Revista de Ciências do Estado**, v. 9, n. 2, 2024.

KIMURA, F. **Caracterização das publicações científicas de práticas baseadas em evidências em Psicologia no âmbito nacional**. Trabalho de conclusão de curso—Florianópolis: Universidade do Sul de Santa Catarina, 2023.

MACEDO, E. V. DE; CAMARGOS, M. C. S. Evolução da cobertura de CAPS e das internações por transtornos mentais e comportamentais em Minas Gerais. **Saúde (Santa Maria)**, v. 8, n. 1, 2022.

MAIO, M. C.; LIMA, N. T. Fórum: o desafio SUS: 20 anos do Sistema Único de Saúde. Introdução. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 7, p. 1611–1613, 2009.

MANGUALDE, A. A. DOS S. *et al.* Perfil epidemiológico dos pacientes atendidos em um Centro de Atenção Psicossocial. **Mental**, n. 19, p. 235–248, 2013.

MARIN, R.; FALEIROS, P. B.; MORAES, A. B. A. DE. Como a Análise do Comportamento tem contribuído para a área da Saúde? **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 40, p. e197787, 2020.

MATOS-DE-SOUZA, R.; MEDRADO, A. C. C. Dos corpos como objeto: uma leitura pós-colonial do ‘Holocausto Brasileiro’. **Saúde em Debate**, v. 45, p. 164–177, 2021.

MARQUES, L. *et al.* Providers’ perspectives of factors influencing implementation of evidence-based treatments in a community mental health setting: A qualitative investigation of the training-practice gap. **Psychological Services**, v. 13, n. 3, p. 322–31, 2016.

MINAYO, M. C. D. S. **O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2010.

MORAES, R. F. DE. Ciência e pseudociência durante a pandemia de Covid-19 : o papel dos “intermediários do conhecimento” nas políticas dos governos estaduais no Brasil. **IPEA**, 2022.

MOURA, G. C.; SILVA, A. C. DA; ROCHA, A. P. C. A atuação profissional nos CAPS fundamentada na reforma psiquiátrica. **Caderno de Graduação - Ciências Humanas e Sociais - UNIT - ALAGOAS**, v. 6, n. 1, p. 37–37, 2020.

NABARRETE, L. M. D. S.; BASTOS, P. R. H. D. O. A construção e contextualização das políticas públicas em saúde mental no Brasil. **Revista Contemporânea**, v. 3, n. 8, p. 10181–10202, 2023.

NACAMURA, P. A. B. *et al.* Avaliação da dinâmica organizacional em Centro de Atenção Psicossocial na perspectiva da equipe multidisciplinar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 75, p. e20210323, 2022.

NOBRE, V.; ROSA, D. **Monitoramento do Orçamento da Saúde: Saúde Mental. Boletim IEPS**, 21 dez. 2023. Disponível em: <<https://ieps.org.br/boletim-monitoramento-07-2023/>>. Acesso em: 26 jan. 2025

OKAMURA, K. H.; JACKSON, D. S.; NAKAMURA, B. J. Therapist and Youth Predictors of Specific Practices Derived from the Evidence-Base in Community Mental Health.

Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, v. 46, n. 5, p. 609–619, 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Promoting mental health : concepts, emerging evidence, practice: summary report**. Geneva: Organização Mundial de Saúde, 2004.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Rio de Janeiro: Fiocruz Editora, 2012.

PAULON, S. M.; PROTAZIO, M. M.; TSCHIEDEL, R. “Eu sei o que é saúde mental!”: Pesquisar e Cuidar como Fios da Mesma Trama. **Revista Polis e Psique**, v. 8, n. 1, p. 6-32, 2018.

PEREIRA, C.; VEIGA, N. Educação Para a Saúde Baseada em Evidências. **Millenium**, v. 46, p. 107–136, 2014.

PÊGO, B. *et al.* **Fronteiras do Brasil : uma avaliação do arco Sul**. Rio de Janeiro: Ipea, 2020. v. 5

PINTO, D. M. *et al.* Projeto terapêutico singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 20, n. 3, p. 493–502, 2011.

PITTA, A. M. F. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 12, p. 4579–4589, 2011.

POMBO, S. *et al.* Para uma intervenção Cognitivo-Comportamental culturalmente adaptado: implicações para a prática clínica. **Psicologia, Saúde & Doença**, v. 17, n. 3, p. 561–574, 2016.

POMPERMAIER, J. P. L. *et al.* Avaliação do ambiente de emergência hospitalar: um estudo à luz da metodologia ergonômica para o ambiente construído (meac). **Revista Ação Ergonômica**, v. 17, n. 2, p. 1–16, 2023.

QGIS Development Team, 2023. **QGIS Geographic Information System**. Open Source Geospatial Foundation Project. <http://qgis.osgeo.org>

REITER, M.; ATALLAH, Á. N. Centro Cochrane do Brasil conquista a maioria. O que o Centro Cochrane já fez e o que poderá fazer por você. **Diagn. tratamento**, v. 20, n. 1, p. 33–37, 2015.

RODRIGUEZ, A. *et al.* Mixed-method analysis of program leader perspectives on the sustainment of multiple child evidence-based practices in a system-driven implementation. **Implementation Science**, v. 13, n. 1, p. 44–44, 2018.

ROSPENDOWISKI, K. **Adaptação Cultural para o Brasil e Desempenho Psicométrico do Instrumento “Evidence-Based Practice Questionnaire (EBPQ)”**. Dissertação de Mestrado—Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 2014.

SAIFAN, D. *et al.* Ethnic minority community therapists’ acculturation and reported adaptations to children’s evidence-based practices. **Cultural Diversity & Ethnic Minority Psychology**, v. 24, n. 4, p. 530–540, 2018.

SALERNO, M. R. *et al.* Brazilian version of the Fresno test of competence in Evidence-Based Medicine: a validation study. **Scientia Medica**, v. 29, n. 1, p. 32295, 2019.

SANTANA, R. T. *et al.* Perfil dos usuários de CAPS-AD III. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 1, p. 1343–1357, 2020.

SCHNEIDER, L. R.; PEREIRA, R. P. G.; FERRAZ, L. A prática baseada em evidência no contexto da Atenção Primária à Saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 594–605, 2018.

SCHNEIDER, L. R.; PEREIRA, R. P. G.; FERRAZ, L. Prática Baseada em Evidências e a análise sociocultural na Atenção Primária. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, p. e300232, 2020.

SCHWENCK, R. C. B.; DOMENICO, E. B. L. D. Adaptação transcultural e validação do “health sciences evidence based practice questionnaire” para o português do Brasil. **REME-Revista Mineira de Enfermagem**, v. 27, 2023.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 17, p. 29–41, 2007.

SECRETÁRIO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE. PORTARIA SAS/MS nº 224, de 29 de janeiro de 1992.

SILVA, A. L. A. E; FONSECA, R. M. G. S. DA. Projeto copiadora do CAPS Luis Cerqueira: do trabalho de reproduzir coisas à produção de vida. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 36, p. 358–366, 2002.

SILVA, C. M. DA; COHN, A. Comunidades Terapêuticas: Proposta de Tratamento para a dependência de substâncias psicoativas e os princípios da Reforma Psiquiátrica e da Política Nacional de Saúde Mental: Cláudia Moraes da Silva, Amélia Cohn. **Unisanta Law and Social Science**, v. 7, n. 3, 2018.

SILVA, C. C. DA; MELLO, V. R. C. DE; ECKER, D. D. Análise da taxa de cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) no município de Porto Alegre de 2002 a 2015. **Revista Eletrônica Científica da UERGS**, v. 5, n. 2, p. 113–127, 2019.

SILVA, J. DE O. M. *et al.* Utilização da prática baseada em evidências por enfermeiros no serviço hospitalar. **Cogitare Enfermagem**, v. 26, 2021.

SILVA, M. L. B. E; DIMENSTEIN, M. D. B. Manejo da crise: encaminhamento e internação psiquiátrica em questão. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 66, n. 3, p. 31–46, 2014.

NASCIMENTO, L. S. DO *et al.* Repercussões na saúde mental de profissionais da saúde de um hospital público do Recife durante a pandemia de COVID-19. **Journal of Health & Biological Sciences**, v. 12, n. 1, p. 1–10, 2024.

SOBROSA, G. M. R. *et al.* O Desenvolvimento da Psicologia da Saúde a Partir da Construção da Saúde Pública no Brasil. **Revista de Psicologia da IMED**, v. 6, p. 4–9, 2014.

SOARES, F. B. P.; MACEDO, J. P. S. Intersecções Entre Psicologia da Saúde e Saúde Coletiva: Uma Revisão Integrativa. **Revista Psicologia e Saúde**, p. 33–47, 2020.

SOUZA, E. B. C. D.; GEMELLI, V. Território, região e fronteira: análise geográfica integrada da fronteira Brasil/Paraguai. **Revista Brasileira de Estudos Urbanos e Regionais**, v. 13, n. 2, p. 101, 2011.

SWAIN, N. Fronteiras do Paraná: da colonização à migração. **AUBERTIN, C.. Fronteiras. Brasília: Ed. Universidade de Brasília**, 1988.

WACHHOLZ, P. A.; LIMA, S. A. M.; BOAS, P. J. F. V. Da prática baseada em evidências para a saúde coletiva informada por evidências: revisão narrativa. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 31, n. 2, 2018.

WALKER, S. C. *et al.* American Indian perspectives on evidence-based practice implementation: results from a statewide Tribal Mental Health Gathering. **Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research**, v. 42, n. 1, p. 29–39, 2015.

WEBSTER-STRATTON, C. H.; REID, M. J.; MARSENICH, L. Improving therapist fidelity during implementation of evidence-based practices: Incredible years program. **Psychiatric Services**, v. 65, n. 6, p. 789–95, 2014.

WHO. **World Health Organization. Guidelines for WHO guidelines.** , 2003. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/68925/EIP_GPE_EQC_2003_1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 12 set. 2023

WILDER, D. A.; AUSTIN, J.; CASELLA, S. Applying behavior analysis in organizations: Organizational behavior management. **Psychological Services**, v. 6, p. 202–211, 2009.

WILDER, D. A.; CYMBAL, D.; VILLACORTA, J. The Performance Diagnostic Checklist-Human Services: A brief review. **Journal of Applied Behavior Analysis**, v. 53, n. 2, p. 1170–1176, 2020.

WRIGHT, B.; LAU, A. S.; BROOKMAN-FRAZEE, L. Factors Associated With Caregiver Attendance in Implementation of Multiple Evidence-Based Practices in Youth Mental Health Services. **Psychiatric Services**, v. 70, n. 9, p. 808–815, 2019.

ZASLAVSKY, R.; GOULART, B. N. G. DE. Migração pendular e atenção à saúde na região de fronteira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 3981–3986, 2017.

APÊNDICE

APÊNDICE I - Roteiro de entrevista com coordenador(a) da unidade

Identificação

Iniciais do Nome do entrevistado:

Tempo que está como coordenador do CAPS:

Formação acadêmica:

Tempo de experiência no serviço de saúde mental:

Identificação da Unidade: _____

Centro de Atenção Psicossocial

Como tem sido a sua experiência enquanto coordenador do CAPS?

Com base na sua experiência profissional e enquanto coordenador do CAPS como você avalia a exequibilidade e a efetividade da Política Nacional de Saúde Mental vigente no Brasil?

O que você identifica como as maiores dificuldades que o CAPS enfrenta hoje em dia?

O que você identifica como as maiores potencialidades do CAPS hoje em dia?

Prática Baseada em Evidência

Você conhece a Prática Baseada em Evidências? O que você conhece sobre ela?

Se a resposta for não, explicar o que é.

Você conhece ou já ouviu falar da Lei nº 12.401, de 28 de Abril de 2011? Se não, explicar do que ela trata.

Você entende que no CAPS que você coordena, os psicólogos usam a PBE nos atendimentos realizados? Porque?

Considerando que a PBE leva em conta três dimensões - melhor evidência disponível, expertise do terapeuta e particularidades do paciente; qual o peso de cada dimensão na tomada de decisão dos psicólogos?

Como você avalia as condições de trabalho da sua equipe? Você entende que essas condições influenciam o uso da prática baseada em evidências?

A PBE como prática, é válida/exequível para o atendimento em saúde mental no setor público? (se sim, está sendo na sua unidade? / se não, por quais motivos?)

Faixa de Fronteira

Considerando que sua unidade se encontra em uma faixa de fronteira - território até 150 km da fronteira; essa característica da região influencia os atendimentos dos psicólogos? Como?

Sua equipe de psicólogos tem atendido pacientes vindos de outros países da região? Como tem sido essa experiência?

APÊNDICE II - Roteiro de entrevista com psicólogo(a) da unidade

Identificação

Iniciais do Nome do entrevistado:

Tempo que está como psicólogo do CAPS:

Formação acadêmica:

Tempo de experiência no serviço de saúde mental:

Identificação da Unidade: _____

Centro de Atenção Psicossocial

Como tem sido a sua experiência enquanto psicólogo do CAPS?

Com base em sua experiência como psicólogo do CAPS, como você avalia a exequibilidade e a efetividade da Política Nacional de Saúde Mental vigente no Brasil?

O que você identifica como as maiores dificuldades que o CAPS enfrenta hoje em dia?

O que você identifica como as maiores potencialidades do CAPS hoje em dia?

Prática Baseada em Evidência

Você conhece a Prática Baseada em Evidências? O que você conhece sobre ela?

Se a resposta for não, explicar o que é.

Você usa PBE nos seus atendimentos realizados? Porque? E seus colegas psicólogo(a)s?

Como você avalia as suas condições de trabalho? Você entende que essas condições influenciam o uso da prática baseada em evidências?

Você conhece ou já ouviu falar da Lei nº 12.401, de 28 de Abril de 2011?

Considerando que a PBE leva em conta três dimensões - melhor evidência disponível, expertise do terapeuta e particularidades do paciente; qual o peso de cada dimensão na tomada de decisão clínica?

A PBE como prática, é válida/exequível para o atendimento em saúde mental no setor público? (se sim, está sendo na sua unidade? / se não, por quais motivos?)

Faixa de Fronteira

Considerando que sua unidade se encontra em uma faixa de fronteira - território até 150 km da fronteira; essa característica da região influencia seus atendimentos como psicólogo(a)? Como? Você tem atendido pacientes vindos de outros países da região? Como tem sido essa experiência?

APÊNDICE III - TCLE



Universidade Estadual do Oeste do Paraná

Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação

Comitê de Ética em Pesquisa – CEP



Aprovado na

CONEP em 04/08/2000

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Título do Projeto: A utilização da Prática Baseada em Evidências por psicólogos dos Centros de Atenção Psicossocial em faixa de fronteira do Paraná
 Certificado de Apresentação para Apreciação Ética – “CAAE” N°
 Pesquisador para contato: Lucas Renato Rampim Latrônico
 Telefone: (45) 98823-7017
 Endereço de contato (Institucional): Universidade Estadual do Oeste do Paraná,
 Campus de Foz do Iguaçu. Av. Tarquínio Joslin dos Santos, 1300, Foz do Iguaçu -
 PR, 85870-650

Convidamos você, coordenador do CAPS, a participar de uma pesquisa sobre a utilização da Prática Baseada em Evidências por psicólogos dos Centros de Atenção Psicossocial em faixa de fronteira do Paraná. Os objetivos estabelecidos são analisar o nível de utilização da Prática Baseada em Evidências pelos Psicólogos dos Centros de Atenção Psicossocial em faixa de fronteira do Paraná. Além disso, busca-se discutir quais fatores contribuem para sua possível utilização. Para que isso ocorra você precisa participar de entrevista semiestruturada em modalidade online síncrona via *Google Meet*® que busca compreender os seguintes fenômenos sobre o coordenador da unidade: Identificação do coordenador (quatro perguntas), Funcionamento do CAPS (três perguntas) e conhecimento sobre PBE (sete perguntas). A entrevista será gravada e posteriormente transcrita pelo programa *Transcriber*®. É estimado que a entrevista leve de 20 a 30 minutos para ser concluída.

Acredita-se que a pesquisa pode beneficiar o participante ajudando-o a identificar lacunas de conhecimento e aplicação de PBE na prática profissional. A nível de benefícios secundários, acredita-se que a pesquisa será benéfica para avaliação e ampliação dos conhecimentos referentes ao uso da prática baseada em evidência pelos psicólogos do CAPS em região de fronteira.

No entanto, a pesquisa poderá causar desconforto emocional (sentimentos de raiva, tristeza e frustração), ou então poderá sentir-se constrangido, receoso e desconfortável para avaliar o seu próprio processo de trabalho e o de seus colegas e chefes. Além disso, por se tratar de uma pesquisa remota podem ocorrer problemas

que fogem do controle dos pesquisadores, tais como falha nos sistemas de segurança da plataforma utilizada.

Se ocorrer algum transtorno, decorrente de sua participação em qualquer etapa desta pesquisa, nós pesquisadores, providenciaremos acompanhamento e a assistência imediata, integral e gratuita. Havendo a ocorrência de danos, previstos ou não, mas decorrentes de sua participação nesta pesquisa, caberá a você, na forma da Lei, o direito de solicitar a respectiva indenização.

Também você poderá a qualquer momento desistir de participar da pesquisa sem qualquer prejuízo. Para que isso ocorra, basta informar, por qualquer modo que lhe seja possível, que deseja deixar de participar da pesquisa e qualquer informação que tenha prestado será retirada do conjunto dos dados que serão utilizados na avaliação dos resultados.

Você não receberá e não pagará nenhum valor para participar deste estudo, no entanto, terá direito ao ressarcimento de despesas decorrentes de sua participação.

Nós pesquisadores garantimos a privacidade e o sigilo de sua participação em todas as etapas da pesquisa e de futura publicação dos resultados. O seu nome, endereço, voz e imagem nunca estarão associados aos resultados desta pesquisa, exceto quando você desejar. Nesse caso, você deverá assinar um segundo termo, específico para essa autorização e que deverá ser apresentado separadamente deste.

As informações que você fornecer serão utilizadas exclusivamente nesta pesquisa. Caso as informações fornecidas e obtidas com este consentimento sejam consideradas úteis para outros estudos, você será procurado para autorizar novamente o uso.

Este documento que você vai assinar contém três páginas. Você deve visitar (rubricar) todas as páginas, exceto a última, onde você assinará com a mesma assinatura registrada no cartório (caso tenha). Este documento está sendo apresentado a você em duas vias, sendo que uma via é sua. Sugerimos que guarde a sua via de modo seguro.

Caso você precise informar algum fato ou decorrente da sua participação na pesquisa e se sentir desconfortável em procurar o pesquisador, você poderá procurar pessoalmente o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UNIOESTE (CEP), de segunda a sexta-feira, no horário de 08h00 às 15h30min, na Reitoria da UNIOESTE, sala do Comitê de Ética, PRPPG, situado na rua Universitária, 1619 – Bairro

Universitário, Cascavel – PR. Caso prefira, você pode entrar em contato via Internet pelo e-mail: cep.prppg@unioeste.br ou pelo telefone do CEP que é (45) 3220-3092.

Declaro estar ciente e suficientemente esclarecido sobre os fatos informados neste documento.

Nome do sujeito de pesquisa:

Assinatura:

Eu, Lucas Renato Rampim Latrônico, declaro que forneci todas as informações sobre este projeto de pesquisa ao participante (e/ou responsável).

Assinatura do pesquisador

Cascavel, _____ de _____ de 20_____.



Universidade Estadual do Oeste do Paraná

Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação

Comitê de Ética em Pesquisa – CEP



Aprovado na

CONEP em 04/08/2000

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Título do Projeto: A utilização da Prática Baseada em Evidências por psicólogos dos Centros de Atenção Psicossocial em faixa de fronteira do Paraná
 Certificado de Apresentação para Apreciação Ética – “CAAE” N°
 Pesquisador para contato: Lucas Renato Rampim Latrônico
 Endereço de contato (Institucional): Universidade Estadual do Oeste do Paraná,
 Campus de Foz do Iguaçu. Av. Tarquínio Joslin dos Santos, 1300, Foz do Iguaçu -
 PR, 85870-650
 Telefone: (45) 98823-7017

Convidamos você a participar de uma pesquisa sobre a utilização da Prática Baseada em Evidências por psicólogos dos Centros de Atenção Psicossocial em faixa de fronteira do Paraná. Os objetivos estabelecidos são analisar o nível de utilização da Prática Baseada em Evidências pelos Psicólogos dos Centros de Atenção Psicossocial em faixa de fronteira do Paraná. Além disso, busca-se discutir quais fatores contribuem para sua possível utilização. Para que isso ocorra você precisa responder ao questionário *Health Sciences–Evidence-Based Practice* (HS-EBP) que possui 60 afirmações. É estimado que você leve entre 10 a 12 minutos para respondê-lo completamente, são 12 afirmações sobre crenças e atitudes, 36 afirmações práticas e 12 afirmações sobre facilitadores.

Acredita-se que a pesquisa pode beneficiar o participante ajudando-o a identificar lacunas de conhecimento e aplicação de PBE na prática profissional. A nível de benefícios secundários, acredita-se que a pesquisa será benéfica para avaliação e ampliação dos conhecimentos referentes ao uso da prática baseada em evidência pelos psicólogos do CAPS em região de fronteira.

No entanto, a pesquisa poderá causar desconforto emocional (sentimentos de raiva, tristeza e frustração), ou então poderá sentir-se constrangido, receoso e desconfortável para avaliar o seu próprio processo de trabalho e o de seus colegas e chefes. Além disso, por se tratar de uma pesquisa remota podem ocorrer problemas

que fogem do controle dos pesquisadores, tais como falha nos sistemas de segurança da plataforma utilizada.

Se ocorrer algum transtorno, decorrente de sua participação em qualquer etapa desta pesquisa, nós pesquisadores, providenciaremos acompanhamento e a assistência imediata, integral e gratuita. Havendo a ocorrência de danos, previstos ou não, mas decorrentes de sua participação nesta pesquisa, caberá a você, na forma da Lei, o direito de solicitar a respectiva indenização.

Também você poderá a qualquer momento desistir de participar da pesquisa sem qualquer prejuízo. Para que isso ocorra, basta informar, por qualquer modo que lhe seja possível, que deseja deixar de participar da pesquisa e qualquer informação que tenha prestado será retirada do conjunto dos dados que serão utilizados na avaliação dos resultados.

Você não receberá e não pagará nenhum valor para participar deste estudo, no entanto, terá direito ao ressarcimento de despesas decorrentes de sua participação.

Nós pesquisadores garantimos a privacidade e o sigilo de sua participação em todas as etapas da pesquisa e de futura publicação dos resultados. O seu nome, endereço, voz e imagem nunca estarão associados aos resultados desta pesquisa, exceto quando você desejar. Nesse caso, você deverá assinar um segundo termo, específico para essa autorização e que deverá ser apresentado separadamente deste.

As informações que você fornecer serão utilizadas exclusivamente nesta pesquisa. Caso as informações fornecidas e obtidas com este consentimento sejam consideradas úteis para outros estudos, você será procurado para autorizar novamente o uso.

Este documento que você vai assinar contém três páginas. Você deve vistar (rubricar) todas as páginas, exceto a última, onde você assinará com a mesma assinatura registrada no cartório (caso tenha). Este documento está sendo apresentado a você em duas vias, sendo que uma via é sua. Sugerimos que guarde a sua via de modo seguro.

Caso você precise informar algum fato ou decorrente da sua participação na pesquisa e se sentir desconfortável em procurar o pesquisador, você poderá procurar pessoalmente o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UNIOESTE (CEP), de segunda a sexta-feira, no horário de 08h00 às 15h30min, na Reitoria da UNIOESTE, sala do Comitê de Ética, PRPPG, situado na rua Universitária, 1619 – Bairro

Universitário, Cascavel – PR. Caso prefira, você pode entrar em contato via Internet pelo e-mail: cep.prppg@unioeste.br ou pelo telefone do CEP que é (45) 3220-3092.

Declaro estar ciente e suficientemente esclarecido sobre os fatos informados neste documento.

Nome _____ do _____ sujeito _____ de _____ pesquisa:

Assinatura: _____

Eu, Lucas Renato Rampim Latrônico, declaro que forneci todas as informações sobre este projeto de pesquisa ao participante (e/ou responsável).

Assinatura do pesquisador

Cascavel, _____ de _____ de 20____.

APÊNDICE IV - Parecer Consubstanciado do CEP

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
OESTE DO PARANÁ -
UNIOESTE

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DA EMENDA**

Título da Pesquisa: A utilização da Prática Baseada em Evidências por psicólogos dos Centros de Atenção Psicossocial em faixa de fronteira do Paraná

Pesquisador: LUCAS RENATO RAMPIM LATRONICO

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 77470824.2.0000.0107

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.953.824

Apresentação do Projeto:

Saneamento das pesquisa:

Título da Pesquisa: A utilização da Prática Baseada em Evidências por psicólogos dos Centros de Atenção Psicossocial em faixa de fronteira do Paraná

Pesquisador Responsável: LUCAS RENATO RAMPIM LATRONICO

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 77470824.2.0000.0107

Submetido em: 15/07/2024

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANA

Situação da Versão do Projeto: Em relatoria

Localização atual da Versão do Projeto: Universidade Estadual do Oeste do Paraná - UNIOESTE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

Objetivo da Pesquisa:

Vide descrição anterior

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Vide descrição anterior

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
OESTE DO PARANÁ -
UNIOESTE**



Continuação do Parecer: 6.953.824

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Vide descrição anterior

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide descrição anterior

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Cronograma readequado

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|---------------------------------------|------------------------|-------------------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_2361488_E1.pdf | 15/07/2024 17:08:31 | | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | Projeto.docx | 15/07/2024 17:08:19 | LUCAS RENATO RAMPIM LATRONICO | Aceito |
| Outros | AnexoIV.pdf | 25/06/2024 09:57:52 | LUCAS RENATO RAMPIM LATRONICO | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores | AnexoIV.pdf | 12/06/2024 15:24:00 | LUCAS RENATO RAMPIM LATRONICO | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLECoordenador.docx | 11/06/2024 10:28:45 | LUCAS RENATO RAMPIM LATRONICO | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLEPsicologo.docx | 11/06/2024 10:28:28 | LUCAS RENATO RAMPIM LATRONICO | Aceito |
| Declaração de concordância | Requerimento.pdf | 11/06/2024 10:27:16 | LUCAS RENATO RAMPIM LATRONICO | Aceito |
| Folha de Rosto | Folhaderosto.pdf | 14/02/2024 15:43:30 | LUCAS RENATO RAMPIM LATRONICO | Aceito |
| Outros | Anexos.pdf | 14/02/2024 15:36:09 | LUCAS RENATO RAMPIM LATRONICO | Aceito |

Situação do Parecer:

Endereço: RUA UNIVERSITARIA 1619
 Bairro: UNIVERSITARIO CEP: 85.819-110
 UF: PR Município: CASCAVEL
 Telefone: (45)3220-3092 E-mail: cep.prppg@unioeste.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
OESTE DO PARANÁ -
UNIOESTE



Continuação do Parecer: 6.953.824

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CASCADEL, 17 de Julho de 2024

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

Endereço: RUA UNIVERSITARIA 1619

Bairro: UNIVERSITARIO

CEP: 85.819-110

UF: PR **Município:** CASCABEL

Telefone: (45)3220-3092

E-mail: cep.prppg@unioeste.br