ELIZA DE FÁTIMA RAKUS PUGSLEY

# ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE E REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL:

## PERSPECTIVAS E DESAFIOS NA CONSTRUÇÃO DE SUA RELAÇÃO

Londrina
2026

ELIZA DE FÁTIMA RAKUS PUGSLEY

# ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE E REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL:

## PERSPECTIVAS E DESAFIOS NA CONSTRUÇÃO DE SUA RELAÇÃO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Política Social da Universidade Estadual de Londrina - UEL, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestra.

Orientadora: Profª Drª Líria Maria Bettiol Lanza.

Londrina
2026

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL.

PUGSLEY, ELIZA DE FÁTIMA RAKUS.
ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE E REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL : PERSPECTIVAS E DESAFIOS NA CONSTRUÇÃO DE SUA RELAÇÃO /
ELIZA DE FÁTIMA RAKUS PUGSLEY. - Londrina, 2026. 158 f.

Orientador: LÍRIA MARIA BETTIOL LANZA.
Dissertação (Mestrado em Serviço Social e Política Social) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Estudos Sociais Aplicados, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Política Social, 2026.
Inclui bibliografia.

1. Atenção Básica à Saúde - Tese. 2. Rede de Atenção Psicossocial - Tese. 3. Saúde Mental - Tese. I. LANZA, LÍRIA MARIA BETTIOL. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Estudos Sociais Aplicados. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Política Social. III. Título.

CDU 36

ELIZA DE FÁTIMA RAKUS PUGSLEY

# ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE E REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL:

## PERSPECTIVAS E DESAFIOS NA CONSTRUÇÃO DE SUA RELAÇÃO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Política Social da Universidade Estadual de Londrina - UEL, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestra.

**BANCA EXAMINADORA**

_____
Profª Drª Líria Maria Bettiol Lanza
Universidade Estadual de Londrina - UEL

_____
Profª Drª Afrânnia Hemanuelly Castanho Duarte
Universidade Estadual de Londrina - UEL

_____
Profª Drª Jackeline Lourenço Aristides
Universidad Nacional de La Plata-Argentina - UNLP

Londrina, 21 de setembro de 2026.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu Deus, meu sustento e refúgio.

Ao meu esposo, Lucas, pelo amor, encorajamento e apoio. Sabemos das dificuldades, desafios e mudanças que este último ano nos trouxe. Obrigada por estar ao meu lado e por me ajudar a ver a vida de forma mais leve.

Aos meus pais, Delei e Nara, aos meus irmãos, à minha família e aos meus amigos, por todo o carinho, incentivo e compreensão, que foram suportes ao longo desta caminhada.

À minha orientadora, Prof.ª Dr.ª Líria Maria Bettiol, pela compreensão, parceria e acompanhamento durante todo o processo de construção deste trabalho. Registro minha admiração e respeito.

À Prof.ª Dr.ª Afrânnia Hemanuelly Castanho Duarte e à Prof.ª Dr.ª Jackeline Lourenço Aristides, agradeço pelo aceite em fazer parte deste processo e pelas contribuições na banca de qualificação, que foram fundamentais, pelo respeito e acolhimento que marcaram este percurso.

Aos participantes desta pesquisa, agradeço pela disponibilidade e por compartilharem suas experiências de trabalho, contribuindo para a construção deste estudo.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES), pelo apoio financeiro, que foi fundamental para a realização desta pesquisa.

Por fim, agradeço a todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para que este trabalho fosse possível.

# RESUMO

PUGSLEY, Eliza de Fátima Rakus. **Atenção Básica à Saúde e Rede de Atenção Psicossocial**: perspectivas e desafios na construção de sua relação. 2026. 158 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social e Política Social) – Centro de Estudos Sociais Aplicados, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2026.

O presente trabalho tem como objetivo analisar o papel da Atenção Básica à Saúde (ABS) enquanto componente da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) na perspectiva do trabalho e da gestão. Parte-se do reconhecimento de que a consolidação RAPS como proposta organizativa do Sistema único de Saúde para a oferta do cuidado em saúde mental, orientada pelos princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira, tendo a ABS como coordenadora do cuidado, é atravessada por disputas políticas, limites estruturais, organizacionais e distintas lógicas de cuidado. A ABS possui papel fundamental na efetivação do cuidado contínuo e territorial dos usuários. Diante deste cenário, busca-se especificamente, identificar as atribuições da ABS no cuidado em saúde mental, a partir da realidade vivenciada por seus profissionais e pela gestão; problematizar as ofertas e o manejo das demandas relacionadas à saúde mental nesses serviços; compreender as estratégias adotadas para a articulação da ABS com os demais pontos da RAPS; e identificar as formas de apoio institucional e de suporte da gestão para a efetivação do cuidado em saúde mental. A pesquisa adotou uma abordagem qualitativa, de caráter exploratório, utilizando como principal instrumento entrevistas semiestruturadas com profissionais de seis UBS, representando as diferentes regiões do município de Londrina, além de um(a) profissional vinculado(a) à gestão da ABS, totalizando treze entrevistas. Os resultados evidenciam que, embora a ABS seja reconhecida como espaço de acolhimento, identificação e acompanhamento das demandas de saúde mental, sua atuação permanece predominantemente centrada no encaminhamento aos serviços especializados, especialmente aos Centros de Atenção Psicossocial. O manejo das demandas é atravessado por sobrecarga, insuficiência de recursos, limitações estruturais e dificuldades na apropriação e utilização de instrumentos e protocolos, além da centralidade do atendimento psicológico e médico. A articulação entre os pontos da RAPS

mostrou-se fragilizada, restrita aos processos de referência e contrarreferência, que apresentam dificuldades, como a comunicação entre os serviços, compartilhamento de informações e corresponsabilização pelo cuidado. Também foram identificadas limitações nas estratégias de continuidade do acompanhamento, no matriciamento e no apoio institucional e técnico às equipes, enquanto iniciativas de qualificação e organização da rede apresentam alcance limitado diante das necessidades dos serviços. Conclui-se que a consolidação da ABS como componente da RAPS permanece em construção, marcada pela distância entre as atribuições previstas e as condições concretas para sua efetivação. O fortalecimento da ABS requer, para além da definição de fluxos e responsabilidades, condições institucionais, organizacionais e de gestão que favoreçam a articulação em rede, a corresponsabilização e a continuidade do cuidado em saúde mental.

**Palavras-chave:** Atenção Básica à Saúde; Rede de Atenção Psicossocial; Saúde Mental; Trabalho; Gestão.

## ABSTRACT

PUGSLEY, Eliza de Fátima Rakus. **Primary Health Care and Psychosocial Care Network**: perspectives and challenges in the construction of their relationship. 2026. 158 p. Dissertation (Master's Degree in Social Work and Social Policy) – Center for Applied Social Studies, State University of Londrina, Londrina, 2026.

This study aims to analyze the role of Primary Health Care (PHC) as a component of the Psychosocial Care Network (PCN), from the perspective of professional practice and management. It is based on the recognition that the consolidation of RAPS as an organizational framework within the Unified Health System for the provision of mental health care, guided by the principles of the Brazilian Psychiatric Reform and with PHC as the coordinator of care, is shaped by political disputes, structural and organizational limitations, and different approaches to care. PHC plays a fundamental role in ensuring continuous and territorial care for users. In this context, the study specifically seeks to identify the responsibilities of PHC in mental health care based on the reality experienced by its professionals and management; examine the provision and management of mental health-related demands in these services; understand the strategies adopted to coordinate PHC with the other components of PCN; and identify the forms of institutional support and management assistance provided to enable mental health care. The research adopted a qualitative, exploratory approach, using semi-structured interviews as the main research instrument with professionals from six Primary Health Care Units (PCN), representing the different regions of the municipality of Londrina, as well as one professional linked to PHC management, totaling thirteen interviews. The results show that, although PHC is recognized as a setting for welcoming, identifying, and monitoring mental health demands, its practice remains predominantly centered on referrals to specialized services, particularly Psychosocial Care Centers. The management of these demands is affected by work overload, insufficient resources, structural limitations, and difficulties in appropriating and using instruments and protocols, in addition to the centrality of psychological and medical care. Coordination among the components of RAPS was found to be fragile and restricted to referral and counter-referral processes, which present difficulties related to communication between services, information sharing, and shared responsibility for care. Limitations

were also identified in strategies for continuity of care, matrix support, and institutional and technical support for teams, while initiatives aimed at professional development and network organization have limited reach in relation to the needs of the services. It is concluded that the consolidation of PHC as a component of RAPS remains an ongoing process, marked by a gap between the responsibilities assigned to PHC and the concrete conditions for their implementation. Strengthening PHC requires, beyond the definition of care pathways and responsibilities, institutional, organizational, and management conditions that foster network coordination, shared responsibility, and continuity of mental health care.

**Key-words**: Primary Health Care; Psychosocial Care Network; Mental Health; Health Work; Health Management.

## LISTA DE QUADROS

**Quadro 1** – Caracterização dos participantes.……83
**Quadro 2** – Compreensões do papel da ABS como parte da RAPS…….……86
**Quadro 3** – Dificuldades no atendimento às demandas de saúde mental ..……103

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|---|---|
| ACS | Agente Comunitário de Saúde |
| ABS | Atenção Básica à Saúde |
| APS | Atenção Primária à Saúde |
| AI | Apoio Institucional |
| CAPS | Centro de Atenção Psicossocial |
| CAPSi | Centro de Atenção Psicossocial Infantil |
| CF | Constituição Federal |
| CEP | Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos |
| CNS | Conselho Nacional de Saúde |
| CNSM | Conferência Nacional de Saúde Mental |
| CT | Comunidade Terapêutica |
| ESF | Estratégia Saúde da Família |
| INPS | Instituto Nacional de Previdência Social |
| MS | Ministério da Saúde |
| MTSM | Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental |
| NASF | Núcleo de Apoio à Saúde da Família |
| NAPS | Núcleo de Atenção Psicossocial |
| PEC | Proposta de Emenda à Constituição |
| PML | Prefeitura Municipal de Londrina |
| RAS | Rede de Atenção à Saúde |
| RAPS | Rede de Atenção Psicossocial |
| PNH | Política Nacional de Humanização |
| RSB | Reforma Sanitária Brasileira |
| RPB | Reforma Psiquiátrica Brasileira |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |
| UPA | Unidade de Pronto Atendimento |
| UEL | Universidade Estadual de Londrina |

**SUMÁRIO**


**1 INTRODUÇÃO**.....14

**2 A CONSTRUÇÃO DE UMA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL**.....21

2.1 A construção da política de saúde no Brasil e a institucionalização da saúde mental.....21

2.2 Redes de Atenção e a estruturação da Rede de Atenção Psicossocial.....41

**3 ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE COMO PARTE DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**.....56

3.1 Atenção Básica à Saúde e saúde mental.....58

3.2 Modelos de atenção em saúde mental: processo de trabalho e disputas paradigmáticas.....70

**4 O PAPEL DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE ENQUANTO COMPONENTE DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NA PERSPECTIVA DO TRABALHO E DA GESTÃO**.....77

4.1 A organização da Atenção Básica e da Rede de Atenção Psicossocial em Londrina.....77

4.2 Eixos de análise da pesquisa.....82

4.2.1 Eixo 1: Atribuições da ABS.....84

4.2.2 Eixo 2: Manejo das demandas e oferta de cuidado.....92

4.2.3 Eixo 3: Articulação em rede.....110

4.2.4 Eixo 4: Apoio institucional e suporte.....118

**5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**.....127

**REFERÊNCIAS**.....131

**APÊNDICES**.....142

APÊNDICE A – Instrumentos de pesquisa utilizados na coleta de dados.....143

APÊNDICE B – Instrumentos de pesquisa 2……..149

**ANEXOS**..……..151
ANEXO A – Parecer consubstanciado CEP……...152
ANEXO B – Parecer consubstanciado PML……..……..158

# 1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecido pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei nº 8.080/1990, garante que a saúde é um direito fundamental e uma responsabilidade do Estado, tendo como princípios fundamentais a universalidade, a integralidade e a equidade. A organização dos serviços por meio do SUS estrutura-se em níveis de complexidade: atenção primária, secundária e terciária; criados para estruturar a oferta de ações e serviços e ordenar o acesso aos diferentes tipos de cuidado.

Dentro deste contexto amplo da organização dos serviços de saúde, ao considerar a oferta de cuidado às pessoas em sofrimento psíquico, é necessário reconhecer, como destaca Amarante (2007), que a sociedade ocidental historicamente manteve com essas pessoas uma relação pautada na invisibilização de suas necessidades em saúde e em práticas de segregação social, expressas principalmente por meio de longas e sistemáticas internações em hospitais psiquiátricos, frequentemente marcadas pelo abandono e por atos de violência institucional.

Diante desse cenário, a formulação de uma Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) no Brasil foi resultado das lutas e reivindicações do Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), que enfrentou essa lógica de exclusão. Somente a partir dos anos 2000, em consonância com as diretrizes do SUS, foi implantada uma rede de serviços destinada às pessoas em sofrimento psíquico e aos usuários de substâncias psicoativas, estruturada em diferentes níveis de complexidade e orientada pelo princípio da integralidade do cuidado, contemplando desde demandas de menor complexidade até necessidades mais intensas e específicas.

Há em 2001 a promulgação da Lei Federal nº 10.216, conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica, dando início ao processo de gradual abolição do modelo psiquiátrico convencional, inclusive dos hospitais especializados, sendo esses gradualmente substituídos por modalidades assistenciais alternativas. Esta, dispondo sobre “a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (Brasil, 2001).

Para além de normativas, a operacionalização de uma PNSM se deu a partir do fortalecimento do conceito de Rede, embora contemplado pela CF/88, conforme

expresso no Art. 198: “as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um único sistema”; seu aprofundamento teórico e os esforços para sua concretização no SUS ocorreram de forma mais aprofundada a partir de 2010, com a aprovação da PM nº 4.279, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (Magalhães Júnior, 2014).

Concebendo a importância da organização dos serviços e da política no formato de redes, foi publicada em 2011 a Portaria de nº 3.088, do Ministério da Saúde, que regulamenta a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), no âmbito do SUS. Essa, destinada “para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)” (Brasil, 2011).

A implantação da RAPS teve como objetivo integrar a saúde mental aos diferentes níveis de complexidade e pontos de atenção do SUS, de modo a assegurar cuidado integral aos sujeitos em uma rede articulada, com definição de parâmetros populacionais, princípios psicossociais e diretrizes operacionais. Em termos organizativos, o ordenamento da Atenção Psicossocial em cada região de saúde deve estruturar-se em diferentes pontos da rede SUS: Atenção Básica; Atenção Psicossocial Especializada; Atenção de Urgência e Emergência; Atenção Residencial de Caráter Transitório; Atenção Hospitalar e Estratégias de Desinstitucionalização (Brasil, 2011).

A portaria reforça os princípios da RPB, criticando o modelo hospitalocêntrico de assistência em saúde, enfatiza o direito ao exercício da cidadania como importante fator de proteção para a saúde mental e preconiza a participação de diferentes atores sociais na formulação de políticas e práticas de Atenção Psicossocial (Oliveira; Alessi, 2005).

Entretanto, a construção da saúde mental e Atenção Psicossocial de forma abrangente, como Amarante (2007) reitera, em uma “rede de relações entre sujeitos, sujeitos que escutam e cuidam - médicos, enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, dentre muitos outros atores que são evidenciados nesse processo social complexo” é perpassado por desafios, na superação do modelo histórico de cuidado centralizado no saber médico psiquiátrico e institucionalizador (Amarante, 2007, p. 82).

Nessa perspectiva, a Atenção Básica à Saúde (ABS) exerce papel

estratégico e fundamental, como nível primário, caracteriza-se preferencialmente como a porta de entrada do SUS e inclui um conjunto de ações individuais e coletivas que visam promover a saúde, prevenir doenças, diagnosticar, tratar e reabilitar (Paim, 2009, p. 60).

Como principal referência, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) organizam-se a partir de diferentes arranjos de equipes, sendo a Estratégia Saúde da Família (ESF) o modelo prioritário de organização da ABS. Nesse sentido, quando estruturadas segundo a ESF, as equipes são compostas, no mínimo, pelo profissional médico e enfermeiro, preferencialmente especialistas em saúde da família; pelo auxiliar e/ou técnico de enfermagem e pelo agente comunitário de saúde (ACS) (Brasil, 2017).

Porém, dependendo da estrutura local, das diretrizes municipais e das políticas locais de inserção profissional, essas unidades podem abrigar diferentes equipes como as de Atenção Primária (eAP), Consultório na Rua (eCnaR), Saúde Bucal (eSF Bucal) e equipes multiprofissionais (eMulti), além de receberem profissionais vinculados a programas de residência multiprofissional.

Como apontam Gerbaldo *et al*. (2018), a articulação entre saúde mental e ABS permanece frágil, com desenvolvimento desigual em diferentes regiões do país, refletindo as disparidades nas condições de vida da população e na organização da rede assistencial. Na mesma direção de análise, Fernandes *et al*. (2021) evidencia que, entre os principais desafios para o fortalecimento da RAPS, encontram-se a efetivação do trabalho em rede e intersetorial, a formação qualificada dos profissionais e a falta de um direcionamento político consistente.

Os autores também destacam a necessidade premente de ampliação das pesquisas que abordem os diferentes pontos da RAPS, como a ABS, ressaltando que os estudos recentes, embora ainda incipientes, expõem não apenas fragilidades, mas também potencialidades na construção dessa rede. Dessa forma, ainda que a RAPS represente um avanço fundamental na atenção às necessidades específicas das pessoas em sofrimento mental e dos usuários de substâncias psicoativas, sua consolidação e fortalecimento continuam a configurar desafios centrais para a efetivação de um cuidado integral e de base comunitária.

Identifica-se lacunas no que diz respeito à compreensão dos(as) profissionais sobre atribuições da ABS no âmbito da RAPS, bem como à forma como as gestões municipais estruturam, orientam e apoiam a efetivação da ABS

como ponto essencial desta Rede de Atenção. A produção acadêmica em nível de pós-graduação, em sua maioria, tem se concentrado no estudo de percepções de categorias profissionais específicas (Andrade, 2021; Silva, 2022; Oliveira, 2022; Silva, 2023) inseridos na ABS e em contato com as demandas de saúde mental ou focando predominantemente na efetividade das práticas de matriciamento em saúde mental (Ronchetti, 2017; Rezende, 2021; Reis, 2021; Leme, 2022; Carlos, 2023).

Dentro desse contexto, o interesse pela temática de pesquisa relaciona-se com minha trajetória de formação em Serviço Social pela Universidade Estadual de Londrina (UEL). Durante o estágio curricular obrigatório realizado no Ambulatório de Especialidades do Hospital Universitário de Londrina (AEHU), o contato com usuários atendidos pelo Ambulatório de Psiquiatria despertou reflexões acerca do cuidado em saúde mental ofertado pelo SUS e a necessidade dos usuários e, no Trabalho de Conclusão de Curso, pude analisar o percurso de atendimento de crianças e adolescentes na RAPS de Londrina.

Entre os achados da pesquisa, e em consonância com a literatura, mostrou-se a reduzida participação da ABS como espaço de cuidado em saúde mental para esses usuários. Buscando aprofundar a compreensão dessa relação e do papel da ABS no âmbito da RAPS, tais inquietações foram incorporadas ao processo de pesquisa na Pós-Graduação, resultando na construção da presente dissertação de mestrado.

Com o propósito de contribuir para a expansão do debate, delimitou-se como problema de pesquisa: Como se configura o papel da Atenção Básica à Saúde (ABS) enquanto componente da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), na perspectiva dos(as) profissionais que atuam nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e da gestão municipal?. Assim, estabeleceu-se como objetivo geral: Analisar o papel da Atenção Básica à Saúde (ABS) enquanto componente da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), na perspectiva do trabalho profissional e da gestão.

Como objetivos específicos: (a) Identificar as atribuições da Atenção Básica à Saúde, a partir da realidade dos profissionais que a integram e da perspectiva da gestão, acerca do cuidado em saúde mental e como parte da RAPS; (b) Problematizar as ofertas e o manejo das demandas presentes nos serviços da Atenção Básica à Saúde na prestação de cuidados em saúde mental; (c) Compreender as estratégias adotadas pelos serviços da Atenção Básica à Saúde para articular-se com outros pontos da RAPS, a partir da atuação dos profissionais e

dos direcionamentos da gestão e (d) Identificar as formas de apoio institucional e de suporte da gestão para a efetivação do cuidado em saúde mental na Atenção Básica à Saúde.

Compreende-se a relevância desta pesquisa na possibilidade de analisar realidades locais do município de Londrina, entendendo que a RAPS assume contornos e funcionamentos particular em cada território, podendo contribuir para produção de subsídios voltados ao aprimoramento das práticas profissionais, estratégias de gestão e integralidade do cuidado em saúde mental ofertado aos usuários.

Foi adotada uma abordagem qualitativa, de caráter exploratório, com o intuito de compreender os fenômenos sociais e institucionais relacionados à atuação da ABS no cuidado em saúde mental. A abordagem qualitativa permite a imersão na realidade estudada, conforme destaca Minayo (2002, p. 24), a pesquisa qualitativa "trabalha com o universo dos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos". Assim, a investigação propõe captar a complexidade do cotidiano dos serviços da ABS do município, por meio dos profissionais de saúde, situando-as em seu contexto histórico e institucional.

A pesquisa está estruturada em duas etapas principais, a primeira corresponde à revisão bibliográfica, desenvolvida de forma contínua ao longo do estudo, contemplando a RPB, o processo de construção do SUS e a constituição da RAPS enquanto proposta organizativa do cuidado em saúde mental no Brasil, o debate acerca do papel da ABS no cuidado em saúde mental e a contextualização do processo de implementação da RAPS no município de Londrina.

A segunda etapa consiste na pesquisa empírica com sujeitos, realizada após os trâmites necessários para a condução da pesquisa junto ao Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina (CEP/UEL) (CAAE nº 90480825.3.0000.5231 – Parecer nº 7.826.101 – Anexo A), bem como obtida a autorização da Prefeitura Municipal de Londrina (PML) para a realização do estudo (Anexo B).

Foram realizadas treze entrevistas semiestruturadas entre os meses de outubro e novembro de 2025, sendo doze com profissionais atuantes nas UBS do município e uma com profissional vinculada à gestão da ABS de Londrina. Com o objetivo de assegurar representatividade territorial, selecionou-se uma UBS em cada

região administrativa do município — norte, sul, leste, oeste, central e rural — totalizando seis unidades participantes.

A definição das unidades ocorreu por meio de amostragem probabilística aleatória simples, mediante sorteio, conforme orienta Marsiglia (2006, p. 9), a fim de "garantir a mesma possibilidade de compor a amostra para cada um dos componentes do universo". Nos casos em que houve recusa de participação por parte das unidades inicialmente sorteadas, por negativa da coordenação ou impossibilidade de continuidade do contato, em razão da ausência de retorno às tentativas de comunicação, procedeu-se à realização de novo sorteio dentro da respectiva região, com a seleção de outra UBS.

Após o sorteio das unidades e com a obtenção das autorizações do CEP/UEL (Anexo A) e da PML (Anexo B), realizou-se contato telefônico com os(as) respectivos(as) coordenadores(as) das UBS selecionadas, com a finalidade de apresentar a pesquisa e obter consentimento para sua realização na unidade. As autorizações foram encaminhadas para o e-mail institucional, e solicitou-se a divulgação da pesquisa junto às equipes, de modo que os profissionais interessados pudessem manifestar sua participação.

Os agendamentos das entrevistas foram realizados conforme a disponibilidade dos participantes, indicados pela coordenação das unidades, por e-mail ou contato telefônico, respeitando a organização interna e os fluxos institucionais de cada serviço. O contato com a gestão municipal seguiu o mesmo procedimento, com agendamento conforme disponibilidade indicada.

Buscando contemplar a diversidade das categorias que compõem a equipe mínima da ABS, priorizou-se a participação de dois trabalhadores de diferentes categorias profissionais, conforme as possibilidades indicadas por cada UBS integrante da amostra. As entrevistas foram realizadas em local e horário definidos pelos participantes, ocorrendo na estrutura das respectivas UBS e, no caso da gestão, na sede da Secretaria Municipal de Saúde de Londrina.

Após a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e a formalização da concordância em participar da pesquisa, procedeu-se à realização da entrevista, com base no roteiro de entrevista semiestruturado (Apêndice A), com duração entre 30 e 50 minutos. Mediante autorização dos participantes, realizou-se a gravação em áudio, exclusivamente para assegurar maior captação das informações e subsidiar a posterior análise de conteúdo, garantindo-se que os

registros não seriam divulgados a terceiros.

O roteiro das entrevistas semiestruturadas (Apêndice A) teve como propósito captar as compreensões dos profissionais atuantes nas UBS e da gestão acerca do papel da ABS enquanto componente da Rede de Atenção Psicossocial, explorando as atribuições da ABS acerca do cuidado em saúde mental, as ofertas e manejo das demandas de saúde mental, as estratégias adotadas para articulação do serviço com outros pontos da RAPS e as formas de apoio institucional para a realização do cuidado em saúde mental.

Os dados empíricos estão sendo analisados por meio de análise de conteúdo, conforme Bardin (2011), com codificação, categorização e interpretação dos dados em busca de identificar padrões, contradições, sentidos e significados presentes nas falas dos sujeitos. A análise, orientada por uma perspectiva crítica, articulando os dados empíricos ao referencial teórico e às políticas públicas analisadas. A pesquisa segue os princípios éticos estabelecidos pela Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, assegurando o sigilo, a confidencialidade e o anonimato dos participantes, bem como a utilização dos dados exclusivamente para fins científicos.

Este trabalho organiza-se em quatro capítulos, incluindo esta introdução. No segundo capítulo, objetiva-se analisar a conformação de uma política de saúde mental no Brasil, abordando a institucionalização da saúde mental, com ênfase nos movimentos da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica Brasileira e a organização das Redes de Atenção no SUS, com destaque para a Rede de Atenção Psicossocial. No terceiro capítulo, situar a ABS como componente da RAPS, analisando sua trajetória de institucionalização, transformações recentes e sua relação com a saúde mental, além da discussão acerca do modelo de atenção em saúde mental, destacando o trabalho em saúde e disputas paradigmáticas. Por fim, no último capítulo, apresentar e analisar os resultados da pesquisa empírica.

# 2 A CONSTRUÇÃO DE UMA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL

Este capítulo tem por objetivo analisar, em perspectiva histórico-crítica, a conformação de uma política de saúde mental no Brasil, situando-a no contexto das transformações das políticas de saúde e de disputas que marcam sua construção. O primeiro subcapítulo aborda a institucionalização da saúde mental, com ênfase nos movimentos da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica Brasileira, compreendidos como expressões de tensionamentos entre distintos modelos assistenciais. No seguinte subcapítulo, analisa-se a organização das Redes de Atenção no SUS, com destaque para a Rede de Atenção Psicossocial, seus componentes, diretrizes e os desafios de sua implementação, sendo evidenciadas contradições, descontinuidades e disputas que a atravessam.

## 2.1 A construção da política de saúde no Brasil e a institucionalização da saúde mental

Desde o período colonial, a saúde pública não figurava entre as prioridades estatais. Até o século XVIII, a assistência médica caracterizava-se por práticas de cunho liberal, caritativo e filantrópico, restritas às elites (Bravo, 2007). A ausência de ações governamentais resultava em graves dificuldades sanitárias para a maior parte da população, que recorria ao cuidado em saúde oferecido por curandeiros, parteiras, ordens religiosas e pelas Santas Casas de Misericórdia (Resende, 1994).

Nesse cenário, a loucura[1] não era entendida como objeto de cuidado específico

> desde que mansos, se permitia errar pelas cidades, aldeias, campos, sujeitos aqui e ali aos motejos da criançada, vivendo da caridade pública: um prato de comida ou uma roupa em troca de pequenos serviços ou mesmo nada. No caso de exibirem comportamento violento ou atitude indecorosa, eram recolhidos às cadeias onde podiam ou não receber maus tratos [...] Mesmo as Santas Casas de Misericórdia e outras instituições de caridade, já existentes desde os séculos XVI e XVII, e que abrigavam doentes pobres, velhos, órfãos e mendigos, não contavam com loucos em sua variada clientela (Resende, 1994, p. 31).

[1] O termo “loucura” é utilizado neste trabalho em referência às categorias históricas atribuídas às pessoas em sofrimento psíquico, assim como outras denominações presentes na literatura, que expressam distintas concepções e formas de tratamento. Adota-se a noção de “sofrimento psíquico ou mental”, em consonância com o campo da saúde mental e atenção psicossocial (Amarante, 2007). O uso de distintos termos acompanha a literatura utilizada.

As primeiras iniciativas mais sistemáticas voltadas à saúde surgiram com a transferência da Corte Portuguesa para o Brasil, em 1808, mas limitaram-se à fiscalização do exercício médico e ao controle sanitário dos portos. Após a Independência, a organização dos serviços foi descentralizada para as câmaras municipais, porém essa estrutura manteve-se frágil, marcado pelo clientelismo, subordinada aos interesses da elite senhorial e acionada, em geral, apenas diante de crises epidêmicas cada vez mais frequentes, como as de febre amarela e varíola (Escorel; Teixeira, 2012).

Ao longo do século XIX, diante do agravamento da situação sanitária, o poder central buscou ampliar seu papel em ações como vacinação, polícia sanitária e fiscalização da prática médica. No entanto, os serviços continuaram concentrados na capital do Império, deixando o restante do país em condições precárias (Escorel; Teixeira, 2012).

Na mesma direção, voltada ao ordenamento do espaço urbano e à garantia da ordem pública, se tem o início da ação pública voltada à loucura com a criação do primeiro hospital psiquiátrico, o Hospício Pedro II, no Rio de Janeiro, em 1852, inspirado no modelo francês de Pinel e Esquirol[2]. Embora apresentado como espaço de tratamento, inaugurou a expansão de instituições asilares que reforçavam a segregação social, mantendo afastados do convívio público aqueles considerados desviantes (Amarante, 2012).

A partir de 1890, junto à criação da Assistência Médico-Legal aos Alienados, consolida-se a autoridade psiquiátrica sobre essas instituições até então vinculadas à Igreja, ampliando-se os serviços também para as colônias. Destacam-se, nesse contexto, as colônias de São Bento e Conde de Mesquita, na Ilha do Galeão, no Rio de Janeiro. Embora se diferenciassem dos hospitais tradicionais por incorporar atividades laborais e comunitárias como recurso terapêutico; preservavam a função central de segregação social (Amarante, 2012; Resende, 1994).

A maioria dos estados brasileiros incorporou esse modelo à sua rede de serviços, seja como complemento aos hospitais psiquiátricos, seja como principal alternativa. Como ressalta Resende (1994, p. 47), essa adesão ocorreu não apenas

[2] Philippe Pinel (1745-1826), considerado fundador da psiquiatria moderna, introduziu o chamado tratamento moral, que concebia a loucura como “alienação mental” e defendia sua cura mediante disciplina e isolamento. Jean-Étienne Esquirol (1772-1840) deu continuidade a esse projeto, aprofundando a classificação das “doenças mentais” e contribuindo para consolidação da psiquiatria como campo médico-científico.

pela ausência de outras estratégias terapêuticas, mas também porque encontrou “um ambiente político e ideológico propício ao seu florescimento”. Assim, a assistência psiquiátrica manteve, até o início do século XX, “inalterada a destinação social do hospital psiquiátrico a despeito da substituição da psiquiatria empírica pela científica” (Resende, 1994, p. 52).

Com a crise do Império e a consolidação da República, o país atravessava intensas transformações sociais e econômicas, experimentando os efeitos da substituição da mão de obra de negros escravizados, da expansão cafeeira, da imigração europeia e do crescimento urbano. Essas mudanças acentuaram as condições precárias de vida da população, evidenciadas pela ausência de saneamento básico, pela proliferação de cortiços e favelas e pela disseminação de doenças infecciosas (Resende, 1994).

A Constituição Republicana não instituiu uma política nacional de saúde estruturada, mantendo medidas emergenciais, como a vacinação obrigatória contra a varíola e a notificação compulsória de determinadas doenças (Escorel; Teixeira, 2012). Nesse cenário, consolidava-se o chamado sanitarismo campanhista, pautado por ações repressivas e autoritárias. A lógica predominante era a do combate imediato às epidemias, recorrendo ao isolamento compulsório de doentes e ao uso da força para impor medidas sanitárias, enquanto a assistência cotidiana permanecia a cargo de instituições filantrópicas e beneficentes (Ponte; Lima; Kropf, 2010).

Essa mesma linha repressiva e disciplinadora se estendia às pessoas com transtornos mentais, tendo no plano jurídico sua afirmação com o Decreto nº 1.132, de 1903, seguido por normativas posteriores que regulamentaram a internação compulsória em instituições específicas, voltadas aos chamados “alienados perigosos” à ordem pública ou à segurança. Legitimava-se, assim, a psiquiatria como instrumento de regulação social operado pelo aparato jurídico-estatal (Silva; Holanda, 2014).

No início do século XX, a descoberta da doença de Chagas (1909) consolidou a ideia de que as endemias rurais constituíam entraves ao desenvolvimento nacional, transformando-se em símbolos das mazelas sociais e da necessidade de intervenção estatal (Ponte; Lima; Kropf, 2010). As expedições científicas do Instituto Oswaldo Cruz reforçaram esse diagnóstico ao evidenciar um Brasil marcado pela miséria e pelo abandono, deslocando o debate sobre o atraso

nacional do determinismo racial para explicações fundamentadas nas condições sanitárias e sociais (Lima; Hochman, 1996; Ponte, 1999).

Esse movimento encontrou expressão simbólica na declaração do médico Miguel Pereira, em 1916, de que o “Brasil é um imenso hospital”. No mesmo período, em 1918, foi criada a Liga Pró-Saneamento do Brasil, defendendo a centralização das ações de saúde, e a difusão de suas propostas foram fortalecidas pelo impacto da gripe espanhola, que evidenciou a urgência de superar a fragmentação existente (Ponte, 1999).

Como observa Tamano (2017), embora o sanitarismo da Primeira República tenha inserido a saúde no debate social e político, tratava a doença como causa do atraso e a saúde como motor do progresso. Essa concepção não a configurava como direito, mas como instrumento de disciplinamento social, reforçando a tutela das elites médicas e políticas sobre a população pobre e rural.

Há a intensificação dessa tendência adotada pelos sanitaristas, marcada pela crescente influência dos princípios eugênicos que também se consolidavam na psiquiatria brasileira, tendo como expressão a criação em 1923 da Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM), que se apresentava como “um órgão de divulgação que oriente a coletividade sobre preceitos de higiene mental e serviços sociais aos psicopatas” (Boletim de Higiene Mental, 1944). Suas práticas, antes restritas ao espaço manicomial, expandiram-se progressivamente para a esfera social, difundindo ações preventivas em escolas, locais de trabalho e comunidades (Silva; Holanda, 2014).

De modo geral, conforme apontam Behring e Boschetti (2009),

> O fundamental, nesse contexto do final do século XIX e início do século XX, é compreender que nosso liberalismo à brasileira não comportava a questão dos direitos sociais, que foram incorporados sob pressão dos trabalhadores e com fortes dificuldades para sua implementação e garantia efetiva. Essa situação começa a se alterar nos anos 1920 e sofrerá mudanças substanciais a partir dos anos 1930 (Behring; Boschetti, 2009, p. 81).

Portanto, embora houvesse iniciativas sanitárias anteriores, a conformação de uma política pública de saúde no Brasil, aproximando-se da noção de direito social, só começou a se estruturar a partir da década de 1920, alcançando maior consistência nos anos 1930. Nesse percurso, destaca-se como marco fundamental a aprovação em 1923 da Lei Eloy Chaves, instituindo a criação obrigatória das Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs) para categorias específicas como ferroviários,

marítimos, entre outras, estabelecendo as bases de um modelo previdenciário que articulava assistência médica e benefícios sociais (Behring; Boschetti, 2009).

A partir desse marco, as políticas sociais, especialmente a saúde, passaram a se organizar em dois subsetores: a saúde pública, sob responsabilidade formal do governo federal, mas executada por estados e municípios, restrita a garantir condições sanitárias mínimas às populações urbanas e a medicina previdenciária, oferecida por médicos conveniados aos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) (Bravo, 2007).

Vale destacar, conforme Vianna (2011) aponta, que essa estrutura consolidou uma lógica excludente, ao vincular o acesso à cidadania social à capacidade contributiva. Ainda, como observa Menicucci (2003, p. 66), a criação dos diversos IAPs, embora tenham ampliado a cobertura previdenciária a diferentes categorias, não significou, até a década de 1960, um avanço correspondente na assistência à saúde. Desde sua implantação, foram orientados por uma política de contenção de despesas, o que levou à queda real dos recursos destinados ao setor.

Ainda, mais do que uma questão de restrição orçamentária, essa dinâmica refletia uma mudança de concepção, a previdência social passou a se afastar do papel de provedora direta de cuidados médicos, transferindo progressivamente essa responsabilidade para outros arranjos institucionais e, sobretudo, para o setor privado (Menicucci, 2003).

Como destacam Behring e Boschetti (2009, p. 105), há no governo Vargas (1930-1945), a coalizão entre capital e trabalho, impulsionando profundas transformações no Estado e na sociedade, em meio a disputas por hegemonia e da direção do processo de modernização que ficam expressas na Constituição de 1934, revelando tanto a incorporação de conquistas sociais quanto limites estruturais de um projeto assentado em bases liberais e sustentado pelos interesses das elites econômicas.

Nesse período, a separação entre saúde pública e assistência médica previdenciária ampliou a ênfase no atendimento individual em detrimento das ações coletivas. Enquanto o Estado organizava campanhas contra doenças e epidemias, a assistência previdenciária, vinculada ao Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio consolidava a prática médica individual, fortalecendo-a no imaginário social brasileiro uma visão curativa do processo saúde/doença (Escorel; Teixeira, 2008, p. 358).

Paralelamente, essa lógica curativa projetava-se no campo da saúde mental. Com a criação do Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM) em 1941, vinculado ao Ministério da Educação e Saúde, consolidava-se a centralização administrativa da assistência psiquiátrica no país e a expansão das colônias reforçava o predomínio do modelo asilar, que permaneceu hegemônico até as décadas de 1940 e 1950. A partir daí, a privatização da assistência médica da previdência social passou a impulsionar o crescimento expressivo dos leitos psiquiátricos, tornando-se o principal eixo do atendimento à população brasileira (Amarante, 2012, p. 637).

Entre 1946 e 1964, o Brasil atravessou um período de intensas turbulências econômicas, políticas e sociais, marcado pela rápida urbanização, pela consolidação da indústria de base e pelo amadurecimento do movimento operário e popular. Estes, passaram a apresentar uma pauta de reivindicações mais ampla, multiplicando-se greves, mobilizações e negociações em torno das condições de vida da classe trabalhadora (Behring; Boschetti, 2009, p. 109).

Diante disso, o governo João Goulart buscou responder às pressões sociais por meio das Reformas de Base, que incluíam medidas de caráter agrário, educacional, fiscal e administrativo. Entretanto, este projeto entrou em choque com o modelo de desenvolvimento associado ao capital estrangeiro e a reação desse conflito culminou no golpe civil-militar de 1º de abril de 1964, na articulação entre capital internacional, elites nacionais e setores militares, que instaurou um regime autoritário por 21 anos no país[3].

Nesse novo contexto político, uma das medidas de maior impacto foi a unificação dos IAPs no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que, embora tenha ampliado a cobertura previdenciária, manteve um modelo centralizado e autoritário, sem qualquer abertura à participação democrática. Como analisa Vianna (2011, p. 154), “a cobertura previdenciária se universaliza sob um ordenamento político fechado, repressor das demandas sociais e que, ao invés de hierarquizar a cidadania, a nivela num estatuto inferior”. Assim, a expansão ocorreu de forma limitada, reforçando a lógica da medicina previdenciária e estimulando a contratação

[3] Com o golpe militar de 1964, instaurou-se um processo de centralização do poder acompanhado pela restrição de direitos trabalhistas, como o direito de greve, autonomia sindical e negociação coletiva, além do cerceamento das liberdades civis e políticas, por meio dos Atos Institucionais, especialmente o AI-5. Há a abertura ao capital externo e o alinhamento aos interesses do bloco ocidental, submetendo as políticas sociais e as relações de trabalho à lógica da acumulação capitalista (Costa, 2006).

de serviços privados por meio de convênios, consolidando a mercantilização da saúde.

A atenção voltada às pessoas com transtornos mentais durante o regime ditatorial seguia essa mesma direção. Reproduzindo o modelo dual descrito por Bravo (2007) para o campo da saúde em geral, coexistiam hospitais públicos em condições precárias, voltados majoritariamente à população sem acesso à previdência, e uma rede privada que expandia-se sustentada por recursos públicos e utilizada como principal destino para internações psiquiátricas (Maciel, 2007; Bravo, 2007; Amarante, 2012).

A conjuntura dos últimos anos da Ditadura foi marcada pelo fim do chamado "milagre econômico", momento em que a estratégia autoritária passou a enfrentar seus próprios limites diante do crescimento da insatisfação popular. Assim, há o necessário afrouxamento da censura, ficando visíveis os questionamentos acerca da estrutura e da organização do poder, das políticas sociais e econômicas e das condições de vida e trabalho. Nesse cenário, consolidam-se as bases para a reorganização dos partidos políticos, sindicatos, associações e demais movimentos da sociedade civil, ao mesmo tempo em que cresciam os movimentos sociais de oposição à ditadura, reivindicando serviços públicos e melhores condições de vida (Amarante, 1995, p. 89).

Por sua vez, a situação de saúde da população, as políticas de saúde adotadas pelos governos autoritários e o próprio modo de compreender o processo saúde/doença passam a ser amplamente questionadas, impulsionando a conformação do movimento ideológico e político da Reforma Sanitária Brasileira (RSB).

Nesse processo, conforme apontam Escorel, Nascimento e Edler (2005, p. 63), os Departamentos de Medicina Preventiva (DMP) tiveram papel central como espaços de produção de conhecimento sobre a saúde da população e organização das práticas sanitárias. Embora inicialmente influenciados pelo preventivismo norte-americano, que explicava a doença como um desequilíbrio entre indivíduo e ambiente, sem considerar as determinações sociais[4], tornaram-se espaços centrais de crítica a essa visão.

[4] A noção de "determinação social da saúde não está circunscrita aos males provenientes da exposição aos riscos de dano fisiológico", permite compreender o processo saúde-doença a partir das condições históricas, sociais e econômicas que estruturam a vida (Fleury-Teixeira, 2009, p. 384).

A constatação dos limites do ideário preventivista conduziu à formulação de uma teoria social da saúde, ancorada na análise histórico-estrutural da sociedade e no materialismo histórico-dialético, desencadeando intensos debates teóricos. A partir dessa perspectiva, o novo enfoque criticou o objeto restrito da medicina individual, o modelo tradicional de formação médica centrado nos aspectos biológicos e a formação de sanitaristas baseada em ciências sociais de orientação funcionalista, aproximando-se do desenvolvimento conceitual de determinação social do processo saúde/doença, elaborado no interior dessa nova abordagem (Escorel, 1998, p. 25).

A Reforma Universitária de 1968 reforçou essa atuação ao tornar obrigatória a medicina preventiva nos currículos, ampliando sua influência na formação médica e estimulando a articulação com setores da sociedade civil nas lutas pela democratização. Paralelamente, experiências de Medicina Comunitária vinculadas aos DMP reforçaram a crítica à medicalização e defenderam o autocuidado, a atenção primária por não-profissionais e a valorização de práticas tradicionais. Esse ambiente crítico contribuiu para a delimitação teórica e consolidação do campo da Saúde Coletiva (Escorel; Nascimento; Edler, 2005).

Destaca-se, conforme Silva, Paim e Schraiber (2022, p. 10) apontam que a Saúde Coletiva brasileira desenvolveu-se como um campo de saberes e âmbito de práticas, constituiu um espaço de relações entre agentes e instituições, operando rupturas em relação à Medicina Preventiva, a Higiene e a Saúde Pública institucionalizada, mas também incorporando muitas das contribuições desses movimentos que a antecederam.

Sendo assim, consolidou-se, ao longo dos anos, como espaço multiprofissional e interdisciplinar. Seu desenvolvimento teórico e prático tende a ultrapassar fronteiras disciplinares, buscando compreender a saúde/doença como um processo que se relaciona com a estrutura da sociedade, o homem como ser social e histórico, e o exercício das ações de saúde como uma prática social, assim, sofrendo influências econômicas, políticas e ideológicas (Escorel; Nascimento; Edler, 2005; Silva; Paim; Schraiber, 2022, p. 7).

Nessa direção, a realidade sanitária passa a ser vista como objeto de intervenção. Destaca-se, no cenário de 1974 a 1979, o acirramento das contradições da política nacional de saúde, que passou a enfrentar uma permanente tensão entre “a ampliação dos serviços, a disponibilidade de recursos financeiros, os interesses

advindos das conexões burocráticas entre os setores estatal e empresarial médico e a emergência do movimento sanitário" (Bravo, 2008, p. 8).

Sob a forte pressão do regime autoritário, o movimento sanitário criou, em 1976, o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES), com o objetivo de viabilizar suas propostas e ampliar a propagação de seus ideais. Sua finalidade consistia em consolidar correntes de pensamento em defesa da saúde coletiva, produzir conhecimentos sobre a saúde da população e articular tais saberes com uma prática política concreta (Menezes, 2016).

Outra instituição de destaque na luta da RSB foi a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), criada em 1979. Atuando em articulação com o CEBES, exerceu dupla função; de caráter corporativo, ao defender a consolidação da pesquisa e do ensino em saúde coletiva, e de caráter político, ao se colocar como porta-voz da comunidade científica (Escorel; Nascimento; Edler, 2005, p. 68).

As principais propostas defendidas pelos sujeitos coletivos do movimento sanitário foram amplamente debatidas na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 1986, inaugurando uma experiência inédita de participação democrática, marcada pelo protagonismo de profissionais de saúde, trabalhadores e setores populares. Estruturada em torno de três eixos, "saúde como direito inerente à cidadania, reformulação do sistema nacional de saúde e financiamento do setor saúde", ultrapassou os limites do debate técnico, configurando-se como uma arena política de disputa de projetos de sociedade (Paim, 2008, p. 99).

Nesse sentido, a 8ª CNS não apenas sistematizou e legitimou as propostas da RSB, mas também revelou o confronto entre um modelo de saúde orientado pela cidadania e outro submetido à lógica de mercado, contradição que continua a marcar os rumos da política de saúde no Brasil nas décadas seguintes.

Em estreita articulação com a RSB, as mobilizações em defesa de alternativas ao modelo asilar intensificaram-se, tendo o CEBES e a Rede de Alternativas à Psiquiatria (REME) desempenhado papel fundamental na formulação das bases políticas da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) e na conformação do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). Como destaca Amarante (1995), foi a partir dessas organizações que se sistematizaram as primeiras denúncias de violências, negligências e o uso da psiquiatria como instrumento de controle social.

Há de se reconhecer neste processo também, como Ferreira (2007, p. 217) aponta, a importância das transformações acadêmicas e intelectuais que, desde os anos 1970, passaram a valorizar a investigação qualitativa, encontrando nos movimentos alternativos um novo campo para a técnica de observação participante, construindo uma ciência social crítica. Visitas como de Basaglia, Goffman e Foucault[5] ao Brasil, ao denunciarem o manicômio como espaço de exclusão, favoreceram novas leituras da assistência psiquiátrica; somando-se a isso o intercâmbio de profissionais, trazendo experiências da Psiquiatria Democrática na Itália.

Em meio à essas dinâmicas, vale destacar, conforme Paim (2008) conclui que

> A Reforma Sanitária representa uma reforma social inconclusa, passando por diversos momentos de um ciclo: era uma idéia que se ia plasmando na medida em que se procedia a uma crítica ao sistema de saúde durante a ditadura. Foi uma proposta inicialmente apresentada pelo Cebes, trazendo um conjunto de princípios e proposições tal como disposto no documento *A questão democrática na saúde*, em 1979. Foi, também, um movimento, mobilizando um bloco de forças políticas, ideológicas e sociais, além de um projeto, sintetizado no Relatório Final da 8ª CNS, consubstanciando um conjunto de políticas articuladas que requerem uma dada consciência sanitária, uma participação da cidadania e uma vinculação com as lutas políticas e sociais mais amplas. É ainda um processo, porquanto a proposta e o projeto formulados não se contiveram nos arquivos nem nas bibliotecas, mas se transformaram em "bandeiras de luta" de um movimento, articulando práticas (política, ideológica, científica, técnica e cultural) e tornando-se História (Paim, 2008, p. 291-292).

Sendo assim, o acúmulo dessas lutas, formulações e disputas resultou, ainda que parcialmente, na incorporação de princípios da RSB pela Constituição Federal de 1988 (CF/88), reconhecida por Paim (2008) como portadora de "promessas e limites". Essa, consolidou a saúde como direito, no âmbito da Seguridade Social, disposta no Título VIII, "Da Ordem Social", Art. 194, a qual "compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e

[5] Franco Basaglia (1924–1980), médico italiano, reconhecido como principal representante da psiquiatria democrática e responsável pela condução do processo de transformação da assistência psiquiátrica na Itália. Erving Goffman (1922–1982) foi sociólogo e denunciou as instituições totais, "é considerado como um autor do espaço, enfatizando as dinâmicas de interações estabelecidas em micro-contextos sociais". Michel Foucault (1926–1984), filósofo, desenvolveu a análise da microfísica do poder, "pode ser compreendido como um autor do tempo, que busca analisar, historicamente, como se procedeu aos processos de separação, divisão e exclusão de determinadas categorias sociais" (Zambedetti, 2019).

da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social" (Brasil, 1988).

A CF/88, em seus artigos 196 a 200, instituiu a política nacional de saúde e estabeleceu as bases do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo no Art. 196 a saúde como direito de todos e um dever do Estado, a ser garantida por meio de políticas sociais e econômicas voltadas à redução dos riscos de doenças e agravos, bem como ao acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde (Brasil, 1988).

Nessa orientação, foram definidas diretrizes organizativas para esse sistema: descentralização, atendimento integral e participação da comunidade; direcionando as ações e serviços públicos de saúde em uma rede regionalizada e hierarquizada; além do estabelecimento da livre iniciativa do setor privado. Em relação ao seu financiamento, mediante orçamentos da Seguridade, União, Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes (Brasil, 1988).

Destaca-se aqui, conforme indica Bahia (2008), que a proposta de alteração das bases jurídico-legais dos contratos público-privados não foi plenamente incorporada ao texto constitucional, evidenciando-se o embate de forças entre setor público e privado, ao estabelecer a assistência à saúde livre à iniciativa privada; podendo atuar de forma complementar ao SUS, conforme suas diretrizes e mediante contrato de direito público ou convênio, com preferência às entidades filantrópicas e sem fins lucrativos.

Para além do marco legal estabelecido pela CF/88, a implementação efetiva do SUS teve início em 1990, ano marcado pela posse de Fernando Collor[6], primeiro presidente eleito por voto direto após o regime militar, cujo governo adotou uma agenda de caráter neoliberal, pouco alinhada aos princípios da RSB (Paim *et al*., 2011).

Esta orientação torna-se ainda mais evidente no governo de Fernando Henrique Cardoso[7] propondo um modelo de administração gerencial, sustentando que o crescimento econômico e a melhoria das condições sociais dependeriam de reformas estruturais no aparelho do Estado, pressupostos expressos no documento Plano Diretor da Reforma do Estado (Costa, 2006).

---

[6] Fernando Afonso Collor de Mello foi presidente do Brasil pelo PRN (Partido da Reconstrução Nacional) entre 1990 e 1992, deixando o cargo em meio a um processo de impeachment.

[7] Fernando Henrique Cardoso foi presidente do Brasil pelo PSDB (Partido da Social Democracia Brasileira) entre 1995 e 2003.

Bravo e Mattos (2004) observam que a difusão do ideário neoliberal na saúde se evidencia, pelo fortalecimento do setor privado, impulsionado tanto pela ampliação da demanda entre os grupos capazes de pagar quanto pelo aporte de recursos públicos por meio de subsídios e isenções fiscais. Nesse movimento, a responsabilidade pela saúde é progressivamente transferida para o âmbito privado, distanciando-a do Estado, lógica que se articula à contenção de gastos, expressa no subfinanciamento do sistema público.

A promulgação da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990) regulamentou as disposições constitucionais relativas ao direito à saúde, definindo as atribuições, a organização e o funcionamento das ações e serviços do SUS. Essa norma passou a reger, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde executados de forma isolada ou conjunta, em caráter permanente ou eventual, por pessoas físicas ou jurídicas, públicas ou privadas. São estabelecidos treze princípios, destacando-se a universalidade do acesso em todos os níveis de assistência; a integralidade do cuidado, articulando ações preventivas e curativas, individuais e coletivas; a descentralização com ênfase na municipalização e a participação da comunidade na gestão do Sistema (Brasil, 1990a).

Complementarmente, a Lei nº 8.142/1990 dispôs sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e disciplinou as transferências intergovernamentais de recursos financeiros, consolidando o princípio da participação social na formulação e no controle das políticas públicas de saúde. Foram estabelecidas as Conferências e Conselhos de Saúde como instâncias colegiadas, afirmando-as como espaços de participação da sociedade para avaliação, controle e proposições para a política (Brasil, 1990b).

Compreende-se, portanto, que esses avanços normativos resultam de um processo histórico marcado por disputas sociais e políticas em torno da construção de um novo modelo de saúde pública e a consolidação do SUS envolve enfrentar estruturas enraizadas na formação social brasileira. Nesse sentido, Cohn (2005) observa que

> o desafio que se coloca para a sociedade é constituir de fato esses direitos a partir de uma herança segundo a qual as políticas sociais são segmentadas entre ‘mercado e Estado’ ou entre ‘direito contributivo e filantropia’, e mesmo como direito sua apropriação massiva acaba sendo feita pelos setores privilegiados social e economicamente [...] Ao mesmo tempo, fazendo frente a uma outra herança, e que consiste na prática patrimonialista e clientelista do

> Estado, sobretudo na área social, e que acaba imprimindo uma outra lógica à implementação dos programas sociais: a de negar seu caráter republicano, fundamento não só de um Estado republicano, como dos direitos sociais, e segundo o qual todos são iguais perante a lei, independentemente de sua situação no mercado, seja ele de bens econômicos, de capital social ou de capital político e cultural (Cohn, 2005, p. 391).

A institucionalização do SUS ocorre em um contexto marcado pelo confronto entre o projeto da RSB e a consolidação da agenda neoliberal, caracterizada pela retração do Estado, desregulamentação dos mercados, redução das políticas sociais e defesa da contenção de gastos e privatizações.

Souza Filho (2011, p. 151) aponta que o ideário neoliberal redefine o papel do Estado, restringindo sua intervenção no campo social e transferindo ao indivíduo a responsabilidade pelo próprio bem-estar. Assim, as políticas sociais passam a assumir caráter privatizante, focalizado e descentralizado, recorrendo à “solidariedade” via voluntariado, parcerias com a sociedade civil e programas de renda mínima como principais instrumentos de intervenção.

De acordo com Fagnani (2017), o país viveu um breve ciclo de cidadania, no qual se esboçou um sistema de proteção inspirado no Estado de Bem-Estar Social. Esse processo, porém, entrou em conflito com a reestruturação do capitalismo sob hegemonia financeira e com a difusão do neoliberalismo, que passaram a orientar o debate nacional por meio de especialistas ligados a organismos internacionais. Assim, a questão social foi reduzida a programas condicionados de transferência de renda voltados aos “pobres”, instaurando uma tensão permanente entre os paradigmas do Estado Mínimo e do Estado Social.

Na mesma direção, Sposati (2018) identifica o crescente descompasso entre os princípios constitucionais e as políticas efetivamente implementadas, marcado pela mercantilização da proteção social e pela abertura da Seguridade aos interesses do capital financeiro, que passou a utilizá-la como mecanismo indireto de financiamento privado. Esse processo, agravado pela desarticulação entre Saúde, Previdência e Assistência e pela não implementação do Conselho Nacional de Seguridade Social, resultando em uma gestão fragmentada. Somam-se a isso o esvaziamento orçamentário decorrente de renúncias fiscais, isenções tributárias e privilégios corporativos, que fragilizaram o financiamento solidário e preservaram benefícios voltados às elites do funcionalismo e ao empresariado (Sposati, 2018, p. 2318).

Conforme sintetiza Sposati (2018, p. 2325), ocorre uma transfiguração do caráter civilizatório da proteção social, que “transmutou-se em fundo financeiro operado como ferramenta política para privilégios [...] e cerceamento de certezas sociais do trabalhador, sua família e seus filhos”. Assim, em vez de expressar um pacto republicano baseado em direitos universais, passou a funcionar como mecanismo de reprodução das desigualdades; não chegando a se consolidar no Brasil um Plano Público de Proteção Social.

Cabe ressaltar que a partir da década de 1980, tanto a RSB quanto a RPB foram progressivamente incorporadas pelo aparelho de Estado, em um processo de institucionalização que passou a tensionar os rumos desses movimentos. Para Amarante (1995), esse processo decorreu

> por um lado, de uma tática desenvolvida inicialmente no seio do movimento sanitário, de ocupação dos espaços públicos de poder e de tomada de decisão como forma de introduzir mudanças no sistema de saúde, em um momento em que, com o fim da ditadura, renovam-se as lideranças da tecnoburocracia. Por outro, se constitui como proveniente de uma outra tática - esta de iniciativa do Estado - de absorver o pensamento e o pessoal crítico em seu interior, seja com o objetivo de alcançar legitimidade, seja para reduzir os problemas agravados com adoção de uma política de saúde excessivamente privatizante, custosa e elitista (Amarante, 1995, p. 91).

Nesse contexto, a I Conferência Nacional de Saúde Mental (1987) representou um ponto de inflexão, marcada por conflitos entre o MTSM, a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) e a DINSAM, impulsionou os trabalhadores a reverem suas estratégias e alianças, inaugurando de fato uma trajetória da desinstitucionalização. No mesmo ano, o II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, realizado em Bauru, consolidou o lema “por uma sociedade sem manicômios”, emergindo a partir dessa fase experiências concretas e inovadoras (Amarante, 1995).

Destaca-se aqui a abertura, em 1987, do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Luiz da Rocha Cerqueira, em São Paulo, primeiro serviço a se estruturar fora da lógica manicomial, estimulando a difusão de outras experiências municipais. Propondo ações de inserção comunitária e atenção intensiva a pacientes com quadros mais graves, que até então eram atendidos quase exclusivamente em hospitais e, raramente, em ambulatórios, considerando que a rede hospitalar

concentrava 97% dos recursos destinados à assistência psiquiátrica (Amarante, 2012, p. 641).

Ainda, a intervenção realizada em 1989 na Casa de Saúde Anchieta, hospital psiquiátrico privado de Santos, em decorrência de graves denúncias de abusos e mortes de pacientes, desencadeou um processo de transformação, marcado pela “desmontagem do manicômio” e pela implantação de uma rede substitutiva de atenção em saúde mental. Essa experiência, consolidou-se como a primeira prática municipal efetivamente alternativa à internação psiquiátrica, alcançando ampla repercussão nacional e internacional (Yasui, 2010, p. 47).

No mesmo ano, a conquista da aprovação pela Câmara dos Deputados do Projeto de Lei n. 3.657, cuja proposta defendia a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por outros recursos assistenciais, impulsionou, nos anos seguintes, a criação de legislações estaduais e municipais alinhadas a esse propósito (Yasui, 2010).

Amarante (1995) aponta que, ao contrário do movimento sanitarista, que se perdeu em uma lógica administrativa e estruturalista de transformação social, a RPB conseguiu reencontrar suas raízes críticas ao sustentar um viés desinstitucionalizante. Isso implicou a criação de novas formas de cuidado, mais próximas das pessoas e comunidades. Nesse processo, destacam-se associações de usuários e familiares, como a Sociedade de Serviços Gerais para a Integração e a Associação Franco Basaglia, deixando de ser uma questão de monopólio de médicos e técnicos, passando a ocupar o espaço das cidades, das instituições e da vida dos cidadãos, consolidando a luta antimanicomial no país.

Não se trata de desvalorizar a trajetória sanitarista, conforme Amarante (1995, p. 96) afirma, mas de reconhecer que, enquanto esta consolidava a institucionalização universal da saúde e da assistência médica, a RPB concentrou-se na transformação do ato em saúde e na crítica ao papel normalizador das instituições, associando-se à perspectiva da desinstitucionalização, ainda que muitas vezes confundida apenas com desospitalização. Paralelamente à redução progressiva de leitos psiquiátricos, observou-se o crescimento de serviços ambulatoriais, hospitais-dia, centros de convivência e outras alternativas de cuidado.

Ao longo dos anos 1990, avançando os debates sobre a RPB, a criação de serviços substitutivos e a elaboração de legislações estaduais; aprova-se em 1992 a Portaria nº 224, reafirmando os princípios do SUS e regulamentando os serviços de

saúde mental existentes, estabelecendo normas para equipes em unidades básicas, ambulatórios, NAPS, CAPS e outros dispositivos assistenciais (Brasil, 2004).

Luzio e Yasui (2010), apontam que a Portaria se tornou referência nacional na implantação de serviços substitutivos, contribuindo para a fiscalização e descredenciamento de leitos psiquiátricos, especialmente após a reorganização das autorizações de internações hospitalares. Entretanto, carregava limitações, tendo em seu desenho uma lógica de hierarquia dos níveis de atenção e a definição de NAPS/CAPS como procedimento do SIA/SUS, e não como serviços, descrevendo-os como “unidades (…) que oferecem cuidados intermediários entre o ambulatório e a internação” (Brasil, 2004, p. 244).

Neste enquadramento, tais dispositivos deveriam integrar uma rede organizada por relações verticalizadas, incluindo o próprio hospital psiquiátrico, sem qualquer referência à constituição de serviços substitutivos ou à mudança de modelo assistencial. Ainda, sua classificação como procedimento permitia que ambulatórios se credenciassem como NAPS/CAPS, recebendo recursos, sem modificar suas práticas e homogeneizando experiências distintas, apagando diferenças teórico-conceituais e técnico-assistenciais (Luzio; Yasui, 2010).

Os CAPS foram concebidos como dispositivos intermediários entre ambulatório e internação, com funcionamento diurno, uma clínica ancorada no cotidiano institucional e foco na criação de redes de sociabilidade. Já os NAPS, nasceram como serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, atuando 24 horas e assumindo atendimento integral à demanda de saúde mental de uma região, sobretudo em casos graves, orientados pela ampliação da autonomia dos usuários. Essas diferenças refletiam concepções distintas, os NAPS se estruturavam a partir de críticas à clínica tradicional e ao caráter hierárquico da relação profissional/usuário, os CAPS buscam superar esse modelo, propondo uma “clínica ampliada” centrada no encontro e produção de sentidos (Luzio; Yasui, 2010, p. 20).

Para além da regulamentação institucional e organizacional dos serviços, apenas em 2001, após a longa tramitação do Projeto de Lei nº 3.657/1989, foi sancionada a Lei nº 10.216, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, constituindo um marco jurídico-político na proteção das pessoas com sofrimento mental. Esta, “Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”,

consolidando diretrizes fundamentais orientadas pelos direitos humanos e de acordo com os princípios do SUS.

> Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.
> Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.
> Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:
> I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
> II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
> III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
> IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
> V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
> VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
> VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
> VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
> IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.
> Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais (Brasil, 2001).

A lei afirma de forma explícita seu caráter universal ao garantir que os direitos se estendam a todas as pessoas, independentemente da complexidade do sofrimento psíquico; visando romper com um legado histórico de cuidado estruturado sobre desigualdades sociais, racismo, estigmas e práticas de exclusão. Ainda, estabelece que usuários, familiares e responsáveis devem ser informados sobre seus direitos, reconhecendo-os como sujeitos de cuidado e não como objetos de tutela; incorporando a participação da família e da sociedade no processo terapêutico e reafirmando o Estado como responsável pela política de saúde mental.

Referencia-se no Art. 4° o cuidado em base territorial, comunitário e não hospitalar, vedando internações em instituições de caráter asilar, de modo que

internação “em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes”, determinando que “O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio”, seguindo até o artigo 10° detalhando e regulando critérios para as internações (Brasil, 2001).

Entretanto, apesar de sua importância incontestável para a conformação da política de atenção às pessoas com transtornos mentais e para o reconhecimento de seus direitos, sua promulgação, conforme assinala Yasui (2010, p. 63), constituiu uma vitória atravessada por contradições e concessões, na medida em que o texto aprovado se afastou significativamente do “saudável radicalismo do projeto original”.

A análise de Delgado (2011), confirmando essa leitura, indica que a tramitação do PL, de autoria do então deputado federal pelo PT, Paulo Delgado, foi permeada por intensas disputas políticas, ideológicas e institucionais. O texto inicial, sucinto e direto, propunha a ruptura com o modelo manicomial predominante: “Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória” (Brasil, 1989).

Contendo apenas três artigos, previa explicitamente encerrar o modelo manicomial de tratamento com a limitação imediata e a progressiva redução de leitos psiquiátricos; “a extinção progressiva dos manicômios”, seguida de “sua substituição por serviços comunitários”; a implantação de uma rede comunitária de cuidados associada à proteção de direitos; e a regulamentação da internação involuntária (Delgado, 2011, p. 116).

Conforme apontam Prado, Severo e Guerrero (2020), para os defensores da RPB, a mudança de modelo era vista como uma superação indispensável, e em sentido oposto, setores conservadores, ligados ao campo médico-hospitalar e ao senso comum, minimizavam as denúncias de violência nos manicômios, tratando-as como casos isolados atribuídos à falta de recursos. Assim, o debate parlamentar polarizou-se entre aqueles que reconheciam a necessidade de transformação estrutural e aqueles que buscavam preservar a ordem existente.

Nessa direção, Delgado (2011) identifica duas tendências predominantes entre os legisladores, a partir das inúmeras versões, substitutivos e rearranjos do texto; a vinculada aos grupos médicos e hospitalares, buscava descaracterizar a proposta de reforma, preservando o hospital psiquiátrico e o controle médico sobre a

internação involuntária, ainda que associado a dispositivos comunitários superficiais. A de orientação jurídico-formalista, defendia a judicialização do tratamento, submetendo-o ao “devido processo legal”, mas sem romper com a visão tutelar e restritiva da autonomia das pessoas com transtornos mentais.

Nesse contexto, como enfatiza Yasui (2010), as alterações incorporadas não foram meramente semânticas, mas de essência. Dando lugar a uma lei tímida, mantém a estrutura hospitalar, regulando as internações, apenas apontando para uma proposta de mudança do modelo assistencial. Dos treze artigos, sete dedicam-se exclusivamente a regulamentar as internações, enquanto dois tratam da proteção de direitos. A diretriz de cuidado em serviços comunitários aparece de forma sugerida, como um direito do usuário de ser atendido “preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental” (Art. 2º, parágrafo único, IX), revelando a predominância de um eixo normativo mais regulatório do que transformador.

Destaca-se, conforme Prado, Severo e Guerrero (2020) concluem, a estrutura normativa da Lei nº 10.216 contém fragilidades que permitem a aproximação de práticas manicomiais já confrontadas pela RPB. Como o texto não estabelece mecanismos que impeçam gestões contrárias à lógica antimanicomial de reintroduzir elementos do antigo modelo, como a ampliação de leitos psiquiátricos ou sua defesa pública, abrem-se brechas que contradizem avanços históricos e revelam a permanência e até reatualização de lógicas asilares.

No mesmo ano, diante da forte pressão dos movimentos pró-reforma psiquiátrica, realizou-se em Brasília a III CNSM, marcada pelo lema “Cuidar, sim. Excluir, não”. Após dez anos sem encontros nacionais, reuniu ampla participação e produziu um relatório final consistente, com propostas diversas, em alguns casos conflitantes, mas centradas na necessidade de renovar o modelo assistencial e expandir os serviços substitutivos, debatendo sobre financiamento, recursos humanos, controle social, acessibilidade, direitos e cidadania. As deliberações passaram a orientar de forma direta a formulação normativa dos anos seguintes, influenciando portarias e ações promovidas pela Coordenação Nacional de Saúde Mental (Borges; Baptista, 2008).

Como reflexo da Conferência, no ano seguinte, foi promulgada a Portaria n° 336/2002, que indica melhor definição e organização para os CAPS, abandonando a nomenclatura NAPS. Foram definidos os recursos humanos e tipos de atendimento, sendo classificados por categorias e modalidades, ampliando o atendimento para

diferentes públicos e divididos por índice populacional e população. Passa a ser o articulador central das ações de saúde mental do município ou do módulo assistencial, de acordo com a Norma Operacional de Assistência à Saúde (Brasil, 2002).

Entretanto, conforme Yasui (2010) ressalta, embora a Portaria tenha impulsionado a expansão do número de CAPS, a implantação de serviços sob essa denominação não implicava a apropriação, por parte de gestores e trabalhadores, dos princípios, diretrizes e novos paradigmas propostos, como também não assegurava a qualidade do serviço ou a efetiva substituição do modelo manicomial. Ainda, apontava o equívoco de tratar este dispositivo como mais um serviço de saúde mental, organizado como uma unidade isolada e de caráter ambulatorial, distante da compreensão de que

> O Caps, mais do que um serviço, é uma estratégia de mudança do modelo de assistência que inclui necessariamente a reorganização da rede assistencial, a partir de uma lógica territorial, o que significa ativar os recursos existentes na comunidade para compor e tecer as múltiplas estratégias de cuidado implícitas nessa proposta. E, mais do que reorganização, essa estratégia relaciona-se intimamente com uma proposta política de organização e de assistência à saúde (Yasui, 2010, p. 68).

Yasui (2010) indica que no início dos anos 2000, o vínculo da RPB com os movimentos sociais e organizações sociais se enfraquece e embora o processo de institucionalização tenha representado um avanço para a consolidação de um projeto de saúde alternativo, ele também deslocou o eixo da luta da sociedade civil para o interior do Estado, concentrando no Ministério da Saúde o papel central na condução e definição dos ritmos e diretrizes, assim como ocorrera com a RSB.

Esse movimento materializa-se no amplo arcabouço normativo produzido no período, voltado à consolidação institucional do redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental. Contudo, conforme assinalam Brasil e Lacchine (2021), ao sistematizarem esse conjunto legislativo, embora tenha-se favorecido a expansão dos serviços substitutivos e a redução dos leitos psiquiátricos, sua implementação ocorreu de forma desigual e tensionada por limitações financeiras, fragilidades na gestão do trabalho e resistências socioculturais, o que resultou na não efetivação de todos os serviços previstos no âmbito do SUS.

Evidencia-se, portanto, que a institucionalização da RPB não se traduziu, de modo automático, em sua plena concretização frente a entraves como a insuficiência

e a má distribuição dos recursos financeiros, tanto para a manutenção dos serviços existentes quanto para a implantação de novos dispositivos, a escassez de profissionais qualificados e o despreparo da comunidade para o convívio com pessoas em sofrimento psíquico (Brasil; Lacchine, 2021, p. 22).

É nesse contexto contraditório, marcado por avanços institucionais, estagnações e retrocessos, na perspectiva de sistematizar os diferentes dispositivos de saúde mental numa rede de atenção integrada, com parâmetros populacionais, princípios psicossociais e diretrizes operacionais, é instituída a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), por meio da Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro.

A partir das discussões apresentadas, compreende-se que a organização da RAPS constitui um marco fundamental na consolidação da saúde mental como política pública no Brasil. Dada sua relevância e centralidade como atual proposta organizativa do cuidado em saúde mental no SUS, o próximo subcapítulo dedica-se à reflexão sobre a conformação das Redes de Atenção no SUS e em específico da RAPS.

## 2.2 Redes de Atenção e a estruturação da Rede de Atenção Psicossocial

Fleury (2014) aponta que a organização das políticas públicas por meio de redes de gestão constitui um fenômeno global. Na América Latina, esse processo articula-se aos movimentos de descentralização e democratização, ampliando a participação de múltiplos atores e níveis decisórios. Assim, passa a desempenhar papel central na coordenação intergovernamental e interinstitucional, ao mesmo tempo em que busca responder à crescente complexidade das demandas sociais; impondo desafios administrativos relacionados à negociação e construção de consensos, definição de regras de atuação, distribuição de recursos, coordenação das interações e criação de mecanismos coletivos de decisão, monitoramento e acompanhamento.

O Sistema Único de Saúde foi concebido sob a lógica de redes regionalizadas e hierarquizadas para garantir a saúde como direito universal, conforme estabelecido na CF/88. Nesse arranjo, as diretrizes organizacionais da regionalização, hierarquização, descentralização e participação popular orientam a

efetivação do acesso à saúde pública, além de promoverem a articulação e a corresponsabilização entre os entes federativos.

Conforme Albuquerque e Viana (2015) indicam, ao longo da trajetória de implantação do SUS há a priorização do processo de descentralização, buscando aproximar a gestão dos serviços de saúde das realidades locais e atender às especificidades e necessidades de cada região, com a transferência de responsabilidades. Dessa forma, descentralização, regionalização e organização das redes assistenciais não estiveram integradas desde o início.

Viana, Lima e Ferreira (2010) indicam que o privilegiamento da descentralização relaciona-se ao próprio contexto de constituição do SUS, marcado pela oposição ao autoritarismo do regime militar; sendo concebida como estratégia de ampliação democrática e eficiência governamental. No entanto, esse processo foi compreendido de maneira restrita, limitado à transferência da gestão para as esferas subnacionais, sem articulação com um projeto estratégico de intervenção econômica e social, adequando-se às agendas de enxugamento do Estado, de suas funções e estabilização macroeconômica.

Somam-se a esse quadro a fragilidade da dimensão territorial no planejamento das políticas públicas e a ausência de um planejamento regional capaz de orientar a descentralização de acordo com as distintas realidades. A vinculação da descentralização ao desenho federativo privilegiou os municípios, em detrimento do papel dos estados e do planejamento regional, resultando na manutenção de desigualdades na oferta, no acesso aos serviços, bem como na fragmentação e desorganização decorrentes da existência de múltiplos sistemas locais isolados (Viana; Lima; Ferreira, 2010).

Apenas nos anos 2000, a indução da regionalização e da conformação de redes de saúde entrou na agenda, sendo destacadas por Albuquerque e Viana (2015) três fases distintas neste processo, com variadas concepções de região e redes, incidindo sobre as normas que as conceituam, critérios, objetivos, desenhos, instrumentos de planejamento, financiamento e gestão. Na primeira fase, iniciada com a Norma Operacional da Assistência à Saúde (2001), há o diálogo com a proposta do Relatório Dawson, ao retomar a concepção de redes assistenciais regionalizadas e hierarquizadas, ancoradas na lógica de um sistema de saúde funcional e resolutivo (Albuquerque; Viana, 2015, p. 32-33).

O Relatório Dawson, publicado em 1920, inserido no contexto das transformações do sistema de proteção social britânico no pós Primeira Guerra, apresentou a primeira descrição sistematizada de uma rede regionalizada de assistência à saúde, tendo como objetivo estruturar um modelo capaz de organizar a provisão de serviços para toda a população de uma determinada região. É proposta uma estruturação em níveis de atenção, todos integrados e coordenados por uma autoridade única, com a criação de centros de saúde primários em distritos, com médicos generalistas, que integrariam uma rede com centros de saúde secundários, hospitais-escola e serviços domiciliares (Kuschnir; Chorny, 2010; Giovanella; Mendonça, 2012).

Além de introduzir a territorialização, do ponto de vista da organização de serviços, formulou os conceitos de níveis de atenção, porta de entrada, vínculo, referência e coordenação pela atenção primária, além de considerar os mecanismos de integração, como sistemas de informação e de transportes. Entretanto, devido às resistências da corporação médica, apenas em 1948 um modelo baseado nesses princípios foi implementado com a criação do Sistema Nacional de Saúde do Reino Unido (Dawson, 1920; Kuschnir; Chorny, 2010; Giovanella; Mendonça, 2012).

Entretanto, embora haja essa influência, buscando afirmar a regionalização como estratégia para a ampliação do acesso, Albuquerque e Viana (2015) apontam que esse movimento ocorreu de forma limitada, não sendo elaborado um referencial teórico consistente sobre redes assistenciais que orientasse o planejamento e processos de pactuação, prevalecendo portarias com diretrizes organizativas voltadas, sobretudo, às redes estaduais. Os dispositivos normativos da regionalização se revelaram rígidos e pouco efetivos, produzindo regiões de saúde predominantemente normativas.

Já a segunda fase desse processo, iniciada em 2006, tem como marco o Pacto pela Saúde[8], apresentando transição nas concepções de região e redes no SUS, influenciada pela proposta da OMS de sistemas integrados de saúde. Há a adoção da nomenclatura de Redes de Atenção à Saúde (RAS), compreendendo

[8] O Pacto pela Saúde foi um acordo firmado entre as três esferas de governo, buscando fortalecer a negociação e a pactuação nos processos de organização político-territorial do SUS. Propôs a redefinição das responsabilidades coletivas e a definição de prioridades, objetivos e metas a serem atingidos, desdobrando-se em três campos estratégicos: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS (Brasil, 2006; Lima *et al*., 2012, p. 840).

redes como estruturas integradas e regionalizadas, ainda que sem um conceito formal definido, orientadas por diretrizes organizativas (Albuquerque; Viana, 2015).

A criação dos Colegiados de Gestão Regionais (CGR), posteriormente Comissões Intergestores Regionais (CIR), e a flexibilização dos critérios de conformação das regiões de saúde possibilitaram arranjos territoriais mais compatíveis com as realidades por meio de um processo de regionalização negociada. Contudo, permaneciam os instrumentos de planejamento da fase anterior, limitando a capacidade de coordenação política e de pactuação efetiva.

Os processos de regionalização apresentaram grande heterogeneidade entre os estados e a articulação com consórcios intermunicipais, embora tenha redefinido responsabilidades governamentais, resultou na constituição de regiões profundamente desiguais quanto à oferta de serviços, população atendida e capacidade técnico-financeira e decisória para a organização das redes assistenciais (Albuquerque; Viana, 2015).

Acrescenta-se, conforme Santos (2018) argumenta, que no processo de regionalização instituído pelo Pacto pela Saúde, apesar da defesa discursiva da Atenção Primária à Saúde (APS) como eixo estruturante da coordenação do cuidado, a conformação das redes regionalizadas pouco incorpora mecanismos que a legitimem neste lugar no âmbito intermunicipal. Assim, o profissional inserido passa a exercer uma coordenação restrita, quando muito, ao espaço intramunicipal, de modo que, “quanto mais o município necessitar de outros entes federados para prestação de serviços de saúde, mas frágil será a coordenação do cuidado por equipes, comprometendo, inclusive, os atributos da APS” (Santos, 2018, p. 41).

Como terceira fase, Albuquerque e Viana (2015) identificam o período iniciado com a Portaria GM/MS nº 4.279/2010 e o Decreto nº 7.508/2011, buscando ampliar a flexibilidade do desenho regional, gerar ganhos de escala e escopo e atribuir responsabilidade compartilhada às três esferas de governo no planejamento, gestão e investimentos, por meio da organização de redes. A Portaria GM/MS nº 4.279 define as diretrizes para a organização das RAS no âmbito do SUS, conceituando-as como

> arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. O objetivo da RAS é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como

> incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica (Brasil, 2010, p. 4).

São expostos no texto alguns desafios a serem considerados, reforçando a necessidade de integração e coordenação por meio das RAS, entre eles, as lacunas assistenciais; financiamento público insuficiente e fragmentado, com baixa eficiência na alocação; inadequação dos modelos de atenção frente à transição do perfil epidemiológico, com declínio das condições agudas e ascensão das doenças crônicas; fragilidade da gestão do trabalho, expressa na precarização e insuficiência de profissionais; pulverização dos serviços nos municípios e a limitada inserção das ações de Vigilância e Promoção da Saúde, especialmente na APS (Brasil, 2010).

Em consonância, o Decreto nº 7.508 regulamenta aspectos centrais do planejamento, da assistência e da articulação interfederativa no âmbito do SUS. As Regiões de Saúde são estruturadas para organizar as RAS, com prioridade do MS na implantação de redes temáticas, sendo destacadas cinco como essenciais, a Rede Cegonha, Rede de Atenção às Urgências e Emergências, Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas, Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência e Rede de Atenção Psicossocial (Brasil, 2011).

Destaca-se a influência de organismos multilaterais, como a OPAS, que estimulara desde 2009 a criação de redes como estratégias para articulação de ações e serviços, com potencial para redução da fragmentação e garantia da continuidade do cuidado, sobretudo para usuários com condições crônicas. Nesse processo, Paim (2012) chama atenção para a necessidade de qualificação do debate a partir da realidade brasileira, ressaltando que a configuração de RAS em sistemas universais baseiam-se em importantes mecanismos de coordenação do cuidado clínico, protocolos, articulação funcional entre profissionais dos diversos níveis de atenção; enquanto aquelas implantadas em sistemas de mercado tendem a ser centradas na competição.

Albuquerque e Viana (2015), explorando essa relação, apontam que a noção de redes regionalizadas e hierarquizadas no SUS foi sendo substituída pelo modelo de RAS influenciado pelos sistemas integrados norte-americanos, marcados pela competitividade, fragmentação e elevados custos; visando compartilhar riscos financeiros e criar mecanismos de controle de acesso aos serviços. Desse modo,

> No Brasil, regiões e redes de saúde são organizadas pelo Estado e pelo mercado. Enquanto as redes enfatizam o caráter gerencial e

> logístico dos sistemas de saúde (modelos de gestão, integração econômica vertical e horizontal, regulação, continuidade do cuidado, economia de escala e escopo, coordenação técnica e governança clínica), a região tem uma perspectiva mais ampla do planejamento, sendo um espaço de negociação, coordenação e regulação técnica e política da saúde. A região abriga diversidades e desigualdades socioespaciais e envolve a negociação entre agentes e instituições, com interesses e demandas distintas e conflituosas. Nesse sentido, o planejamento regional serve para enfatizar o caráter público e universal do direito à saúde, reforçando o papel do Estado. Através do conceito de redes de atenção, a ideia de região de saúde é atualizada pelo viés sanitário assistencial, mas, dissociado da perspectiva estritamente estatal e pública de prestação de serviços e de planejamento político-administrativo. Admite-se a participação e o protagonismo de outros agentes e instituições do mercado e da sociedade na negociação e conformação das redes de saúde (Albuquerque; Viana, 2015, p. 32).

O modelo de RAS, ao priorizar redes contratualizadas e economias de escala em grandes macrorregiões, tende a favorecer prestadores de serviços, intensificar iniquidades e criar barreiras de acesso, comprometendo os princípios do SUS. Assim, a institucionalização das regiões de saúde e das redes ocorreu de forma paralela e pouco articulada, e a implementação de redes temáticas apresentam fraca vinculação com instrumentos formais da regionalização (Albuquerque; Viana, 2015; Landim, 2018, p. 56).

Diante dessas questões, conforme salienta Paim (2012), o debate sobre o “cuidado integrado” e a organização de redes regionalizadas requer discussões transparentes para melhores escolhas. Embora as linhas de cuidado estejam associadas à implantação das redes de atenção, o autor observa que o Brasil ainda carece de experiências consolidadas que permitam avaliações sistemáticas. Citando estudos como o de D’Ávila Viana e Lima (2011), são apontados alguns obstáculos como hegemonia do modelo médico, assimetrias de poder entre componentes da rede, fragilidade na responsabilização dos atores, descontinuidades administrativas, rotatividade de gestores, subfinanciamento público e culturas organizacionais pouco favoráveis à integração.

Sob tais condições, Paim (2012) aponta que o diálogo entre profissionais de diferentes pontos da rede, articulado à educação permanente, contribui para o fortalecimento do vínculo e da corresponsabilização pelo cuidado, sendo centrais, para além dos instrumentos normativos e informacionais, as tecnologias leves como o vínculo, escuta qualificada, responsabilização e cooperação (Paim, 2012, p. 487).

Compreende-se, portanto, que é diante desse contexto que insere-se a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), concebida como rede temática estratégica para o cuidado em saúde mental, situada entre as diretrizes gerais das RAS e as especificidades da RPB, enfrentando desafios estruturais que tensionam sua consolidação como rede integrada de cuidado sob uma lógica psicossocial de cuidado.

Conforme estabelece a Portaria nº 3.088/2011, a RAPS é instituída com a finalidade de criar, ampliar e articular pontos de atenção à saúde voltados às pessoas em sofrimento ou com transtornos mentais, bem como àquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas; atribuindo nova dimensão às ações de saúde mental no sistema público, orientando-as à qualificação do cuidado (Brasil, 2011; Amarante; Nunes, 2018, p. 2072).

Em seu Art. 2° são fixadas suas diretrizes:

> I - respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas;
> II - promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde;
> III - combate a estigmas e preconceitos;
> IV - garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;
> V - atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas;
> VI - diversificação das estratégias de cuidado;
> VII - desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania;
> VIII - desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos;
> IX - ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares;
> X - organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado;
> XI - promoção de estratégias de educação permanente; e
> XII - desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular (Brasil, 2011).

Há a incorporação das críticas formuladas no âmbito da RPB à insuficiência do modelo asilar, deslocando o eixo do cuidado do hospital para o território, para a articulação em rede e afirmação da cidadania, reconhecendo os determinantes sociais do sofrimento psíquico, a centralidade dos direitos humanos e a necessidade de ações intersetoriais.

No que se refere à sua organização, o Art. 5º define os sete componentes que a constituem. Na Atenção Básica à Saúde (I), compreende as Unidades Básicas de Saúde, as equipes de atenção básica para populações específicas (equipes de Consultório na Rua, equipes de apoio aos serviços de Atenção Residencial de Caráter Transitório), além dos Centros de Convivência. Cumpre destacar a relevância da ABS nos municípios com população inferior a 15.000 habitantes, tornando-se a principal estratégia de cuidado em saúde mental, na organização da rede e na garantia do acesso às ações e aos serviços, visto que não alcançam os parâmetros demográficos exigidos para a implantação de CAPS.

A Atenção Psicossocial Especializada (II) é constituída pelos Centros de Atenção Psicossocial em suas diversas modalidades, (CAPS i (infantil), CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS AD (álcool e outras drogas) e CAPS AD III), os quais são diferenciados pelo perfil do público, porte/complexidade de atendimentos e pela capacidade de abrangência populacional, exercendo papel estratégico na articulação do território.

A Atenção de Urgência e Emergência (III) abrange o SAMU 192, as Salas de Estabilização, as Unidades de Pronto Atendimento 24 horas, as portas hospitalares de urgência/pronto socorro, bem como as próprias UBS, entre outros dispositivos. A Atenção Residencial de Caráter Transitório (IV) inclui as Unidades de Recolhimento e os Serviços de Atenção em Regime Residencial. Já a Atenção Hospitalar (V) compreende as enfermarias especializadas em Hospital Geral e os Serviços Hospitalares de Referência para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Integram ainda a RAPS as Estratégias de Desinstitucionalização (VI), como os Serviços Residenciais Terapêuticos, e as ações de Reabilitação psicossocial (VII).

A articulação entre esses componentes nos diferentes níveis de atenção é fundamental para a integração dos pontos de cuidado no território e para a qualificação da atenção em saúde mental, ao possibilitar acolhimento, acompanhamento contínuo dos usuários e respostas adequadas às situações de urgência e emergência.

Sob a lógica da Atenção Psicossocial, os serviços devem ter uma estrutura flexível, não burocratizada ou repetitiva, buscando o desenvolvimento máximo de suas habilidades no território, não reduzido ao espaço geográfico; "devem ser entendidos como dispositivos estratégicos, como lugares de acolhimento, de

cuidado e de trocas sociais. Enquanto serviços que lidam com pessoas e não com doenças, devem ser lugares de sociabilidade e produção de subjetividades" (Amarante; 2013, p. 69).

No contexto pós-golpe de 2016, verifica-se o acirramento de disputas, frente a conjuntura social, econômica e política do país, com a intensificação dos processos de privatização e desfinanciamento das políticas sociais, reatualização de ideias conservadoras e contrarreformas alinhadas às propostas ultraliberais (Behring, 2023). Destaca-se a aprovação da Emenda Constitucional nº 95/2016 (EC-95/2016), que institui o congelamento dos gastos públicos por vinte anos, com impactos à sustentabilidade das políticas públicas.

Ao atrelar a revisão orçamentária somente à variação inflacionária, a EC-95 restringe a ampliação dos investimentos públicos mesmo em contextos de crescimento da arrecadação, sendo a estimativa que a perda de recursos federais ao SUS possa alcançar R$654 bilhões ao longo desse período, em um cenário conservador de crescimento do PIB de 2% ao ano (Bravo; Pelaez; Menezes, 2020). Como argumenta Paim (2018, p. 1726), "com a aprovação da EC-95/2016, o subfinanciamento crônico do SUS fica constitucionalizado, cristalizando as dificuldades acumuladas desde 1988".

Outra medida de grande impacto ao SUS foi a revisão da Política Nacional de Atenção Básica em 2017, pactuada na Comissão Intergestora Tripartite, ocorrendo sem análise pelo Conselho Nacional de Saúde e sem debate ampliado com a sociedade. Embora mantenha a ESF como prioritária, a nova diretriz rompe com sua centralidade ao instituir financiamento para outros arranjos assistenciais sem equipes multiprofissionais contando com agentes comunitários de saúde, em oposição aos princípios da ABS. Além disso, diferencia ações e serviços em padrões "essencial" e "ampliado", apontando para o risco de seletividade e restrição de acesso. A revisão também não enfrenta problemas históricos, como a fixação de profissionais, coordenação do cuidado e integração entre níveis de atenção e o subfinanciamento (Bravo; Pelaez; Menezes, 2020, p. 197).

Para além dessas medidas, diversos estudos (Amarante; Nunes, 2018; Delgado, 2019; Nunes *et al*., 2019; Cruz; Gonçalves; Delgado, 2020; Brasil; Lacchini, 2021; Passarinho, 2022; Lira; Oliveira, 2023; Vedana *et al*., 2024) evidenciam desmontes à Política Nacional de Saúde Mental que, ancorados em práticas de reatualização do conservadorismo e de remanicomialização, passam a encontrar

respaldo em um arcabouço normativo orientado por um projeto privatista de caráter manicomial.

Um dos marcos iniciais desse processo, orientando uma “Nova Política de Saúde Mental”, foi a Resolução nº 32/2017, propondo a reformulação da organização, financiamento, critérios de avaliação dos serviços e diretrizes clínicas da RAPS. Há a inclusão, pela primeira vez, dos hospitais psiquiátricos na Rede, acompanhada da previsão de reajuste progressivo dos valores das diárias de internação, inclusão dos hospitais-dia e as equipes de atenção especializada em saúde mental e defesa das Comunidades Terapêuticas (CT).

Com a Portaria nº 3.588/2017, há o enfraquecimento dos serviços substitutivos e incentivo de dispositivos alinhados à lógica manicomial, destaca-se a criação do CAPS AD IV[9], ampliação do número de Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), aumento de leitos de saúde mental em hospitais gerais e ampliação de recursos ao componente hospitalar. Nessa direção, a Portaria nº 2.434/2018, reajustou o financiamento de internações psiquiátricas de longa permanência do Incentivo para Internação nos Hospitais Psiquiátricos.

Cabe destacar que, conforme Lira e Oliveira (2023, p. 112) reforçam, a “luta antimanicomial não significa luta anti-internação, portanto, compreende-se a necessidade da internação, como forma de cuidado, nos espaços referidos à perspectiva da atenção psicossocial, na categoria de serviços substitutivos”; o estímulo à internação em instituições de caráter asilar-manicomial como estratégia prioritária de cuidado, diverge dos fundamentos da Lei da Reforma Psiquiátrica, que estabelece a internação como último recurso.

Guimarães e Rosa (2019), analisam essa “Nova Política” a partir de quatro elementos centrais:

> • Ambulatorialização do cuidado com equipes especializadas, uma vez que há amplos estudos que revelam a impotência desses equipamentos, historicamente voltado para a prescrição medicamentosa. Esta proposta de criação de equipes de assistência multiprofissional em saúde mental de média complexidade desconstrói a lógica de cuidado no território, ancorada pelo acolhimento, estabelecimento e manutenção de vínculo e

[9] A crítica ao CAPS AD IV reside no fato de que essa modalidade incorpora uma perspectiva higienista e deslegitima o modelo anteriormente consolidado do CAPS AD III, aproximando-se de estratégias hospitalares, contribuindo para a invisibilização do trabalho territorial desenvolvido pelas equipes do Consultório na Rua. É apresentado como serviço capaz de prestar “assistência a urgências e emergências”, com previsão de “enfermarias” e indicação de instalação dessas unidades “junto a cenas de uso” (Brasil, 2017; Lira, 2022).

> responsabilização dos sujeitos. A RAPS o fortaleceu por meio das equipes de atenção básica e do incentivo ao matriciamento;
> • A remanicomialização da saúde mental, com o asseguramento e enorme investimento financeiro no reajuste de recurso do Governo Federal, que aumenta o valor da diária dos manicômios em média 65%. Em contrapartida, não há aumento do repasse para os CAPS em suas diferentes modalidades desde 2011 [...]
> • A utilização de até 20% da capacidade dos leitos em Hospitais Gerais para alas psiquiátricas, sendo que enfermarias com maior número de leitos terão mais recursos investidos do que enfermarias com vagas reduzidas, devendo permanecer com 80% de ocupação, como condição para que a instituição receba a verba de custeio do serviço. Na prática, teremos mini hospícios nos hospitais gerais, acarretando a multiplicação de internações, com menos investimentos em estratégias de reabilitação psicossocial;
> • A ampliação de aporte financeiro das comunidades terapêuticas de 4.000 para 20.000 vagas, ou seja, há um claro desinvestimento na RAPS/SUS em prol de instituições não públicas que tendem a violar direitos humanos, até pela resistência histórica em se abrir para fiscalizações e avaliações públicas. Há uma disparidade de valores oferecidos por usuário/mês em cada serviço. Para o Governo Federal, um usuário/mês em CAPS AD II, com porta aberta, ou seja, sem limites de atendimento, custa, em média, R$ 43,00, enquanto o mesmo usuário/mês para uma Comunidade Terapêutica custa aproximadamente R$ 1.100,00, para no máximo 50 pessoas (Guimarães; Rosa, p. 123-124).

Em 2019, a publicação da Nota Técnica nº 11 (CGMAD/DAPES/SAS/MS) indicou alterações para a PNSM e na Política Nacional sobre Drogas, explicitando o reposicionamento do hospital psiquiátrico como eixo central do cuidado em saúde mental, incentivando a utilização da eletroconvulsoterapia e enfatizando o financiamento das CT. Diante da intensa repercussão e manifestações de repúdio, foi revogada pela Nota Técnica nº 38/2019.

O Decreto nº 9.761/2019 aprovou a nova Política Nacional sobre Drogas, cujo eixo estruturante passou a privilegiar a abstinência como estratégia central de tratamento, em detrimento da perspectiva de Redução de Danos. Ademais, o decreto reafirma o fortalecimento das CT, prevendo maior incentivo social e financeiro, movimento que se concretizou no aumento expressivo dos repasses públicos. Em 2021 o repasse do Ministério da Saúde às CT alcançou R$134 milhões, representando aumento de 65% em relação a 2019. Em contraste, os CAPS AD registraram elevação de apenas 11% no mesmo período, evidenciando a assimetria na priorização orçamentária (Barbosa; Figueiredo, 2023).

Em meio à esses processos, a pandemia da COVID-19[10], declarada em março de 2020, evidenciou fragilidades estruturais nos sistemas de saúde, escancarando no contexto brasileiro desigualdades históricas, precarização das políticas públicas e o impacto do subfinanciamento crônico do SUS. O cenário pandêmico configurou-se como espaço de intensa disputa política e ideológica, especialmente no campo da saúde mental. Giovanella *et al*. (2020) ressalta que, não apenas se evidenciou a sobreposição de crises humanitária, sanitária e econômica, mas também uma crise política marcada pela negligência estatal, desinformação e descoordenação das ações federais.

> Temos um governo que desgoverna, que sonega dados e informações, que tripudia sobre o sofrimento e a morte de dezenas de milhares de brasileiros e desdenha o luto de mais de 120 mil famílias, que promove uma necropolítica, que extermina povos indígenas, assassina negros, destrói vidas. Aproveita-se da pandemia para extinguir direitos, acentuar privilégios, destruir o meio ambiente, afrontar a democracia [...] A pandemia reforçou a necessidade de fortalecer as autoridades sanitárias estaduais e a cooperação regional entre os municípios na construção efetiva de regiões de saúde, e demonstrou a importância do Sistema Único de Saúde (SUS) com acesso universal, gratuito e serviços capilarizados em todo o País. O SUS, com seus princípios de universalidade, integralidade e equidade, junto com a capilaridade de seus serviços pelo território nacional, teria potencial para lidar com a pandemia, ainda que cronicamente subfinanciado e desfinanciado agudamente pela Emenda Constitucional (EC) 95 (Giovanella *et al*., 2020, p. 896).

A pandemia impôs a reorganização dos serviços de saúde, a implementação de novos protocolos, reconfiguração dos fluxos assistenciais, redefinição de funções e incorporação de novas tecnologias de cuidado articuladas às estratégias de vigilância epidemiológica. Há o enfraquecimento dos “cuidados de proximidade”, modalidades territorializadas e capilarizadas, uma vez que grande parte das equipes foi redirecionada para o atendimento de urgências e casos graves, restringindo as ações nos territórios, frequentemente sob a justificativa da escassez de equipamentos de proteção. A centralidade conferida aos casos graves reforçou práticas hospitalocêntricas, em detrimento de abordagens territoriais, comunitárias e intersetoriais, desconsiderando sua efetividade na garantia do cuidado e limitando a

[10] A COVID-19 é uma doença infecciosa causada pelo coronavírus SARS-CoV-2, identificada no final de 2019, atingindo escala global em razão de sua elevada transmissibilidade. Caracterizada principalmente por sintomas respiratórios, que variavam de quadros leves à graves com risco de morte, a doença sobrecarregou sistemas de saúde e provocou profundos impactos mundialmente. Em 11 de março de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou estado de pandemia e, apenas em 5 de maio de 2023 foi anunciado o fim da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII).

consolidação de práticas em saúde pautadas em tecnologias leves (Seixas *et al*., 2020; Machado; Silva, 2025).

O estudo de Machado e Silva (2025) identifica a realidade dos serviços de CAPS durante a pandemia, sendo a suspensão das atividades grupais a medida mais recorrente, substituída por monitoramento telefônico e acompanhamento virtual, enquanto os atendimentos presenciais limitavam-se às consultas individuais. Há o adoecimento de profissionais e residentes e a fragilização dos processos de trabalho, bem como desmontes no processo de reabilitação psicossocial, reduzindo os CAPS a unidades essencialmente ambulatoriais. No retorno às atividades presenciais, persistiram dificuldades de reorganização, com foco restrito em atendimentos médicos e administração de medicamentos, acompanhadas da piora do quadro dos usuários, aumento da demanda por serviços de emergência, agravamento de condições de saúde não diretamente relacionadas ao adoecimento mental e manejo inadequado de situações de crise.

Assim, os desafios à consolidação da RAPS sob a lógica psicossocial de cuidado se intensificavam, concomitantemente à continuidade da atuação de forças políticas e econômicas conservadoras, com participação direta do governo federal e apoio do setor privado. Em dezembro de 2020, representantes do Ministério da Saúde propuseram, em reunião do Conselho Nacional de Secretários de Saúde, a revogação de diversas portarias que sustentavam a PNSM, com base no documento “Diretrizes para um modelo de atenção integral em saúde mental no Brasil 2020”, da Associação Brasileira de Psiquiatria, assinado por entidades médicas e psiquiátricas. Defendia-se a extinção de ações terapêuticas e sociais, programas de reinserção, como o Programa de Volta para Casa, e serviços como as Equipes de Consultório na Rua (Passos *et al*., 2021).

Esse movimento gerou ampla mobilização da sociedade civil, incluindo entidades como a Associação Brasileira de Saúde Mental e a criação da Frente Ampliada em Defesa da Saúde Mental, da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial, resultando em um manifesto com cerca de 71 mil assinaturas contra os desmontes, contribuindo para impedir as revogações (Passos *et al*., 2021).

Apesar das mobilizações e confronto, no mesmo ano, há a publicação do documento “Diretrizes para um Modelo de Atenção Integral em Saúde Mental no Brasil” pela Associação Brasileira de Psiquiatria, trazendo subsídios para revisão da PNSM e tecendo críticas à RPB, perspectiva também refletida pelo documento

“Avanços e inovações nas políticas de saúde mental, álcool e de drogas no Brasil”, apresentando um compilado da perspectiva política de Estado do período (Vedana, 2024).

Nos anos seguintes, a Comissão Intersetorial de Saúde Mental do Conselho Nacional de Saúde organizou etapas regionais, estaduais e conferências livres para a 5ª CNSM, realizada em 2023. Com a transição de governo, a Ministra da Saúde Nísia Trindade instituiu, por meio de decretos sucessivos (n° 11.358/23, 11.391/23 e 11.789/23), o Departamento de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, destacando-se entre as ações realizadas, a revogação da Portaria nº 3.588/2017, tensionando o movimento de contrarreforma em cursos desde então, além da recomposição de investimentos para CAPS e Serviços Residenciais Terapêuticos (Vedana, 2024).

Entretanto, mesmo em meio às modificações políticas, observa-se a continuidade da expansão das CT e seu fortalecimento estatal, como exemplifica a criação do Departamento de Apoio às Comunidades Terapêuticas no Brasil, pelo Decreto nº 11.329/2023, posteriormente renomeado para Departamento de Entidades de Apoio e Acolhimento Atuantes em Álcool e Drogas, em função de críticas e notas de repúdio. O avanço dessas instituições segregacionais representa uma contradição em relação à RPB e à luta antimanicomial, sendo alvo constante de denúncias e investigações por práticas abusivas e violações de direitos humanos, configurando um importante dilema no âmbito da RAPS, que as reconhece como parte da Rede, enquanto serviços de Atenção em Regime Residencial (Pinto; Dias, 2025).

Evidenciam-se contradições estruturais no âmbito da RAPS e disputas entre distintos projetos político-assistenciais. As reconfigurações normativas e institucionais expressam correlações de forças no campo da saúde mental e redefinem, em diferentes conjunturas, os sentidos e prioridades da PNSM.

Merece destaque a reflexão de Yasui (2010), ao dialogar com Rotelli, Leonardis e Mauri (2001), acerca de experiências em que os processos de desinstitucionalização se converteram em desospitalização, caracterizando mudanças institucionais que não alcançaram transformações estruturais.

> Como já mencionei anteriormente, Rotelli, Leonardi e Mauri (2001) chamam a atenção para um processo ocorrido na Europa e nos Estados Unidos, nomeado como psiquiatria reformada, no qual foram criados serviços territoriais que conviviam com a internação sem, no

> entanto, substituí-la. Como consequência, o sistema de saúde mental se transformou em um circuito autoalimentado, em que a segregação em uma instituição total foi substituída pela dinâmica da circulação entre serviços especializados pontuais e fragmentados (Yasui, 2010, p. 68).

Compreende-se que esse desafio se coloca à RAPS, de não se transformar em um circuito autoalimentado, que passe a conviver com a internação e a instituir serviços territoriais sem articulação, limitando o cuidado à circulação entre dispositivos pontuais e fragmentados, sem a efetiva integração do cuidado psicossocial e a superação das práticas segregadoras.

Nessa direção, a atuação efetiva da Atenção Básica à Saúde, em articulação com os demais níveis de atenção, constitui condição fundamental para a construção de uma rede integrada de cuidados em saúde mental. Assim, o próximo capítulo dedica-se a aprofundar a análise da ABS como componente da RAPS.

# 3 ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE COMO PARTE DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

A organização do cuidado em saúde por meio de redes, como já abordado ao longo das discussões, exige elevada capacidade de coordenação e pactuação entre gestores municipais, estaduais e federais, em contextos de assimetrias de poder, desigualdades institucionais e interesses conflitantes, conforme Viana e Iozzi (2019) sintetizam,

> o par região e redes não teve seu fortalecimento amadurecido durante o processo de regionalização. As regiões de saúde não foram reforçadas pela criação das redes, tampouco estas contaram com o apoio das regiões e de seus espaços decisórios, como a CIR. Ambas não se reforçaram mutuamente, pois nem as redes operam ainda como redes, nem as regiões como regiões. Conforma-se, assim, uma aglutinação ou de serviços ou de municípios (Viana; Iozzi, 2019, p. 9).

Bousquat *et al*. (2019) destacam como um dos componentes centrais para avaliar a implantação das Redes de Atenção à Saúde com vista à integralidade, a existência de uma Atenção Primária à Saúde integral e resolutiva, que atue como porta de entrada preferencial, assegure o acesso às ações de saúde e exerça a coordenação do sistema. Concomitante, a regionalização é fundamental para qualificação de suas intervenções, demandando a integração com os demais níveis assistenciais, frequentemente indisponíveis em sua totalidade no âmbito municipal, possibilitando a articulação com os demais componentes da RAS e garantindo condições necessárias ao exercício do cuidado regular e contínuo.

Nos sistemas fragmentados, como aponta Mendes (2010), a APS não se comunica fluidamente com a atenção secundária, tampouco estes níveis se integram à atenção terciária ou aos sistemas de apoio; não podendo exercitar seu papel de centro de comunicação, comprometendo a coordenação do cuidado.

Nesses sistemas, a organização assume forma hierárquica, há descontinuidade da atenção e predomina o foco nas condições agudas, a passividade dos usuários e a ação reativa à demanda, com ênfase relativa em intervenções curativas e reabilitadoras, modelo assistencial fragmentado e sem estratificação de riscos, centralidade no cuidado profissional, principalmente médico, e financiamento orientado por procedimentos (Mendes, 2010, p. 2299).

Para distanciar-se dessa lógica, as redes devem ser compreendidas e operacionalizadas para além de “um arranjo poliárquico entre diferentes atores dotados de certa autonomia, mas um sistema que busca, deliberadamente, no plano de sua institucionalidade, aprofundar e estabelecer padrões estáveis de inter-relações” (Mendes, 2011, p. 79).

Mendes (2010) aponta três elementos constitutivos, sendo o primeiro a população, concebida como elemento central da rede, suas necessidades sócio-sanitárias devem ser reconhecidas e mapeadas sob a forma de territórios sanitários, sob responsabilidade da APS. O segundo corresponde à estrutura operacional, composta por cinco componentes articulados: a APS, como centro de comunicação; os demais níveis de densidade tecnológica, secundário e terciário; os sistemas de apoio; os sistemas logísticos; e o sistema de governança. O modelo de atenção, terceiro elemento, expressa a racionalidade sistêmica que orienta a configuração da rede, nos planos político, ideológico e cognitivo-tecnológico.

Considerando a centralidade da ABS como coordenadora das RAS no SUS, este capítulo tem como objetivo situar a ABS como componente estruturante da RAPS, condição indispensável para a constituição de uma rede territorial de cuidados em saúde mental, como destaca Amarante (2007, p. 98), “é no âmbito da saúde da família que podemos alcançar a radicalidade da desinstitucionalização”.

Cabe destacar antes que, neste trabalho, opta-se pela utilização do termo Atenção Básica à Saúde, em diálogo com a tradição do RSB, que privilegiou essa denominação como forma de demarcar posicionamento político e distinção ideológica frente às concepções seletivas historicamente associadas à noção de atenção primária. No contexto da promulgação do SUS, essa concepção foi incorporada, compreendida como porta de entrada preferencial e primeiro nível de uma rede hierarquizada e organizada em complexidade crescente, conforme estabelecido na CF/88 (Giovanella, 2018).

Essa escolha não ignora a produção contemporânea, assim como documentos normativos que reconhecem a convergência entre as expressões na defesa de sistemas públicos universais e de qualidade. As imprecisões de ambos os termos, podem corresponder a políticas muito distintas, com implicações para a garantia do direito à saúde. Assim, a alternância terminológica justifica-se pelo diálogo com diferentes autores e entendimento de que o ponto central não reside na disputa conceitual, mas na afirmação de uma atenção primária/básica integral,

universal e estruturante do cuidado (Giovanella, 2018).

Feito os apontamentos, o primeiro subcapítulo dedica-se à análise da ABS no SUS, apresentando sua trajetória de institucionalização, suas transformações recentes e sua relação com a saúde mental. O segundo subcapítulo aborda discussões acerca do modelo de atenção em saúde mental, destacando o trabalho em saúde e disputas paradigmáticas, com vistas a subsidiar as reflexões para análise da pesquisa de campo.

## 3.1 Atenção Básica à Saúde e saúde mental

A organização de sistemas nacionais de saúde orientados pela Atenção Primária à Saúde (APS) é amplamente defendida como estratégia fundamental para integração da rede de serviços e construção de sistemas de saúde mais resolutivos e equânimes, como porta de entrada preferencial e coordenadora do cuidado, sendo o nível mais próximo das pessoas, famílias e comunidades, sendo capaz de resolver a maior parte das demandas de saúde da população e articular ações e serviços dos demais níveis assistenciais (Aquino *et al*., 2022).

Aquino *et al*. (2022) apontam na trajetória histórica das reformas em saúde diferentes concepções e desenhos organizacionais da APS. A primeira corresponde à perspectiva reducionista da APS seletiva, centrada em um conjunto básico de ações de baixo custo direcionadas a populações vulnerabilizadas, difundida por agências financeiras internacionais, como o Banco Mundial. Outra perspectiva compreende como o primeiro nível de atenção, voltado a serviços ambulatoriais não especializados, incluindo ações clínicas e de saúde pública. A última, uma concepção ampliada e abrangente da APS, como estratégia de reorganização dos modelos assistenciais e dos sistemas universais (Giovanella; Mendonça, 2012; Aquino *et al*., 2022).

Na perspectiva de uma APS abrangente, Giovanella e Mendonça (2012, p. 502) ressaltam a centralidade da análise de seus atributos, referenciando Starfield (2002), médica e pesquisadora estadunidense amplamente reconhecida na área.

Na descrição dos atributos essenciais da APS por Starfield (2002, p. 62), a atenção ao primeiro contato implica acessibilidade e utilização do serviço diante de cada nova demanda ou episódio de um problema de saúde, pressupondo o

reconhecimento do serviço como acessível pelos usuários. A longitudinalidade envolve a existência de uma fonte contínua de atenção e seu uso ao longo do tempo, a unidade deve ser capaz de identificar a população, estabelecendo vínculos e cooperação mútua e realizar os atendimentos destes na unidade, recorrendo a consultas fora ou encaminhamentos apenas quando necessário.

A integralidade requer a prestação de todos os tipos de serviços de atenção, mesmo que alguns não possam ser oferecidos eficientemente nas unidades, além de reconhecer situações em que seus serviços estão disponíveis, cabendo à equipe identificar e ofertar ações preventivas e serviços que lidem com sintomas, sinais e diagnósticos, reconhecendo problemas funcionais, orgânicos ou sociais. A coordenação implica a continuidade da atenção, através dos profissionais, prontuários, reconhecimento e observação dos problemas ao longo das consultas e articulação com outros níveis assistenciais (Starfield, 2002, p. 63).

Como atributos derivados, a centralidade na família decorre da integralidade do cuidado, ao considerar o sujeito em seu contexto familiar, exigindo o conhecimento das dinâmicas, recursos e padrões de adoecimento no interior das famílias. A orientação comunitária, fundamenta-se no reconhecimento de que as necessidades de saúde se produzem em contextos sociais, demandando a compreensão das condições de vida e da distribuição dos problemas de saúde na comunidade. Já a competência cultural refere-se à capacidade de reconhecer e responder às especificidades culturais de diferentes grupos, assegurando que suas necessidades sejam identificadas e contempladas nas práticas de cuidado (Starfield, 2002, p. 486-488).

Na discussão da APS nas RAS, Mendes (2009) atribui centralidade à coordenação,

> sem ele, o primeiro contacto tornar-se-ia uma função puramente administrativa, a longitudinalidade perderia muito de seu potencial e a integralidade seria dificultada. A coordenação é um estado de estar em harmonia numa ação ou esforço comum. É pela coordenação da atenção primária à saúde que se ordenam os fluxos e os contrafluxos das pessoas e das coisas nos diversos níveis de uma rede de atenção à saúde (Mendes, 2009, p. 58).

Em consonância com o movimento internacional, a APS passou a integrar a agenda de reformas setoriais no Brasil em meados da década de 1970, embora suas origens remontam aos anos 1920, com a implantação de serviços reconhecidos como experiências iniciais (Giovanella; Mendonça, 2012, p. 512).

Diante da crise dos sistemas de saúde na década de 1970, a comunidade internacional firmou um pacto pela melhoria da saúde mundial, estabelecido em dois grandes eventos, a Assembleia Mundial da Saúde (1977) e a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde (1978), que resultou na Declaração de Alma-Ata. Nesse documento, foram definidos os princípios da APS, fundamentados em uma concepção ampliada de saúde, na justiça social e no reconhecimento da saúde como direito humano, além de estabelecer a APS como eixo estruturante dos sistemas nacionais e instrumento para o enfrentamento dos determinantes socioeconômicos (Aquino *et al*., 2022).

A partir da VII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1980, a APS ganha maior visibilidade política no Brasil, até então restrita às experiências de medicina comunitária e aos programas de extensão de cobertura. Com o tema “Extensão das Ações de Saúde através dos Serviços Básicos”, a Conferência representou um momento privilegiado para discussão das proposições de Alma-Ata (Paim, 2006).

Na ocasião, há o anúncio do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde, com a proposta de integrar os Ministérios da Saúde e da Previdência Social na prestação de serviços, junto às secretarias estaduais e municipais. Embora não tenha sido implementado, seus fundamentos influenciaram programas especiais do Ministério da Saúde e iniciativas de descentralização nos anos 1980, como as Ações Integradas de Saúde. Diante das limitações dessas experiências, a ABS não ocupou centralidade nas deliberações da 8ª CNS (Paim, 2006).

Apenas quatro anos após a criação do SUS, instituiu-se a Estratégia de Saúde da Família (ESF), conferindo centralidade à ABS na organização do sistema, como uma das mais relevantes iniciativas de reorientação do modelo assistencial, tanto por sua abrangência, capilaridade e longevidade quanto pelo impacto nos indicadores de saúde da população, tendo sua expansão de forma acelerada em todas as regiões do país, sustentada por iniciativas governamentais contínuas até 2017 (Aquino *et al*., 2022).

Destaca-se como antecedente a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, em 1991, visando ampliar a cobertura das ações de saúde para populações rurais e periferias urbanas, com foco materno infantil; sendo criticado à época por expressar uma política de focalização alinhada a organismos internacionais. A partir de 1993, o programa ampliou seus objetivos, atribuindo ao

ACS o papel de articulador entre serviços de saúde e comunidade, incluindo ações básicas e atividades educativas nos âmbitos individual e coletivo entre suas atribuições; sendo posteriormente acoplado ao PSF (Paim, 2006).

Assim, considerado como “antecessor do PSF” por incorporar elementos estruturantes da nova proposta como a noção de responsabilidade por parte dos profissionais sobre o território e população adscrita; centralidade da família e não individuais nas práticas de saúde; atuação preventiva e proativa; integração entre serviços e comunidade e uma concepção ampliada das práticas de saúde, para além da intervenção médica. Ademais, ao exigir Conselho e Fundo Municipal de Saúde, unidade básica de referência e supervisão dos ACS por profissional de nível superior, contribuiu para a organização dos sistemas locais e para a fixação de enfermeiros no interior do país (Aquino *et al*., 2022).

Nesse contexto de fortalecimento de ações de caráter preventivo com investimentos em programas de ações básicas, visando especialmente à promoção da saúde durante a década de 1990, há a formulação do Programa Saúde da Família (PSF), instituído pela Portaria MS nº 692, de dezembro de 1993, consolidando a centralidade da ABS na estruturação do SUS (Brasil, 1993; Giovanella; Mendonça, 2012).

Em uma primeira fase, o programa foi implementado sobretudo em pequenos municípios, apresentou caráter restrito de APS, absorvendo parte da demanda reprimida, mas com limitações quanto à continuidade do cuidado, frente à existência de instrumentos “precários” de financiamento, ambiguidades institucionais e controvérsias sobre o modelo de APS que embasava a concepção do PSF, sua racionalidade e abrangência de grupos populacionais (Giovanella; Mendonça, 2012; Aquino *et al*., 2022).

Entre 1998 e 2005, a ESF expandiu-se de forma significativa, com a institucionalização de mecanismos de financiamento, pactuação entre gestores e qualificação do trabalho das equipes de saúde. Contudo, a expansão ocorreu de maneira desigual entre municípios e regiões, com dificuldades relacionadas à fragilidade das estruturas gestoras municipais, precariedade das redes locais de saúde, alta rotatividade de profissionais devido às condições de trabalho e remuneração, além da inserção em sistemas municipais com hegemonia hospitalar e forte presença do setor privado, carência de profissionais com perfil adequado e resistência de corporações profissionais (Aquino *et al*., 2022).

Destaca-se neste período a implantação da Norma Operacional Básica (NOB-SUS 01/96) e a adoção do Piso da Atenção Básica (PAB) possibilitando reforço à ABS e a expansão do PSF (Brasil, 1996; Paim, 2006).

Com a NOB 96, simplificaram-se as modalidades de gestão municipal em gestão plena da ABS e plena do sistema municipal, além de consolidar o processo de descentralização do SUS; instituindo mecanismos que fortaleceram a autonomia local, como a transferência automática de recursos do Fundo Nacional aos fundos municipais, a criação do Piso Assistencial Básico, com incentivos à Saúde da Família, e a Programação Pactuada e Integrada, voltada à regionalização e à articulação intermunicipal. Entretanto, foi criticada por restringir a gestão plena aos municípios que dispusessem de toda a rede de serviços necessários, o que limitou a adesão de municípios de pequeno porte (Santos, 2018, p. 91).

Em 2006, por meio da Portaria nº 648/GM, é instituída a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), no contexto pelo Pacto pela Saúde, ampliando o escopo da ABS ao incorporar os atributos da atenção primária abrangente e defini-la como porta de entrada preferencial do SUS e eixo estruturante dos sistemas locais de saúde. Há o reconhecimento da ESF como modelo substitutivo e reorganizador da ABS, estabelecendo sua integração à rede municipal de serviços e detalhando modalidades de implantação e incentivos financeiros para as equipes de Saúde da Família, saúde bucal e ACS (Giovanella; Mendonça, 2012).

Com objetivo de fortalecer a inserção da ESF e ampliar a resolutividade da APS, foram criados, em 2008, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), compostos por equipes multiprofissionais que passam a atuar de forma articulada às equipes de Saúde da Família nos territórios sob sua responsabilidade. Entre suas atribuições, incluíram a elaboração do Projeto de Saúde no Território, o desenvolvimento de ações de Educação Permanente e Educação Popular em Saúde e a construção do Projeto Terapêutico Singular (Brasil, 2018).

Há a ampliação das ações da APS, favorecendo a consolidação de uma rede de cuidados estruturada em áreas estratégicas como saúde da criança, adolescente e jovem; saúde da mulher; práticas corporais e atividade física; reabilitação e saúde da pessoa idosa; alimentação e nutrição; saúde mental; assistência farmacêutica (Brasil, 2008, 2017; Aquino *et al*., 2022). Dessa forma, o NASF contribui para uma maior inserção da saúde mental no escopo da ABS.

A importância dessa articulação já vinha sendo pautada em documentos do

MS como “Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários – inclusão das ações de saúde mental na atenção básica”, publicado em 2003, sendo proposto o apoio matricial às equipes do PSF, além de ações de formação, acompanhamento e avaliação em saúde mental.

O documento enfatiza que ações de saúde mental na ABS devem obedecer ao modelo de redes de cuidado, de base territorial e atuação transversal articulada a outras políticas específicas, buscando estabelecimento de vínculos e acolhimento dos usuários. Tais ações devem estar fundamentadas nos princípios do SUS e nos princípios da RPB, sendo sintetizados como princípios fundamentais desta articulação: noção de território, organização da atenção à saúde mental em rede, intersetorialidade, reabilitação psicossocial, multiprofissionalidade, interdisciplinaridade, desinstitucionalização, promoção da cidadania dos usuários e construção da autonomia possível de usuários e familiares (Brasil, 2003).

Em 2005, os indicadores de saúde mental passaram a integrar os indicadores da ABS no Sistema de Informação da Atenção Básica e por meio da Portaria GM nº 1.097/2006, foram incluídos parâmetros para a inserção de ações de saúde mental na ABS nas diretrizes da Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde (Pupo, *et al.*, 2020, p. 108).

Lancetti e Amarante (2006, p. 628-629) apontam a potencialidade e complexidade do cuidado em saúde mental pela ESF, ao possibilitar “uma continuidade nunca vista em outras modalidades de atendimento”, com tratamento continuado, acolhimento e desenvolvimento de ações coletivas no território. Em muitas situações, sua intervenção mostra-se mais incisiva, com potencial de produzir mudanças maiores que as do CAPS e do hospital psiquiátrico, especialmente pelo maior poder de vínculo e inserção territorial de seus profissionais;

> Na saúde geral o vértice da pirâmide da complexidade está no hospital. Um transplante ou intervenção cirúrgica cardíaca se faz em locais de alta complexidade, onde há centros cirúrgicos e unidades de terapia intensiva. Na saúde mental é o contrário: no hospital o procedimento é simplificado e no território os procedimentos são mais complexos (Lancetti; Amarante, p. 632).

No âmbito hospitalar da psiquiatria, os tratamentos tendem a se apresentar de forma elementar e padronizada, baseados em intervenções centradas na medicalização e no controle dos sintomas, historicamente associado à práticas de contenção, isolamento, intolerância e violência. No território, o cuidado em saúde mental adquire maior complexidade, ao demandar intervenções que considerem os

sujeitos e suas famílias, “devem contribuir para que as mesmas modifiquem sua maneira de relacionar-se com o usuário, tomar decisões a esse respeito, orientar os vizinhos, participar das decisões da comunidade, mudar a cultura em relação aos problemas mentais” (Amarante, 2012, p. 649).

Em 2011, a PNAB é atualizada pela Portaria nº 2.488, abarcando as características da ABS, consolidando seu aspecto abrangente e prioritário, afastando-se “completamente” de qualquer sombra de seletividade ou cesta de serviços para grupos específicos, além de explicitar o papel desejado da ABS nas RAS (Brasil, 2011; Santos, 2018).

A reformulação buscou fortalecer a ESF e enfrentar fragilidades na expansão territorial, ampliando modalidades de equipes de ABS, incluindo equipes para populações específicas (ribeirinhas, fluviais e Consultórios na Rua), e regulamentou a implantação e o funcionamento dos NASF. Para ampliar a provisão em áreas desassistidas, flexibilizou a carga horária profissional, articulando-se ao Programa Mais Médicos (PMM), além de instituir novos mecanismos federais de indução, como incentivos financeiros diferenciados, o Requalifica UBS e o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica, vinculando parte dos recursos a resultados e avaliações (Brasil, 2011; Mitros *et al*., 2023).

Nesse movimento de fortalecimento da ABS, a consolidação da RAPS (Portaria nº 3.088/2011) reafirma a centralidade desse componente no cuidado em saúde mental. A publicação em 2013 do Caderno de Atenção Básica nº 34, dedicado à saúde mental, reforça a ABS como espaço privilegiado de cuidado, dada sua capilaridade e proximidade com os territórios, podendo atuar de forma resolutiva, identificando riscos, necessidades e demandas, produzindo intervenções clínicas e sanitárias efetivas, promovendo a autonomia dos sujeitos e coordenando o cuidado na rede, na compreensão de que

> as práticas em saúde mental na Atenção Básica podem e devem ser realizadas por todos os profissionais de Saúde. O que unifica o objetivo dos profissionais para o cuidado em saúde mental devem ser o entendimento do território e a relação de vínculo da equipe de Saúde com os usuários, mais do que a escolha entre uma das diferentes compreensões sobre a saúde mental que uma equipe venha a se identificar (Brasil, 2013, p. 22).

Nessa concepção, contrapondo-se à centralidade exclusiva da figura médica ou de profissionais especialistas no cuidado em saúde mental. Assim, a ABS assume papel estratégico na conformação de uma rede de cuidados em saúde

mental integral, possibilitando

> a) o acesso inicial dos usuários ao sistema, a escuta qualificada, o acolhimento, a identificação das necessidades de saúde mental e a coordenação do cuidado; b) o desenvolvimento de ações de promoção da saúde mental, prevenção, diagnóstico e tratamento psicossocial do sofrimento mental comum; c) o acompanhamento e o desenvolvimento de ações de redução de danos de usuários de álcool e outras drogas; d) o acompanhamento longitudinal das demandas emocionais e de saúde de pacientes graves, em conjunto com Caps e urgência/emergência, para evitar internações e contribuir para a reabilitação psicossocial; e) o suporte para a redução da demanda por atendimento especializado em saúde mental (Pupo *et al.*, 2020, p. 109).

Verifica-se a expansão das EqSF, como Melo *et al*. (2018) indicam, provavelmente impulsionado pelo Programa Mais Médicos, de 34.724 equipes em 2013 amplia-se para 40.162, em 2015; entretanto, persistiram entraves estruturais, como subfinanciamento, precarização das relações de trabalho, fragilidades na formação profissional e dificuldades de integração da ABS com os demais componentes das RAS. Paralelamente, amplia-se a responsabilidade financeira dos municípios no custeio do SUS, agregado à reduzida participação estadual na ABS.

Em um contexto adverso às políticas públicas intensificado no pós-2016, sobretudo quanto ao financiamento, conforme discutido no capítulo anterior, há a implementação de uma série de mudanças na ABS a partir da Portaria nº 2.436/2017, com a reformulação da PNAB. Mendes (2018, p. 4) ressalta que entre 2014 e 2016 já havia redução de 8,2% nos recursos federais destinados à ABS, sendo aprofundadas as restrições com a EC n° 95/2016; de R$20,6 bilhões em 2016, para R$21,6 bilhões no ano seguinte, crescimento nominal de 2,88%, abaixo do crescimento anual do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA-IBGE) de 2,95%.

Tratando-se da normativa vigente, destacam-se alguns aspectos dispostos pela Portaria nº 2.436/2017. Referente ao conceito de ABS,

> Art. 2º A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.
> §1º A Atenção Básica será a principal porta de entrada e centro de comunicação da RAS, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede (Brasil, 2017).

Os princípios e diretrizes da ABS orientam sua organização nos municípios e estruturam seu papel como porta de entrada preferencial da RAS. Como princípios, a universalidade, a equidade e a integralidade; e como diretrizes, a regionalização e hierarquização, a territorialização, a população adscrita, o cuidado centrado na pessoa, a resolutividade, a longitudinalidade do cuidado, a coordenação do cuidado, a ordenação da rede e a participação da comunidade (Brasil, 2017).

São estabelecido três tipos de unidades e equipamentos de saúde: Unidade Básica de Saúde, Unidade Básica de Saúde Fluvial e Unidade Odontológica Móvel; além da diferenciação das ações e serviços da ABS em padrões essenciais e ampliados, sendo os padrões essenciais referentes às ações e procedimentos básicos de acesso e qualidade, e os padrões ampliados correspondentes às ações e procedimentos estratégicos para atingir altos padrões de acesso e qualidade (Brasil, 2017).

Integram a ABS diferentes configurações de equipes, a Equipe de Saúde da Família (eSF), a Equipe de Atenção Básica (eAB), a Equipe de Saúde Bucal (eSB), nas modalidades I e II, o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), a Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) e as Equipes de Atenção Básica para Populações Específicas (Brasil, 2017).

Embora algumas das alterações introduzidas pela PNAB de 2017 já tenham sido mencionadas, merecem maior aprofundamento, pois implicam concretamente a realização da ABS. Como evidencia Melo *et al*. (2018), as mudanças alcançam dimensões conceituais, de gestão, financiamento, com descontinuidades e agregações mais substantivas nos aspectos organizativos e funcionais.

A Portaria redefiniu critérios de cobertura populacional e reduziu a indução dos arranjos de eSF por meio de financiamento federal. Ainda, permite reduzir o número de ACS por eSF para no mínimo um, possibilita a ampliação de suas atribuições, recomenda a unificação de suas ações com os Agentes de Combate às Endemias, com possível incorporação destes à eSF, e autoriza que assumam competências antes desempenhadas por técnicos de enfermagem. Há a exigência de carga horária de 40 horas semanais para todos os médicos, já as equipes de ABS no formato tradicional podem contar com profissionais contratados para no mínimo 10 horas semanais, sem obrigatoriedade de ACS e com novo modelo de financiamento (Brasil, 2017; Melo *et al*., 2018; Mitros *et al*., 2023).

Verifica-se o enfraquecimento do enfoque comunitário na atuação das eSF e

a com a redução no número de ACS, ameaças à multiprofissionalidade das equipes, aumento das práticas de pronto atendimento, centralidade no cuidado individual e desinvestimento nos NASF. A renomeação dos NASF como Nasf-AB, parece sinalizar mudanças de concepção trabalho, podem perder função de apoio e pela possibilidade de cobrir também as unidades básicas tradicionais, podem ter uma interferência negativa no seu formato de funcionamento, pela maior dificuldade de operar na lógica do apoio matricial com este tipo de UBS, considerando o regime de cargas horárias previsto, bem como a baixa indução para funcionarem com atributos e diretrizes observados na ESF (Melo *et al*., 2018; Mitros *et al*., 2023).

A PNAB 2017 deixa de prever até 8 horas semanais dos profissionais para formação, educação permanente, apoio matricial e plantão na rede de urgência. O Programa Saúde na Escola aparece de forma pouco detalhada. Ainda, a classificação das ações da ABS em “padrão essencial” e “padrão ampliado” pode favorecer uma atenção mais simplificada e seletiva (Brasil, 2017; Melo *et al*., 2018; Mitros *et al*., 2023).

Nesse cenário, vale destacar, como Almeida *et al*. (2018) argumentam no debate sobre a ABS como coordenadora do cuidado,

> o fortalecimento da APS representa uma das mais potentes medidas pró-coordenação, a diminuição de investimentos e de prioridade na ESF representa, ao mesmo tempo, o enfraquecimento da consolidação de arranjos sistêmicos capazes de garantir a integralidade em saúde (Almeida *et al*., 2018, p. 255).

A partir de 2019, há o aprofundamento das alterações na ABS, com a definição de novas regras para o financiamento federal da APS, instituídas pelo Programa Previne Brasil (Portaria nº 2.974/2019), a criação da Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Lei n° 13.958/2019), para contratação de serviços privados para prestação de serviços e pela descontinuidade de estratégias exitosas como o PMM (Brasil, 2017; Brasil, 2019a; Brasil, 2019b; Aquino *et al*., 2022).

A Portaria nº 2.974/2019 alterou os critérios de transferência de recursos aos municípios, ao vincular o financiamento ao número de usuários cadastrados nas UBS e ao desempenho sob um conjunto limitado de indicadores; abandonando as regras do Piso da Atenção Básica Fixo, que garantiam maior previsibilidade e estabilidade orçamentária para a APS, além de extinguir o financiamento discricionário para as equipes de NASF (Brasil, 2019).

Sob um novo governo federal, entre uma série de medidas adotadas pelo MS a partir de 2023, destaca-se a retomada do PMM e sua ampliação, agora denominado Programa Mais Médicos para o Brasil (MP n° 1.165/2023) e a publicação da Portaria nº 635, instituindo o incentivo financeiro federal de implantação e custeio para as equipes multiprofissionais (eMulti), em um contexto de reconstrução da ABS (Brasil, 2023).

As eMulti são definidas como equipes multiprofissionais que atuam de forma integrada e complementar à APS, com corresponsabilidade sobre o território e articulação com a RAS. Instituídas nas modalidades Ampliada, Complementar e Estratégica, podem ser implementadas em todos os municípios, inclusive com a perspectiva do modelo intermunicipal, podendo ser vinculadas a todas as modalidades de equipes de APS. Cada eMulti pode apoiar uma ou mais equipes, enquanto cada equipe de APS pode se vincular a apenas uma eMulti (Brasil, 2023; Bispo; Almeida, 2023).

Bispo e Almeida (2023) assinalam que as eMulti carecem de maior precisão quanto à sua concepção e funcionamento, mas destacam entre as potencialidades, o incentivo financeiro como estratégia de fortalecimento do trabalho interprofissional, a diversidade de categorias profissionais e a ampliação do escopo de atividades, com possibilidade de aumentar a resolutividade da APS. O apoio matricial, retirado na PNAB de 2017, volta a ser formalmente previsto, há a incorporação de tecnologias de informação e comunicação, podendo expandir o cuidado, embora também traga riscos ao vínculo entre equipes e usuários.

Os autores apontam indefinições quanto à organização do processo de trabalho, fluxos e pactuações com as equipes de APS, além da ausência de uma identidade precisa quanto ao seu espaço institucional, questão já observada no NASF. Persistem dúvidas sobre se o modelo privilegiará o cuidado colaborativo ou encaminhamentos clínicos e destacam-se desafios na gestão do trabalho, formas de contratação e formação profissional, diante da ausência de diretrizes para políticas de educação permanente na normativa (Bispo; Almeida, 2023).

A discussão da articulação entre equipes multiprofissionais e ABS é fundamental para o cuidado em saúde mental, principalmente no que se refere ao matriciamento, na definição de Oliveira e Campos (2015),

> O Apoio Matricial é metodologia de trabalho, um conjunto de conceitos sobre o “como fazer” o trabalho interprofissional, tanto em

> equipes quanto em redes de atenção à saúde (exercício da função apoio), em cogestão, de maneira compartilhada. [...] Ainda que o Apoio Matricial seja um modo para organizar o trabalho interprofissional, pode ser entendido também como arranjo organizacional, ou lugar estrutural (cargo), a partir do qual se trabalha eminentemente com a função apoio (Oliveira; Campos, 2015, p. 231).

No mesmo entendimento, no “Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental”, há a definição do matriciamento pelo MS como um “modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica”, assegurando retaguarda especializada, suporte técnico-pedagógico e apoio institucional na construção coletiva de projetos terapêuticos.

Difere do encaminhamento, supervisão ou atendimento do especialista na unidade, buscando superar o modelo hierárquico tradicional, caracterizado pela “diferença de autoridade entre quem encaminha um caso e quem o recebe, havendo uma transferência de responsabilidade ao encaminhar”. A comunicação entre os diferentes níveis de atenção tende a ocorrer de forma precária e irregular, “geralmente por meio de informes escritos, como pedidos de parecer e formulários de contrarreferência que não oferecem uma boa resolubilidade” (Brasil, 2011, p. 13).

Chazan, Fortes e Camargo Junior (2020, p. 3257) apontam que o caráter ainda hegemônico de uma formação em saúde tradicional, hierárquica, uniprofissional e não dialógica, dificulta a integração e a colaboração entre as equipes de apoio matricial e ABS. Ainda, a incompreensão acerca do matriciamento e a escassez de profissionais na ABS, favorece a reprodução de uma lógica ambulatorial.

Para além dessas dificuldades, conforme Amarante (2012, p. 648) observa

> Tanto a ESF quanto a reforma psiquiátrica partem de um mesmo princípio, que é o da ruptura com o modelo biomédico, cujas características principais são a centralidade do hospital no modelo assistencial, o especialismo exacerbado, a predominância da relação médico-doença e não a relação sujeito-sujeito, entre outras (Amarante, 2012, p. 648).

Nesse sentido, ao longo deste subcapítulo evidenciou-se que a ABS ocupa papel indispensável na RAPS, em razão de sua capilaridade territorial, proximidade com usuários e comunidades, possibilidade de construção de vínculos e acompanhamento longitudinal. Tais características a configuram como espaço privilegiado para a efetivação de práticas orientadas pelos princípios da RPB.

Entretanto, essas potencialidades são tensionadas por limites estruturais e conjunturais como o subfinanciamento crônico, alterações no modelo de financiamento, precarização do trabalho, fragilização do enfoque comunitário, descontinuidade de políticas estruturantes e a permanência de uma formação profissional ancorada no modelo biomédico que constituem obstáculos à consolidação de uma APS abrangente.

Dessa forma, a partir das discussões do capítulo, pode-se afirmar que apenas uma APS abrangente é capaz de sustentar práticas desinstitucionalizantes, integrais e territorializadas, reafirmando o projeto da RSB e da RPB e constituindo condição para a construção de uma rede de cuidados em saúde mental efetivamente integral.

O próximo subcapítulo tem como objetivo analisar a consolidação de um modelo de atenção em saúde mental, com ênfase nos processos de trabalho em saúde e nas disputas paradigmáticas que atravessam sua constituição.

## 3.2 Modelos de atenção em saúde mental: processo de trabalho e disputas paradigmáticas

Conforme já ressaltado, Mendes (2011) aponta três elementos constitutivos das RAS, a população, a estrutura operacional e o modelo de modelo de atenção, definindo este último como

> um sistema lógico que organiza o funcionamento das RASs, articulando, de forma singular, as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias, definido em função da visão prevalecente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade (Mendes, 2011, p. 209).

Paim (2012), ao discorrer acerca do conceito de modelos de atenção à saúde difundidos no Brasil, evidencia a existência de múltiplas concepções, marcadas por imprecisões e fragilidades teóricas, que tendem a se confundir entre distintas dimensões. Algumas ressaltam a dimensão técnica, outras privilegiam determinadas formas de organização dos serviços, havendo ainda as que conjugam ambas as acepções; mas nenhuma delas volta-se especificamente para as

dimensões técnicas e tecnológicas das práticas de saúde.

Abordando a conceituação de Mendes (2011), o autor a insere no conjunto de abordagens que associam o modelo de atenção ao plano organizacional-gerencial, como um referencial exemplar a orientar a organização de redes e a conformação de sistemas integrados; observando que lógica semelhante pode ser identificada com o modelo assistencial em saúde mental, voltado para a desinstitucionalização, contrapondo o modelo asilar ou manicomial ao psicossocial (Paim, 2012; Borges; Baptista, 2008).

Assim, há o risco de reduzir o modelo de atenção à um padrão ideal, à estruturação e articulação de serviços, deslocando a análise das práticas. Para Paim (2012, p. 462), é necessário a identificação de seus traços fundamentais, das lógicas e racionalidades que os orientam, bem como das propostas alternativas, considerando a natureza das ações de saúde e as tecnologias mobilizadas. Assim, apontando que “a questão de fundo necessária à reflexão sobre modelos de atenção diz respeito ao processo de trabalho em saúde”.

Peduzzi (2007) aponta que os estudos sobre o processo de trabalho em saúde no Brasil têm origem nas contribuições de Donnangelo (1975, 1976), analisando as relações entre saúde e sociedade e entre profissão médica e práticas sociais. Suas contribuições deram base para diversos estudos do campo da saúde, com destaque na vertente temática da análise das políticas e da organização da assistência e estudos sobre mercado, profissões e práticas de saúde. Esta última, se expandiu nos conceitos de força de trabalho em saúde e processo de trabalho em saúde (Schraiber, 1997; Donnangelo, 1975, 1976; Peduzzi, 2007).

O conceito de processo de trabalho em saúde foi formulado por Mendes-Gonçalves (1979, 1992), embora tenha sido desenvolvido inicialmente com base no trabalho médico, passa a ser utilizado para o estudo de processos de trabalho de outras áreas profissionais. O autor analisa os seguintes componentes no processo de trabalho em saúde, que devem ser considerados de forma articulada, configurando um dado processo de trabalho específico: objeto do trabalho, instrumentos, finalidade e agentes (Mendes-Gonçalves, 1979, 1992; Peduzzi, 2007)

Partindo dessas contribuições e de autores da escola de análise institucional, Merhy (1997, 2002) introduz a análise da micropolítica do trabalho vivo em ato na saúde e a tipologia das tecnologias leve, leve-dura e dura em saúde (Merhy, 1997, 2002; Peduzzi, 2007).

> as tecnologias envolvidas no trabalho em saúde podem ser classificadas como: leves (como no caso das tecnologias de relações do tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como uma forma de governar processos de trabalho), leve-duras (como no caso de saberes estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia, o taylorismo, o fayolismo) e duras (como no caso de equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas, estruturas organizacionais) (Merhy, 2002, p. 49).

Destaca-se que há o reconhecimento dessas tecnologias pelo Ministério da Saúde, como exemplo, sendo auxiliares no enfoque de redução de danos utilizados na reorientação do modelo de atenção em saúde mental para usuários de álcool e outras drogas (Alves, 2009; Paim, 2012, p. 463).

A partir dos anos 1990, agregam novas discussões ao processo de trabalho em saúde relacionadas às transformações no mercado de trabalho e às formas de regulação do Estado, e reflexões acerca da integralidade do cuidado e autonomia dos sujeitos, com foco de análise para o plano da interação entre profissionais e destes com os usuários (Peduzzi, 2007).

Nesse contexto, o conceito de processo de trabalho em saúde na atualidade é utilizado no estudo dos processos específicos das diferentes áreas, permitindo sua abordagem como práticas sociais, para além de áreas profissionais especializadas; e nas pesquisas e intervenções sobre atenção e gestão em saúde, modelos assistenciais, trabalho em equipe, cuidado, entre outros, “permitindo abordar tanto aspectos estruturais como aspectos relacionados aos agentes e sujeitos da ação, pois é nesta dinâmica que se configuram os processos de trabalho” (Nogueira, 2002; Peduzzi, 2007).

Conforme Paim (2012) sintetiza, nessa direção, a teoria do processo de trabalho entende a prática de saúde como um processo de transformação de um dado objeto em um produto, a partir de uma finalidade prevista ou de um projeto, sendo acionados meios de trabalho materiais e não materiais que contribuem para aproximação ao objeto e sua transformação, mediante a realização de atividades ou trabalho propriamente dito. Ainda, devem ser consideradas as relações técnicas e sociais entre agentes-sujeitos, sob as quais é realizado o trabalho. Dessa forma,

> Se a teoria do processo de trabalho aponta para diferentes objetos, meios e atividades, os modelos de atenção dizem respeito às tecnologias como meios de trabalho. Assim, um modelo de atenção pode ser entendido como uma espécie de lógica ou racionalidade que orienta uma dada combinação tecnológica nas práticas de saúde. Não como algo exemplar, molde, norma ou padrão que todos

> devem seguir ou rejeitar, como aparece em alguns discursos, tais como “o modelo de atenção do SUS deve ser a saúde da família” ou “o modelo assistencial do Brasil é hospitalocêntrico”. Ao contrário, indica modos de organizar a ação e dispor os meios técnico-científicos existentes para intervir sobre problemas e necessidades de saúde que podem ser diversos, tendo em conta as realidades distintas. Nessa perspectiva, modelo de atenção é uma combinação de tecnologias acionadas para resolver problemas e atender às necessidades de saúde, individuais e coletivas. A partir do seu estudo, podem ser identificadas distintas racionalidades que orientam as ações de saúde e que conduzem à adoção de certos meios de trabalho em uma dada situação (Paim, 2012, p. 463).

O autor acrescenta que, se na elaboração teórico-conceitual faz sentido articular a noção de modelo de atenção à teoria do processo de trabalho em saúde, na perspectiva estratégica, se deve considerar as dimensões política, gerencial e organizativa, que podem ser alvo da conjunção de propostas para mudanças nos sistemas de saúde (Paim, 2012; Teixeira & Solla, 2006).

Partindo dessa compreensão, conforme Trapé e Onocko-Campos (2017) sintetizam, a consolidação dos modelos assistenciais em saúde ocorre em âmbitos complementares:

> práticas profissionais (novas tecnologias clínicas, processo de formação, etc.), institucionais (criação de novos serviços, práticas de gestão, etc.) e sistêmico (arcabouço legal, governança, financiamento e métodos de avaliação e controle). A relação entre eles é plástica. Mudanças organizativas no nível sistêmico influem no cotidiano dos serviços, ao mesmo tempo em que a realidade das unidades impõe alterações no modelo hegemônico, seja a partir de consensos dos atores envolvidos ou ascendência de grupos de interesse no processo político decisório (Trapé; Onocko-Campos, 2017, p. 2).

Compreende-se, portanto, que mudanças no modelo de atenção em saúde mental não se reduzem à reorganização dos serviços. Amarante (2007) destaca que um dos principais desafios ao campo da saúde mental consiste em superar essa compreensão, embora seja inegável que os mesmos tenham que ser transformados e os manicômios superados, essas mudanças não devem constituir fim em si mesmas, mas decorrer de princípios e estratégias que as antecedem. Dessa forma, compreendendo o campo da saúde mental e da atenção psicossocial não como um modelo ou sistema fechado, mas como um processo social complexo, perspectiva que dialoga com a formulação de Franco Rotelli, sucessor de Basaglia (Rotelli *et al*., 1990; Amarante, 2007, p. 63).

Costa-Rosa, Luzio e Yasui (2003), diante da diversidade de sentidos e

práticas associadas ao termo psicossocial, como tentativa de conferir maior precisão lógica à Atenção Psicossocial, articulando o referencial de Amarante (1999), que identifica quatro campos de transformação da RPB (teórico-assistencial, técnico-assistencial, jurídico-político e sociocultural), à proposta analítica de Costa-Rosa (2000), na caracterização dos dispositivos institucionais da Atenção Psicossocial, evidenciam quatro parâmetros básicos que definem o Modo Psicossocial:

> 1. Concepções do processo saúde-doença e dos meios teórico-técnicos sustentados para lidar com ela; 2. Concepções da organização das relações intrainstitucionais, inclusive da divisão do trabalho interprofissional; 3. Concepção da forma das relações da instituição e seus agentes com a clientela e com a população em geral e vice-versa; e, finalmente, 4. Concepção efetivada dos efeitos de suas ações em termos terapêuticos e éticos (Costa-Rosa; Luzio; Yasui, 2003, p. 12).

Quanto à concepção do processo saúde-doença e dos meios teórico-técnicos, contrapõe-se ao paradigma orgânico e da lógica doença-cura, substituídos pela noção de existência-sofrimento, pela centralidade do sujeito e pela clínica da escuta, da criação de si e da implicação subjetiva, em uma perspectiva interdisciplinar e transdisciplinar do conjunto dos trabalhadores e suas ações. Na organização intrainstitucional, afirmam-se a horizontalização das relações, participação dos usuários, autogestão e co-gestão, superação da divisão taylorista do trabalho, tendo a interdisciplinaridade e a transdisciplinaridade como horizonte.

No terceiro, fundamentando-se na desinstitucionalização, territorialização do cuidado e não estratificação em níveis, visando a integralidade em extensão e em profundidade e desinstitucionalização do paradigma psiquiátrico. Quanto aos efeitos terapêuticos e éticos, há a orientação pelo reposicionamento subjetivo, singularização, levando em conta a dimensão coletiva e sociocultural e superando práticas adaptativas e supressão sintomática (Costa-Rosa; Luzio; Yasui, 2003).

As autoras apontam que a incorporação do Modo Psicossocial e das ações que o orientam, permite situar a saúde mental no âmbito da Saúde Coletiva e consolidar o Paradigma Psicossocial, articulando concepções teóricas, técnicas, ideológicas e éticas em contraposição ao Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador (PPHM), como herança da Medicina Preventiva (Yasui; Costa-Rosa, 2008; Costa-Rosa, 2012).

No PPHM, as estratégias priorizam identificação e controle de sintomas, mantendo a marca hospitalocêntrica herdada das instituições de reclusão, com relações de caráter verticalizado e padrões socialmente dominantes de produção de subjetividade. As práticas adquirem caráter funcionalista ao priorizar a adaptação de indivíduos considerados “desajustados” e a centralidade da medicação, como resposta universal ao sofrimento, reduz a complexidade das experiências subjetivas e sociais e fortalece vínculos com a racionalidade biomédica e interesses da indústria farmacêutica (Yasui; Costa-Rosa, 2008; Costa-Rosa, 2012).

Costa-Rosa (2013) identifica a disputa entre esses paradigmas antagônicos, que se faz nos campos político, jurídico, ideológico, cultural e, principalmente econômico, como expressão da contradição fundamental presente no campo amplo da saúde, no embate entre o Paradigma Assistencial Privatista Médico-centrado e o Paradigma da Produção Social da Saúde (Mendes, 1999).

Conforme Shimoguiri e Costa-Rosa (2017, p. 389) afirmam, “num estabelecimento institucional sempre há, explícito ou não, um referencial teórico-técnico e ético-político que direciona as práticas de tratamento, o que chamamos de paradigma” e que, apesar dos avanços conquistados ao longo das décadas pela RPB e da implantação de dispositivos psicossociais, o PPHM permanece hegemônico no campo da saúde mental.

Essa permanência é reiterada por Chaves *et al*. (2022), a partir de revisão sistemática acerca dos desafios enfrentados pela RAPS, aponta a persistência de modelos de cuidado pautados na medicalização e na segregação social, sendo apontado o despreparo profissional, dificuldades das equipes da ESF em lidar com essas demandas e pela compreensão limitada do trabalho em rede e do apoio matricial, mantendo a predominância de uma lógica biomédica e classificatória, centrada no uso de psicofármacos. No manejo das crises, inclusive no atendimento pré-hospitalar, destacam-se intervenções repressivas e nos hospitais de custódia, esse quadro se agrava com a sobreposição da lógica prisional à terapêutica, em detrimento da reabilitação psicossocial.

Assim, os entraves à integralidade do cuidado em saúde mental no âmbito da RAPS, vão desde fragilidades na gestão, relacionadas à competência dos gestores, limitações no planejamento, baixa priorização política, até a persistência de práticas de cuidado pautadas na medicalização e na segregação. São evidenciadas dificuldades na articulação entre equipes e serviços diante das

demandas de saúde mental, frequentemente centralizadas nos CAPS, como problemas nos fluxos de referência e contrarreferência. A escassez de recursos humanos e materiais, expressa no número insuficiente de profissionais, na ausência de qualificação, insumos e investimentos em infraestrutura, comprometem a efetivação desta rede (Chaves *et al*., 2022).

Em estudo realizado por Fernandes *et al*. (2020), desenvolvendo um Índice de Cobertura Assistencial da RAPS, considerando a parametrização legal dos serviços, apontam que apesar do avanço na oferta, sendo analisado o período de 2008 a 2017, 77% da população ainda reside em localidades com cobertura de serviços comunitários baixa ou inexistente, mantendo hiatos assistenciais em grande parte do país. Apenas 439 cidades, 7,9% do total, apresentam cobertura assistencial total da RAPS, expressando 6,69% da população nacional.

Os autores reconhecem limitações no estudo, como a não inclusão da ABS em sua totalidade, considerando no índice os dispositivos de Consultório na Rua e NASF, excluindo as UBS devido à insuficiência de dados nos sistemas de informação. Sobretudo em municípios de pequeno porte, a presença significativa de eSF e UBS poderia impactar positivamente os índices de cobertura, caso houvesse dados mais consistentes para sua mensuração; sendo reforçado que a transição do modelo asilar para uma rede comunitária permanece incompleta e a efetivação da ABS como espaço de cuidado em saúde mental é crucial frente à esse contexto.

Diante das discussões desenvolvidas neste subcapítulo, evidencia-se que a transformação do modelo de atenção em saúde mental constitui um processo complexo, que não se reduz à reorganização dos serviços nem à mera normatização da RAPS. Embora indispensáveis, são insuficientes para produzir mudanças substantivas no modo de cuidar, sendo reconhecido a incorporação da análise dos processos de trabalho em saúde, das racionalidades que orientam as práticas e das disputas paradigmáticas que atravessam o campo. Essas dimensões, por sua vez, devem ser compreendidas em articulação com as determinações políticas, gerenciais e organizativas que, em diferentes níveis, condicionam e limitam as possibilidades concretas de mudanças.

Diante das discussões desenvolvidas ao longo do trabalho, o capítulo seguinte será dedicado à apresentação e análise da pesquisa de campo, articulando essas discussões.

# 4 O PAPEL DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE ENQUANTO COMPONENTE DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NA PERSPECTIVA DO TRABALHO E DA GESTÃO

Este capítulo tem como objetivo apresentar e analisar os resultados da pesquisa empírica, realizada por meio de entrevistas semiestruturadas com profissionais atuantes nas Unidades Básicas de Saúde de Londrina e com representante da gestão da Atenção Básica do município, buscando responder o problema de pesquisa: Como se configura o papel da Atenção Básica à Saúde (ABS) enquanto componente da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), na perspectiva dos(as) profissionais das UBS e da gestão municipal?

No primeiro subcapítulo, será abordada a organização da Atenção Básica e da Rede de Atenção Psicossocial no município de Londrina, visando situar o contexto empírico da pesquisa. Em seguida, no segundo subcapítulo, será apresentado o percurso metodológico da investigação de campo, incluindo a caracterização dos participantes; seguido de quatro eixos de análise construídos a partir dos objetivos específicos, articulando a apresentação dos dados obtidos e sua análise.

## 4.1 A organização da Atenção Básica e da Rede de Atenção Psicossocial em Londrina

A cidade de Londrina, localizada na região norte do Estado do Paraná, possui uma área territorial de 1.652,6 km² e uma população estimada de 581.382 habitantes, configurando-se como o segundo município mais populoso do estado (IBGE, 2025; Londrina, 2025a).

O município é sede da 17ª Regional de Saúde, que abrange, ao todo, 21 municípios. No âmbito da Atenção Básica à Saúde, Londrina utiliza o sistema de informações PEC e-SUS (Prontuário Eletrônico do Cidadão), implantado em todas as Unidades Básicas de Saúde. Atualmente o município conta com 51 UBS e 3 postos de saúde, sendo 42 distribuídas na Zona Urbana e 12 na Zona Rural, sob a gestão da Diretoria de Atenção Primária à Saúde, as quais também estão o Centro de Especialidades Odontológicas, o Serviço de Atenção Domiciliar e o Ambulatório Municipal de Reabilitação (Londrina, 2025a/b).

A Estratégia Saúde da Família constitui a principal forma de organização da ABS no município, embora com números variáveis ao longo do ano, tendo ligação com a permanência de profissionais nas equipes que atendem em uma carga horária de 40 horas semanais. Conforme indica o Relatório Anual de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde de 2025, o ano de referência foi finalizado com 94 equipes da eSF e 7 equipes eAP (equipes de Atenção Primária), que são as equipes com menor carga horária.

Outras equipes que atuam na ABS são as equipes de saúde bucal (eSB), a equipe Consultório na Rua (eCnaR) e as equipes multiprofissionais (eMulti), somados aos profissionais que atuam no Programa Mais Médicos e Residência Multiprofissional em Saúde da Família, Saúde da Mulher, residência de Obstetrícia em parceria com a Universidade Estadual de Londrina, além da residência médica em Medicina de Família e Comunidade (Londrina, 2025a).

O município tem implantadas duas modalidades das equipes eMulti, sendo cinco na modalidade ampliada e duas na modalidade estratégica, as especificidades referentes aos tipos de equipes estão voltadas às categorias profissionais que a compõem e a carga horária que desempenham junto às equipes da ABS.

Em específico acerca da saúde mental na ABS, o Relatório aponta que

> Durante todo o ano de 2025 as equipes da Atenção Primária estiveram envolvidas em oficinas e atividades do PlanificaSUS Paraná-Saúde Mental, onde foram realizadas ações de matriciamento, discussões de casos, confecção de agendas para saúde mental, cadastramento de população no território, alterações de processo de trabalho para atendimento à população específica em saúde mental e oficinas com a 17ª RS e SESA. Ainda como ações, mantiveram-se as reuniões intersetoriais com a secretaria de educação para discussões relacionadas a dificuldades escolares/TDAH (Londrina, 2025a).

O Programa PlanificaSUS é uma estratégia de educação permanente que visa fortalecer a Rede de Atenção à Saúde por meio da implantação da metodologia da Planificação da Atenção à Saúde. A iniciativa foi desenvolvida pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), com apoio do MS, por meio do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS), em parceria com o Hospital Israelita Albert Einstein, sendo adotado em 2019 pelo Estado do Paraná e implementado inicialmente na 4ª Regional de Saúde, expandindo-se conforme adesão dos municípios (Paraná, 2024).

Londrina aderiu ao Programa em 2023 com cinco unidades, além da

manutenção da unidade João Paz que participou do primeiro ciclo, totalizando seis unidades (João Paz, San Izidro, Alvorada, Parigot, Lindóia e Vila Nova). Em 2024, com a expansão do Planifica para a área da saúde mental, aderiram mais três unidades (Aquiles, Padovani e Paiquerê).

No ano de 2025, segundo Relatório, o município aderiu na sua totalidade ao Programa, trabalhando com oficinas de saúde mental a todos os profissionais das UBS. As atividades realizadas envolveram workshop com as equipes das UBS, além de treinamentos com a equipe de tutores para alinhamento com os conteúdos a serem trabalhados. Há previsão de conclusão do Programa em julho de 2026 (Londrina, 2025a).

Para além da ABS, a organização da RAPS no município compreende na Atenção Especializada três unidades de CAPS. Com funcionamento em horário comercial, o CAPS AD atende pessoas com transtornos mentais em decorrência do uso disfuncional de álcool e outras drogas e possui parceria com abrigos, Centro POP e equipe de abordagem do CREAS I. Destaca-se a utilização no município de Recursos Municipais Antidrogas, mediante aprovação do Conselho Municipal de Álcool e Drogas no atendimento deste público (Londrina, 2025b).

O CAPSi, destina-se ao atendimento de crianças e adolescentes com intenso sofrimento psíquico associado a transtornos mentais graves e persistentes ou ao uso de substâncias psicoativas, trabalhando em parceria com o Serviço Volante[11] nos abrigos infanto-juvenis do NUSELON (Núcleo Social Evangélico de Londrina) e Ministério de Missões e Adoração (MMA).

O CAPS III conta com atendimento ininterrupto, dispõe de seis leitos para acolhimento noturno de pessoas em sofrimento psíquico, ofertando também atendimentos ambulatoriais em psiquiatria e psicologia, grupos terapêuticos e outras atividades. Ainda, presta atendimento domiciliar aos pacientes institucionalizados nas Instituições de Longa Permanência para Idosos (Lar dos Vovós e Vovôs, Lar Maria Thereza e Lar São Vicente de Paulo), Residência Inclusiva, Casa do Bom Samaritano e Fraternidade Toca de Assis e atua junto ao MMA, instituição contratada para a execução do Serviço Residencial Terapêutico (Londrina, 2025a).

[11] O Serviço de Saúde Mental Volante, equipe itinerante composta por profissional de enfermagem e psicologia, foi criado em 2022 pela SMSL para prestação de apoio aos acolhimentos vinculados à Secretaria de Assistência Social, executando ações de supervisão e orientações para equipes, realização de atendimentos individuais e grupais com os adolescentes e crianças, e participação em discussões de casos e audiências (Londrina, 2025b).

Cabe mencionar que, em setembro de 2025, a Casa do Bom Samaritano, instituição sem fins lucrativos de longa trajetória no município, encerrou suas atividades por falta de recursos. A entidade constituía importante suporte no acolhimento da população idosa e adulta masculina, incluindo pessoas em situação de rua (Gonçalves, 2025).

Neste movimento, no mesmo ano, a gestão municipal anunciou redução de aproximadamente R$17 milhões na previsão orçamentária de 2026 para a Assistência Social e, embora manifestações públicas tenham contribuído para a recomposição de aproximadamente R$15 milhões, o planejamento para 2026-2029 manteve-se, projetando crescimento dos recursos a partir da base orçamentária inferior à do ano anterior (Londrina, 2025c).

Na Atenção de Urgência e Emergência, dispõe de 2 Unidades de Pronto Atendimento, a UPA 24h Maria Angélica Castoldo (Centro-Oeste) e a UPA 24h Francisco de Arruda Leite (Sabará). Além destas, há o Pronto Atendimento 24h Adão Pinto Rosa (PA Leonor), o Pronto Atendimento 18h Admílson Soares Ramos da Cruz (PA Maria Cecília), o Pronto Atendimento 16h Orlando Cestari (PA União da Vitória); além do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

Na Atenção Hospitalar, conta com três hospitais estaduais, dois em média complexidade, o Hospital Dr. Anísio Figueiredo e o Hospital Eulalino Ignácio de Andrade; além do Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná, de média e alta complexidade, incluindo seu Ambulatório de Especialidades. Também, há quatro hospitais filantrópicos de média e alta complexidade: a Santa Casa de Misericórdia/Hospital Infantil, o Hospital Evangélico, o Hospital do Câncer e o Hoftalon; e dois hospitais psiquiátricos, o Hospital Vida e o Hospital Nova Vida.

Vale acrescentar que em janeiro de 2026, em parceria com o Hospital Vida, a Prefeitura de Londrina inaugurou o espaço E-Multi Vida, como suporte especializado no município, com investimento anual estimado em R$1,5 milhão, realizado pela SMSL. Há previsão de ampliação da oferta de consultas pelo SUS, contabilizando a média de 480 consultas mensais no CAPS, para 1.380 atendimentos a cada mês junto a nova estrutura do ambulatório (Oliveira, 2026).

Porém, em contraponto aos recursos destinados à expansão de serviços conveniados, persistem demandas relacionadas à infraestrutura e ao fortalecimento da rede pública própria. O Relatório Anual de Gestão da SMSL registra que foram anunciados recursos estaduais destinados à ampliação e reforma do CAPS III,

contudo, apesar da previsão orçamentária e da reconhecida necessidade de intervenção, a execução da obra ainda depende da conclusão de processos administrativos, sendo realizadas melhorias pontuais em determinados espaços da unidade.

Conforme consta no Pedido de Informação n.º 1086/2025, apresentado pela Câmara Municipal, a Autarquia informou, em dezembro de 2025, que o projeto de ampliação e reforma do CAPS III permanecia em fase de formalização de convênio com a SESA para viabilizar o repasse dos recursos, etapa que antecede a abertura do processo licitatório para a execução da obra (Londrina, 2025d).

Considerando o porte populacional de Londrina, sua posição como município de referência assistencial e os parâmetros de implantação previstos na Portaria GM/MS n.º 3.088/2011, o quantitativo de CAPS no município e as condições estruturais desses serviços configuram desafios à capacidade de resposta da saúde pública.

Na ABS, dados apresentados pela SMSL no início de 2025 indicavam que 334.872 pessoas da área urbana permaneciam descobertas pela divisão territorial das UBS, além de 7.093 habitantes na zona rural.

Somado à esse cenário, a precariedade da infraestrutura e equipamento das unidades, evidenciadas pela necessidade de reposição de computadores e realização de reformas em diversas UBS do município apresentam estruturas inadequadas, deterioradas ou com intervenções anteriores insuficientes para garantir condições adequadas de funcionamento (Oliveira, 2025).

Em relação aos recursos humanos, na apresentação dos resultados do primeiro quadrimestre de 2025, a SMSL informou que o município contava com aproximadamente 1,5 mil vagas profissionais em aberto e uma fila de cerca de 189 mil pessoas aguardando consultas especializadas. Na tentativa de reduzir impactos desse quadro, a realização de horas extras resultavam à época um custo mensal aproximado de R$4 milhões em pagamentos adicionais e embora tenham sido convocados 463 candidatos aprovados em concursos públicos, a maior parte ainda não havia ingressado no serviço (Rodrigues, 2025).

Feita a caracterização da RAPS no município de Londrina, o próximo subcapítulo abordará os dados obtidos na pesquisa de campo, bem como sua análise.

## 4.2 Eixos de análise da pesquisa

Conforme descrito na introdução deste trabalho, a pesquisa de campo foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas com 12 profissionais de seis Unidades Básicas de Saúde do município de Londrina de diferentes regiões, e com a gestão da Atenção Básica à Saúde.

As seis UBS participantes do estudo, identificadas como UBS 1 a UBS 6, operam com equipes da ESF, compostas minimamente por médico(a), enfermeiro(a), técnico(a) ou auxiliar de enfermagem e ACS. Observa-se, grande variação na composição das equipes por unidade e no quantitativo de profissionais.

Todas as unidades situadas em área urbana registram a presença de auxiliares administrativos e contam, com variações, com outras categorias profissionais como fisioterapeutas, agentes de combate às endemias, auxiliares em saúde bucal, cirurgiões-dentistas, farmacêuticos, médicos pediatras e profissionais de educação física. Destaca-se a referência à oferta de atendimento com psicólogo em todas as unidades urbanas. A unidade localizada na região rural não dispõe de auxiliar administrativo, sendo apontado o revezamento das atividades entre a equipe, apresentando a menor equipe das UBS da pesquisa. Não há a oferta de atendimento com profissional psicólogo, evidenciando diferenças entre os contextos urbano e rural.

Destaca-se a dificuldade dos profissionais na descrição detalhada do quantitativo de equipes e de trabalhadores atuantes nas unidades, bem como na identificação do tipo de equipe (eSF, eAB, eSB, Nasf-AB, eMulti) presente na UBS. Contudo, são apontadas a elevada rotatividade dos profissionais e a insuficiência do número de trabalhadores, além da redução ou perda de profissionais ACS.

No que se refere aos participantes da pesquisa, sendo utilizado para identificação a letra/sigla correspondente à categoria profissional, seguida do número da respectiva UBS, foram entrevistados seis agentes comunitários de saúde (ACS1 à 6), dois médicos (M3 e M6), uma enfermeira (E1), dois auxiliares de enfermagem (A2 e A4) e uma técnica de enfermagem (T5).

Segue abaixo, no Quadro 1, algumas informações referentes aos participantes.

**Quadro 1 -** Caracterização dos participantes

| UNIDADE DE SAÚDE | PARTICIPANTE | FUNÇÃO EXERCIDA | FORMAÇÃO | TEMPO DE TRABALHO NA UNIDADE | VÍNCULO EMPREGATÍCIO |
|---|---|---|---|---|---|
| **UBS 1** | **ACS1** | ACS | Ensino Superior | 10 anos | Efetivo |
| | **E1** | Enfermeiro(a) | Pós-Graduação | 1 ano e 6 meses | PSS |
| **UBS 2** | **A2** | Auxiliar de Enfermagem | Ensino Técnico | 15 anos | Efetivo |
| | **ACS2** | ACS | Ensino Médio | 11 anos | Efetivo |
| **UBS 3** | **ACS3** | ACS | Ensino Médio | 12 anos | Efetivo |
| | **M3** | Médico(a) | Pós-Graduação | 1 ano e 8 meses | Residência |
| **UBS 4** | **ACS4** | ACS | Ensino Superior | 4 anos | Efetivo |
| | **A4** | Auxiliar de Enfermagem | Ensino Técnico | 15 anos | Efetivo |
| **UBS 5** | **T5** | Ténico(a) de Enfermagem | Ensino Superior | 14 anos | Efetivo |
| | **ACS5** | ACS | Ensino Superior | 11 anos | Efetivo |
| **UBS 6** | **ACS6** | ACS | Ensino Técnico | 11 anos | Efetivo |
| | **M6** | Médico(a) | Pós-Graduação | 2 anos e meio | Programa Mais Médicos |
| **Gestão** | **PG** | | Pós-Graduação | 10 anos | Efetivo |

**Fonte:** O próprio autor - Dados de pesquisa

Quanto à formação, identifica-se heterogeneidade, variando entre Ensino Médio, Técnico, Superior e Pós-Graduação. Destaca-se que médicos(as), enfermeiro(a) e profissional da gestão possuem Pós-Graduação e no caso dos(as) agentes comunitários de saúde, as entrevistas revelam trajetórias formativas diversas, predominantemente desvinculadas do campo da saúde, sendo que apenas um(a) deles(as) possui formação relacionada à essa área.

De forma geral, em relação ao tempo de atuação na unidade, observa-se que nove dos treze entrevistados possuem vínculo efetivo e trajetória superior a dez anos no serviço, em contraste com aqueles inseridos por outros tipos de vínculo. Conforme autodeclaração, houve predominância de mulheres, com apenas dois homens entre os participantes da pesquisa, com faixa etária entre 30 e 55 anos.

Feitos apontamentos acerca da caracterização dos participantes, a seguir, será iniciada a exposição dos 4 eixos temáticos, articulando a apresentação dos dados obtidos e sua análise, sendo construídos a partir dos objetivos específicos: (a) Identificar as atribuições da Atenção Básica à Saúde, a partir da realidade dos profissionais que a integram e da perspectiva da gestão, acerca do cuidado em saúde mental e como parte da RAPS; (b) Problematizar as ofertas e o manejo das demandas presentes nos serviços da Atenção Básica à Saúde na prestação de cuidados em saúde mental; (c) Compreender as estratégias adotadas pelos serviços da Atenção Básica à Saúde para articular-se com outros pontos da RAPS, a partir da atuação dos profissionais e dos direcionamentos da gestão e (d) Identificar as formas de apoio institucional e de suporte da gestão para a efetivação do cuidado em saúde mental na Atenção Básica à Saúde.

### 4.2.1 Eixo 1: Atribuições da ABS

As discussões deste eixo voltam-se à identificação das atribuições da Atenção Básica à Saúde, a partir da realidade dos profissionais que a integram e da perspectiva da gestão, acerca do cuidado em saúde mental e como parte da RAPS.

#### Compreensões sobre a RAPS e a ABS como parte integrante

Conforme discutido ao longo deste trabalho e, como Costa-Rosa (2013) sintetiza, o entendimento da Atenção Psicossocial exige ultrapassar sua compreensão como sinônimo de CAPS. Embora este constitua um de seus principais estabelecimentos, é necessário avançar em direção “ao exercício de uma estratégia territorial baseada numa rede de práticas e dispositivos, muito além de uma rede de Estabelecimentos como aquela praticada desde a década de 1980” (Costa-Rosa, 2013, p. 92-93).

Nessa direção, compreender a RAPS não se restringe à identificação dos serviços existentes ou dos locais para encaminhamento, mas implica reconhecer as responsabilidades atribuídas a cada ponto de atenção e as relações de corresponsabilidade que sustentam o cuidado em rede.

O entendimento dos profissionais sobre a Rede de Atenção Psicossocial e o reconhecimento da Atenção Básica à Saúde como parte integrante desta rede

variam, oscilando entre uma visão integral, que é minoritária, e uma percepção centrada nos serviços especializados. Quando questionado no início das entrevistas sobre quais informações possuem sobre a RAPS, as respostas costumam remeter aos pontos de referência externos à UBS.

Na UBS 4, por exemplo, a percepção é estritamente voltada aos serviços especializados: “De encaminhamento, assim? Como CAPS, o CAPS Infantil, CAPS AD. E tem, se eu não me engano, tem uma rede de atenção psicológica também no CISMEPAR” (ACS4); “A rede de atenção, você fala os CAPS? Se a gente conhece? Conhecemos. Que a gente tem o CAPS I, CAPS AD e o CAPS, eh, social, né? São três” (A4).

Essa visão é reforçada por outros relatos que associam a RAPS apenas ao fluxo de encaminhamento, como exemplo:

> Sobre os atendimentos? Do psicossocial, a gente tem muita referência do CAPS, né. Dos atendimentos, do pessoal que passa por lá, né? Daí, dentro da UBS a gente tem o psicólogo, né, que tem, que compõe, que é, ele faz parte do NASF, né, e do atendimento. Aí fora, dos CAPS, das casas de apoio assim (ACS2).

> Você diz assim referência para para encaminhamentos, essas coisas? É o CAPS, né? Urgência daí, é, urgência mesmo que psiquiátrica, vai pra pra UPA, né? Mas assim, normalmente a gente encaminha os pacientes para CAPS, quando tem essa necessidade de psiquiatria mais rápido (T5).

M3 aponta que a terminologia "RAPS" é vista como algo distante da realidade cotidiana: "A RAPS é uma coisa complicada, porque infelizmente a gente vê mais ela na nas apostilas, nas leis, assim, na vida real ali, ninguém fala nem usa muito esse termo, que eu acho um pouco complicado" (M3). Esta questão é confirmada ao verificarmos as respostas, há a relação do termo “psicossocial” com a saúde mental, mas não um conhecimento acerca do que seria a RAPS em si.

> Como é o atendimento aqui, você fala? Como é, ou você fala o encaminhamento? [...] Realmente quando chega um atendimento aqui na unidade pra questão psicossocial, “Ah, encaminha”, “Ah, ele vai pro médico, “Não vai”, né? (ACS1).

> Seria a parte de saúde mental, assim. A gente usa mais saúde mental mesmo (ACS6).

O reconhecimento da Unidade Básica de Saúde como componente da RAPS aparece de forma imediata apenas entre a gestão da ABS, que afirma categoricamente o pertencimento à rede: "A gente, né, faz parte da rede, tem trabalhado isso agora com o Planifica SUS, né, o enfoque do estado é justamente a

saúde mental e a rede de atenção"; e entre os(as) médicos(as) entrevistados(as). M6 demonstra uma compreensão ampliada: "Entendo que essa rede ela é composta desde o das unidades básicas de saúde até unidades super especializadas [...] Seria a composição de toda essa rede", assim como M3, “A interpretação de que a APS também é braço da RAPS”.

Embora essa compreensão não emerja de forma espontânea entre a maioria dos profissionais e, em diferentes momentos das entrevistas, sejam observadas dificuldades para compreender a estrutura e o funcionamento da RAPS, como exemplifica a fala do(a) ACS1: “Acho que é muito vago, é, são serviços de apoio que a gente tem aqui, que nós ACS, pra nós assim, eu não acho que é tão claro. Ah, dá para mandar o paciente direto? Dá para ser atendido aqui?”, quando questionados especificamente sobre o papel da ABS como parte da Rede, há o reconhecimento da UBS como espaço para o cuidado em saúde mental, como o quadro abaixo sintetiza.

Quadro 2 - Compreensões do papel da ABS como parte da RAPS

| PARTICIPANTE | COMPREENSÕES DO PAPEL DA ABS COMO PARTE DA RAPS |
|---|---|
| **ACS 1** | "ponto de partida" e o “primeiro local” de procura para oferecer o "primeiro apoio aqui, para depois ser encaminhado pros outros serviços”; |
| **E1** | “identificação” de casos e “início de tratamento”, sendo a "porta de entrada para principalmente pro diagnóstico" e posterior distribuição na rede conforme necessidade; atendimento na unidade conforme possibilidades. |
| **M3** | "comunicante" dentro da rede, possuindo "braços de força, de relação"; “como uma comunicante, dentro dessa rede do cuidado visando ao psicossocial”; |
| **A4** | "porta que abre tudo"; "começo" de todo o processo; “quando é um caso mais extremo, a gente encaminha pro externo, mas normalmente a gente acompanha aqui mesmo”; |
| **M6** | "vizinhos do lado do paciente", tendo maior facilidade de identificação pelo vínculo e proximidade; local de atendimento das demandas; |
| **ACS 6** | "primeira parte" do processo e o "primeiro elo" de identificação “o que dá para resolver aqui no posto, o que precisa ser encaminhado”; |
| **PG** | "porta de entrada", onde se deve identificar as necessidades dos pacientes e direcionar o melhor cuidado na rede “às vezes na APS, às vezes no secundário, no terciário. Mas é esse o nosso papel”; |

**Fonte:** O próprio autor - Dados de pesquisa

Observa-se que, quando questionados especificamente sobre o papel da ABS, emergem elementos associados à lógica do cuidado em rede e aos atributos da ABS, como o primeiro contato, o acompanhamento e a coordenação do cuidado. Entretanto, a recorrência ao “encaminhar” indica que essas práticas coexistem com uma compreensão ainda fragmentada do papel da ABS na rede, sendo associada de modo recorrente como nível de atenção para identificação da demanda e direcionamento dos usuários para outros serviços, distanciando-se de seu papel como coordenadora da rede.

Nesse sentido, conforme aponta Mendes (2011), quando a ABS não exerce seu papel como centro de comunicação e coordenação na rede, o primeiro contato tende a converter-se em uma função administrativa, a longitudinalidade é esvaziada e a integralidade torna-se inviável.

Merece destaque, divergindo dos demais participantes, a percepção do(a) T5,

> Acho que a forma de interação com a, com o serviço de saúde mental (CAPS) teria que ser maior, sabe? Eu acho que ele lá, em cima, eu sei que tem toda a questão de mão de obra, de RH e tudo esse paciente. Eu acho que eles tinham que ter lá o mais, tá defasado no geral, mas eu acho que lá teria que ter uma, uma coisa maior, mais profissionais para estar acolhendo esses pacientes, porque a gente consegue perceber a necessidade aqui, só que aqui que não é o local certo para para acolher todas as vezes acompanhamento lá, né? Eh, por ser mais especializado mesmo, né? (T5).

Há o reconhecimento pelo(a) profissional de que as condições do trabalho em saúde na cidade não são boas e capazes de atender a demanda, entretanto, a fala evidencia uma concepção hierarquizada do cuidado em saúde mental, na qual o serviço especializado é entendido como o espaço adequado para o acompanhamento dos usuários, enquanto a UBS “não é o local certo para, para acolher todas as vezes esse paciente”.

Ainda, a compreensão tensiona o atributo do primeiro contato da ABS, que pressupõe que o serviço esteja acessível ao usuário diante de novas demandas ou episódios de um problema de saúde, sem que haja barreiras de acesso aos serviços (Starfield, 2002).

Esta percepção é reforçada em outros momentos da mesma entrevista. Ao afirmar que não havia suporte para lidar com as demandas de saúde mental, foi

questionado, se caso houvesse, no entendimento do(a) participante, esta seria uma demanda da unidade, a resposta foi categórica:

> Não. Eu acho que eles tinham que ter eh, tem que ter o suporte maior lá em cima, a gente ter uma uma participação, mas não dá para ficar para acolher tudo aqui, entendeu? Manter tudo aqui. É muita coisa, é muita informação para muita demanda para pouco pouco pouca mão de obra, entendeu? (T5).

Adiciona-se aqui a crítica às condições concretas de trabalho, evidenciando a atribuição de responsabilidades ao serviço sem as condições necessárias para respondê-las, questão que será aprofundada no segundo eixo. Nesse sentido, a insuficiência de recursos reforça a transferência das demandas para os serviços especializados e dificultam a coordenação do cuidado.

Ainda, em outro momento,

> Apresenta a queixa, né? “Ah, eu tô, tô ansioso”. Às vezes o paciente vai e volta pra UPA com sintomas que, que é característico de ansiedade, de depressão. E lá na UPA é feito aquele, Ah, dá um Diazepam, “Vai pro posto”, faz isso e vai pro posto, faz a medicação só na hora, né? Lógico que a UPA também não é para para acolher esse tipo de coisa, mas tem paciente que vai e volta, vai e volta várias vezes, ou vai só na UPA, não vem até a gente para, para dar andamento nessa, nesse atendimento e quando chega aqui, é do jeito que eu te falei, passa pela enfermagem, daí vai com a médica, às vezes a médica encaminha pro, para psicóloga e em alguns casos tem que ir pro CAPS, né? (T5).

Embora reconheça a circulação dos usuários entre serviços, aqui entre UPA e a UBS, sem que haja resolutividade das demandas em saúde mental, chama atenção a afirmação “Lógico que a UPA também não é para acolher esse tipo de coisa”, expressando uma compreensão restrita do papel dos serviços, desconsiderando que o acolhimento em saúde mental deve ser realizado em todos os pontos da rede, ainda que com diferentes níveis de intervenção.

Em síntese, não há um desconhecimento absoluto sobre a RAPS pelos profissionais, que reconhecem os serviços que compõem o cuidado em saúde mental na rede pública, mas é minoritária a compreensão da RAPS enquanto uma rede articulada de cuidado. A RAPS é associada, em grande medida, aos CAPS e aos encaminhamentos e, embora a ABS seja reconhecida como espaço para o cuidado em saúde mental e seu papel seja identificado a partir de seus atributos, a recorrência ao encaminhamento tende a configurar seu papel na rede principalmente como o nível que identifica as demandas e encaminha os usuários para outros serviços.

Atribuições da ABS no cuidado em saúde mental e a primazia do encaminhamento

No entendimento acerca das atribuições da ABS no cuidado em saúde mental, observa-se certa sobreposição nas respostas entre a definição de atribuições institucionais e a descrição das ações realizadas no cotidiano dos serviços voltados à saúde mental, como exemplo a fala abaixo:

> Então, o que a gente consegue fazer, não sei nem se é só isso a atribuição, mas o que a gente consegue ofertar pra população é o psicólogo na sexta-feira, só que ela atende mais adulto, né? Se for um caso de criança, ela encaminha. Eh, grupos, né? Grupo para alongamento, grupo de, a fisioterapeuta faz um grupo também mais com os idosos de fazer exercício. Aí tá tendo também um grupo com dois estagiários de psicologia, que eles estão fazendo um grupo também, é o que a gente pode ofertar (ACS4).

A dúvida expressa pelo(a) profissional, evidencia que a compreensão das atribuições da ABS é atravessada pelas possibilidades de oferta da unidade. Lógica semelhante é compartilhada por ACS2, que reconhece que a UBS deveria expandir suas ações, mas “a gente não tem perna, nem condição”:

> Eu acho que a gente deveria intervir muito mais, né? Mas aí também a gente não tem perna, nem condição para tudo isso, né? A gente quer acolher, tá sempre ali mais presente, saber entender e ai queria poder ajudar muito mais, porque a gente vê que cada dia mais tá crescendo, né? O pessoal que tá precisando de ajuda, porque o pessoal tá entrando muito em saúde mental, né? (ACS2).

É possível identificar que o encaminhamento para outros serviços da rede é a atribuição mais citada pelos participantes (ACS1, E1, A2, ACS3, A4, T5, ACS5, ACS6), sendo predominantemente para o CAPS, e aparece de forma mais explícita como recurso acionado conforme a avaliação da necessidade, em situações consideradas mais graves ou complexas (ACS1, A2, M3, A4, ACS5, ACS6, M6 e PG).

Entretanto, em outras entrevistas, é evidenciado o uso do encaminhamento diante de limites da UBS em absorver a demanda, não apenas em razão das características destas:

> É tentado fazer todo o atendimento e a resolução aqui, nem sempre acontece. A gente tem dificuldade às vezes quando o paciente tá em algum surto, alguma coisa, porque como a gente tem uma uma demanda muito grande de usuários aqui na nossa unidade, às vezes não tem vaga do dia, né? Às vezes a gente tem, deixa sim reservado duas ou três emergências para cada médico, mas a demanda é muito grande, né? Então, às vezes já aconteceram de pacientes

> virem aqui, a gente tem que ou referenciar pro CAPS, porque a gente não tinha condições de atender no momento (E1).
>
> Então, eh, aqui na atenção primária é bem complicado, né? A gente não tem muito, como dizer assim, o que fazer quando chega a pessoa assim que precisa ser encaminhado, eh, fica bem complicado pra gente. Ah, seria acolher e encaminhar, né? (ACS3).
>
> Então, eu acho que primeiro seria para ajudar a pessoa a não chegar nesse nesse ponto, com esses grupos que eu te falei que a gente faz [...] É uma prevenção, né? Aí chegando, o que a gente consegue fazer é só encaminhar mesmo (ACS4).

Observa-se na fala E1 que o encaminhamento também acaba sendo mobilizado como alternativa à insuficiência da capacidade de atendimento da unidade diante da alta demanda do serviço e da limitação de vagas. Já na fala ACS3, o encaminhamento aparece como a principal e única possibilidade de resposta às demandas de saúde mental, para além do acolhimento inicial. Destaca-se, contudo, que ao longo da entrevista, as falas do(a) profissional demonstram reconhecer que o papel da ABS não se restringe ao acolhimento e encaminhamento, mas que, nas condições concretas de funcionamento da unidade, esse tem se configurado como o fluxo predominante.

Na entrevista do(a) ACS4, em uma entedimento semelhante, o(a) profissional indica que embora reconheça o papel da ABS na prevenção, quando essas situações já se apresentam, o encaminhamento passa a ser o único recurso disponível.

Ao mesmo tempo, outras atribuições aparecem nas entrevistas, como a identificação das demandas ou necessidades em saúde mental (ACS1, E1, A2 e ACS6), associada principalmente ao contato inicial com os usuários e às visitas no território; a busca ativa (M3); o acolhimento e a escuta (ACS2, ACS3, M3, A4, T5 e ACS5); a prevenção (ACS4, PG e M6); a promoção da saúde (Gestão e M6) e o diagnóstico e acompanhamento de casos leves a moderados (M6).

Verifica-se que as ações de promoção e prevenção, bem como o acompanhamento longitudinal, ocupam um lugar secundário na compreensão dos participantes acerca das atribuições da ABS no cuidado em saúde mental, aspecto que se materializa no cotidiano das unidades e contribui para o encaminhamento como transferência de cuidado aos serviços especializados, em movimento contrário às diretrizes da RAPS, que preconizam a descentralização do cuidado e o compartilhamento de responsabilidades. Este cenário será evidenciado ao longo dos

eixos.

O acolhimento e a escuta, embora reconhecidos como atribuições e ferramentas para o trabalho na ABS, aparecem predominantemente como sinônimo da recepção dos usuários no serviço, identificação da demanda e da triagem.

Com a recente inclusão da atenção humanizada como um dos princípios norteadores da política de saúde pela atualização da Lei nº 8.080/1990 e considerando que o acolhimento constitui uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH), este passa a integrar o cerne da organização dos serviços públicos. Conforme definição,

> Acolher é reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde. O acolhimento deve comparecer e sustentar a relação entre equipes/serviços e usuários/ populações. Como valor das práticas de saúde, o acolhimento é construído de forma coletiva a partir da análise dos processos de trabalho e tem como objetivo a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede socioafetiva (Brasil, 2013, p. 9).

Entre os componentes centrais do acolhimento, a escuta, para além da coleta de informações clínicas, constitui uma tecnologia relacional que orienta as decisões terapêuticas e fortalece o vínculo entre profissionais e usuários, devendo estar presente em todas as etapas do acolhimento (Brasil, 2003; Araújo *et al.*, 2025).

Entretanto, conforme Lovadini *et al.* (2026) destacam, considera-se que a concepção do acolhimento como operador de mudança do modelo assistencial exige ultrapassar análises centradas exclusivamente no comportamento individual dos profissionais, reconhecendo que sua efetivação é condicionada por diferentes níveis de determinação, abrangendo não apenas os encontros entre usuários e trabalhadores, mas também a organização dos serviços e as condições estruturais e de gestão que sustentam o cuidado.

Nessa direção, compreende-se que a primazia do encaminhamento não pode ser interpretada apenas como uma limitação na compreensão das atribuições da ABS no cuidado em saúde mental, mas se relacionada às possibilidades concretas das unidades, aspecto que será aprofundado no eixo seguinte.

### 4.2.2 Eixo 2: Manejo das demandas e oferta de cuidado

As discussões deste eixo voltam-se a problematizar as ofertas e o manejo[12] das demandas presentes nos serviços da Atenção Básica à Saúde na prestação de cuidados em saúde mental.

Sistematização e monitoramento dos dados de saúde mental

Referente às demandas de saúde mental nas unidades, há convergência nas respostas quanto a predominância de transtornos depressivos e ansiosos (ACS1, E1, A2, ACS2, ACS3, M3, ACS4, A4, T5, ACS5, M6), além de demandas de saúde mental associadas à insônia e estresse (A4), uso de álcool e outras drogas (ACS3), transtornos em adolescentes (ACS4), autismo em crianças (ACS1), bipolaridade e tentativas de suicídio (T5).

Ainda que não sejam quantificados, esses agravos são descritos como frequentes e, em alguns casos, em expansão, como aponta M6 ao estimar: “É uma demanda que aumentou bastante. Eh, por mês estimo aí que devo atender uns 30 casos por mês”.

A análise das respostas evidencia a ausência de sistematização e monitoramento estruturado dos dados de saúde mental, com predominância de dados restrito aos prontuários eletrônicos individuais (ACS1, E1, A2, ACS2, ACS3, M3, ACS4, A4, ACS5, ACS6). Ainda que alguns profissionais reconheçam a possibilidade de extração de relatórios (M6, ACS5, T5), esses dados não são utilizados no cotidiano de trabalho da unidade.

Os profissionais dimensionam as demandas e quantidades a partir do cotidiano de trabalho, como expressa ACS1: “10 pacientes chega aqui, cinco é” e A2 ao afirmar que “Todo dia tem um caso”. Há o reconhecimento de que a demanda em saúde mental é elevada e crescente, sendo percebida tanto nos atendimentos na unidade como nas visitas domiciliares, e principalmente associada à observação do volume de prescrições e renovações de medicamentos.

Essa questão é recorrente nas falas: “A gente recebe as renovações de

[12] Neste trabalho, “manejo” é empregado em sentido amplo, tomando como referência a utilização do termo em documentos do Ministério da Saúde, para designar os modos de reconhecimento, acolhimento, identificação, organização e acompanhamento das demandas de saúde mental por diferentes categorias profissionais, não se restringindo a situações de crise ou maior gravidade, tampouco a intervenções clínicas específicas (Brasil, 2011, 2013).

receita, né, e distribui 10 por dia para cada médico renovar. Então, a gente tem um número bem grande de pessoas que usam pelo menos algum tipo de antidepressivo" (E1); "A gente vê o volume de receitas que aumentaram" (ACS2); "Aqui a demanda é grande e a renovação de receita de remédio controlado é grande" (ACS4); "Se você olhar ali a nossa pasta de medicamento, você fala: "Meu Deus". Nós temos dois médicos, cada um faz uma média de 10 por dia. Receita, ou é medicação para dormir, insônia, estresse, depressão e entre outras coisas, né?" (A4); "A minha vivência são muitos, tem muito renovação de receita de uso controlado aqui, então é bastante muita receita. A gente percebe pelas receitas, né, que tem muita receita" (ACS5).

Alcoforado e Mendonça (2025) apontam que a literatura nacional já identificava, antes da pandemia, o crescimento das demandas de saúde mental e do uso de psicofármacos. Nesse período, as UBS assumiram papel central no enfrentamento da crise e, diante da sobrecarga dos serviços, da priorização dos casos graves e da restrição dos atendimentos psicoterapêuticos, a prescrição medicamentosa configurou-se como estratégia de enfrentamento, ainda que paliativa, constituindo um desafio a ser superado.

Na fala da gestão, ao ser questionado sobre critérios de monitoramento e avaliação das ações de saúde mental desenvolvidas na ABS, não são apresentadas informações sobre esse processo em si. Embora seja mencionada a existência de uma coordenação responsável pelo monitoramento, o enfoque da fala recai na descrição da extração de dados a partir de instrumentos como o prontuário eletrônico, o sistema Paraná Saúde Digital e o Planifica, relacionados ao número de atendimentos, perfil dos usuários e classificação por CID. Ainda, a própria gestão reconhece a ausência de processos mais estruturados de organização e estratificação dessas informações, sobretudo no período pós-pandemia:

> E o Planifica veio meio que, a gente tá utilizando para organizar tudo isso, porque a gente tem o dado tem a coordenação que olha tal, mas talvez precise organizar melhor, porque a gente perdeu um pouco essa organização com a pandemia e agora depois que acabou a pandemia a gente retomou um pouco, né? Mas organizar mesmo, estratificar, não tem, né? Então é isso que a gente tá caminhando para fazer (PG).

Nesse sentido, há mais um levantamento descritivo da demanda do que um processo avaliativo, evidenciando que ainda é incipiente a utilização e sistematização dos dados já disponíveis e a não existência de processos

organizados de avaliação e monitoramento das ações desenvolvidas na ABS voltados à saúde mental.

Em levantamento realizado por Garcon *et al*. (2025), entre os desafios da gestão da ABS apontados estão o desconhecimento e as dificuldades na utilização de instrumentos de planejamento, monitoramento e avaliação, enfraquecendo sua capacidade de intervenção e tornando-a reativa às demandas imediatas, com repercussões para a qualidade do cuidado.

Assim, convergindo com a realidade da gestão municipal desta pesquisa, que se estende às unidades. A apropriação desses instrumentos poderiam favorecer o direcionamento de ações, a organização dos processos de trabalho e definição de prioridades, contribuindo para ampliar a capacidade de resposta das unidades às demandas de saúde mental e favorecendo a organização do fluxo assistencial.

A organização das unidades para o manejo das demandas de saúde mental

As respostas referentes à existência de orientações gerais para o manejo das demandas de saúde mental variam entre aquelas que afirmam a existência, outras que não tem conhecimento da existência e aquelas que afirmam que existem, mas não sabem indicar exatamente. De modo geral, em sete entrevistas, as indicações evidenciam que o manejo das demandas seguem a organização da própria unidade, seja entre os profissionais para auxílio nas dúvidas entre as categorias (A2, ACS1, ACS5), ficando a cargo dos profissionais que vão atender (ACS1, ACS 3, M6), busca por apoio junto à coordenação (T5) e a realização de discussões em equipe (E1), como exemplo algumas falas:

> Geralmente se eu pegar um caso que eu tipo assim, tenho dúvida do que fazer [...] chamo um enfermeiro, né? Uma enfermeira que vai estar conversando com médico também para ver certinho o que fazer. Porque igual eu falei, cada caso é um caso, né? Tem coisa que se resolve aqui, tem coisa que tem que encaminhar (A2).

> Existem. Eu não, eu não sei se eu vou saber te falar eh, exatamente quais são elas, mas existem. Normalmente, quando a gente tem dúvida, a gente corre lá na coordenação, né, que daí junto a gente consegue definir algumas coisas (T5).

Nas demais entrevistas, são apontadas nas orientações gerais os treinamentos e cursos ofertados às unidades (ACS2, M3, ACS4, A4, ACS6). No questionamento acerca de como se dá o acolhimento e o atendimento de pessoas em sofrimento psíquico, predomina a descrição do fluxo de atendimento na unidade,

como a identificação das demandas no território, ou as que chegam na unidade principalmente pelos ACS e técnicos, sendo realizada uma primeira escuta e então o direcionamento aos enfermeiros, médicos, solicitação do atendimento pelo psicólogo. Caso sejam situações agravantes e necessitem de suporte especializado, são direcionados para outros serviços. Como exemplo nas falas:

> O primeiro passo é conversar, para tentar identificar o porquê, se tipo assim, se é psicológico mesmo, se não é violência dentro de casa, né? Violência psicológica que eu falo, né? Como que tá vivendo, tentar tirar isso da pessoa, Né? Se é relacionamento, se é, porque tem muita coisa que é social, né? Falta de emprego, né? Falta dinheiro, falta as coisas em casa. Então, a pessoa também tem ansiedade por conta disso, por causa de problemas, né? Então, às vezes ela, ela vem, não que a gente vai resolver problema social, mas aí você tenta conversar, tenta encaminhar pro profissional que vai poder estar ajudando, né? Às vezes precisa de medicação, às vezes não, às vezes só conversa, né? Um desabafo, porque o problema social você não vai resolver com remédio, né? Você tenta tá conversando e acalmando a pessoa. Você oferece o médico ou conversa com psicólogo, tem coisa que ou serviço social, né? Você tenta orientar a pessoa para tá melhorando aquela crise, né? (A2).

> Nós temos até uma estratificação, né? [...] que pode ser feito pelo ACS nas visitas, que pode ser feito aqui em atendimento no, com os pacientes. Depois disso, se eu faço essa estratificação, eu posso conversar com a enfermeira. Ela fala: "Não, a gente precisa dar, ter um olhar para essa pessoa mesmo". Aí ela conversa com a médica e a gente vê se oferta a psicóloga para esse paciente [...] Agora os casos que já chega eh, crítico aqui mesmo, aí é encaminhado. Pro CAPS (ACS4).

Observa-se na fala A2 o reconhecimento do sofrimento psíquico dentro das condições de vida do indivíduo, também presente na fala de outros profissionais. ACS4 aponta a utilização de instrumentos na unidade, como a ficha de estratificação para os casos de saúde mental, questão aprofundada em outro momento da entrevista:

> Existe. Tem um protocolo, uma pasta que fica lá na sala, umas perguntas que a gente, que a psicóloga passou pra gente fazer, que a gente não consegue fazer, é muito grande. É um, se todo paciente eu perguntar aquilo não vai dar conta [...] Nós fizemos uma capacitação, aí vem uma apostila e aí tem uma, acho que é umas duas páginas, são de perguntas, tem risco, se já teve, eh, intenção de se suicidar, se toma medicação, se já não sei o quê [...] Então, toda vez que chega um paciente assim, acho que ela tem que preencher isso aí para encaminhar pro CAPS. Que é uma, um, na verdade, pro CAPS não precisa de, é procura espontânea. A gente

> também encaminha, mas quando a gente encaminha, já encaminha com essa triagem feita, que é um, ah, acho que é um protocolo pra prefeitura, né? Não sei exatamente o motivo [...] É meio complicado pra gente na triagem fazer esse tipo de pergunta. Eu acho que isso aí é, é pra psicóloga mesmo, porque assim, ó, foi passado para nós, pra gente tá preenchendo, fazendo. Mas eu tô num lugar público, um lugar onde nós estamos atendendo, a nossa sala de triagem tria mais de uma pessoa. Eh, não é um lugar legal. Você tem que ter uma privacidade, tem que ter, é diferente. Não dá para triar. Ó, você chega aqui com o seu perfil de usuário, como que eu vou fazer essas perguntas na frente de uma outra pessoa do lado, aí ele já se intromete, ele quer perguntar, ele quer saber, entendeu? [...] Foi passado pra gente que para encaminhar pro CAPS só com aquilo lá. Agora eles já viram que não fluiu na rede toda, porque não era só para nós, né? Pra rede toda. Aí eu acredito que não, que quem tá preenchendo é só psicóloga mesmo. Porque ela tem, né? Ela tem a sala, ela tá sozinha na sala, ela o paciente, no máximo uma acompanhante, um familiar, né, igual criança, ela tem de bastante criança, né, que tem muito [...] A gente sabe porque, né, tivemos uma reunião, uma qualificação sobre isso, o CAPS veio aqui para passar umas orientações pra gente (A4).

O(a) profissional aborda a ficha de estratificação como ferramenta instituída para o manejo dos casos de saúde mental e encaminhamento ao CAPS; contudo, aponta dificuldades em sua aplicação, pela extensão e condições de atendimento na unidade, havendo falta de privacidade. Evidencia-se, ainda, uma incompreensão quanto à finalidade do instrumento, “Acho que é um protocolo pra prefeitura, né? Não sei exatamente o motivo” reforçando o descompasso entre a proposta institucional e a realidade do serviço, resultando em baixa adesão e restrição de seu uso.

Na fala de M3, também há o reconhecimento que a ficha de estratificação ainda não é incorporada à prática cotidiana das unidades: “Em relação ao uso do instrumento de estratificação de risco, embora não tenha sido muito usado, mas é uma batalha que a gente tá tentando implementar”.

De modo semelhante, a Linha Guia de Saúde Mental do município também se apresenta como um instrumento pouco apropriado pelas equipes. Enquanto ACS4 demonstra desconhecimento acerca de seu funcionamento e relata que sua utilização ainda seria objeto de capacitação, M3 reconhece sua existência, mas questiona seu conteúdo técnico e sua capacidade de orientar o processo de trabalho, afirmando que o instrumento apresenta uma abordagem farmacológica limitada e não estabelece fluxos assistenciais definidos.

> Antes de ontem veio uma equipe aqui da, do CISMEPAR e eles falaram que tem uma linha guia de saúde mental. Eu não sei como

> que funciona. Porque vai ser passado ainda pra gente, porque a gente tava usando pouco e é pelo sistema tudo. Então, eu acredito que tenha esse canal, mas aí é com a enfermagem (ACS4).
>
> Temos uma linha guia de saúde mental do município que eu tenho muitas críticas que acho que é umas críticas técnicas de abordagem farmacológica que não concordo que acho datadas sem muita evidência, e muito limitada. Diagnósticos também não, eu não gosto dessa linha de saúde mental e ela não estabelece fluxos de forma clara (M3).

Esse cenário é apontado em parte pela gestão, que compreende que a ficha de estratificação nem sempre é utilizada. Ao descrever a organização dos processos de acolhimento e atendimento em saúde mental na ABS, aponta a ficha como instrumento para o direcionamento dos casos, podendo envolver encaminhamento ao psicólogo, participação em grupos ou atendimento individual, a depender da triagem realizada, ressaltando variações no modo de organização entre as unidades.

Como orientações gerais, destaca a existência de protocolos alinhados às orientações do MS, grupos de trabalho com psicólogos e o Planifica, como ferramentas de apoio para o manejo das demandas de saúde mental. Há o reconhecimento que “nós temos um um padrão, um modelo talvez que não seja tão, eh seguido, porque cada unidade acaba fazendo ali o seu próprio modelo, mas o protocolo é o mesmo” (PG). Assim, observam-se limitações na padronização e operacionalização das diretrizes institucionais.

Os estudos de Paiano *et al*. (2019) e Nakamura, Barbosa e Alencar (2025) evidenciam que o uso da ficha de estratificação, em diferentes realidades municipais, apresentam potencial para qualificar o cuidado e subsidiar o processo de trabalho das equipes da ABS, porém, sua incorporação permanece atravessada por distintos fatores como sobrecarga de trabalho, escassez de tempo, insuficiência de capacitações, reduzida familiaridade dos profissionais com os instrumentos, condições precárias de trabalho, subfinanciamento, entre outros.

Conforme Nakamura, Barbosa de Alencar (2025) indicam, a proposição da utilização de instrumentos pelos serviços deve envolver apoio institucional para o mesmo, sendo essencial investir na educação permanente, sensibilização das equipes e na criação de instrumentos que dialoguem com as especificidades locais.

Diante dos resultados da pesquisa, evidencia-se essa necessidade, bem como a revisão crítica desses instrumentos, tendo em vista que embora o município disponha de instrumentos e protocolos voltados ao manejo das demandas em saúde

mental, a organização do cuidado permanece condicionada aos fluxos construídos por cada unidade e aos conhecimentos dos próprios profissionais.

O trabalho com a saúde mental na ABS e a centralidade do psicólogo

No questionamento acerca de como é trabalhado a saúde mental na ABS, as respostas indicam de forma predominantemente as ações realizadas pelo psicólogo do NASF/eMulti, seja no atendimento individual ou grupal (E1, ACS1, A2, ACS2, ACS3, A4, T5, ACS5). Além disso, há menções a atendimentos individuais realizados pela própria equipe da unidade (A2, ACS5), como grupos conduzidos por educador físico, atividades de alongamento e dança, e intervenções com fisioterapeuta da equipe NASF/eMulti (ACS2, ACS4), o encaminhamento de crianças para a Policlínica (E1), orientações em visitas no território (ACS2) e práticas de escuta (ACS2, A4, M6).

A oferta de atendimento psicológico é um tema recorrente nas entrevistas e descrita como limitada e insuficiente frente às demandas, como exposto na fala do(a) ACS1, “A psicóloga faz um grupo aqui, mas é só com crianças com TDAH e autismo. São crianças, para adultos não tem nada”. Em outras, entrevistas, estas limitações também aparecem,

> O (psicólogo do NASF) tem um atendimento individual para alguns, aqueles mais assim, mas ele também tem o grupo dele que ele faz [...] a terapia de alívio de estresse, né? Ele tem um grupo que ele fala com todo mundo, coitado. Mas aqui na unidade ele vem, atende várias unidades, e cada, uma vez por semana. Que que acontece? Não faz, não se resolve nada, né?” (ACS2).
>
> O serviço com o psicólogo mesmo, né? Ele faz o máximo dele, ele atende, atende bastante. Só que só um eu acho que seria pouco (A2).
>
> Olha, a gente tem eh, psicólogo, que na verdade a gente não tem. Tem uma que vem uma vez por semana, então quer dizer, a agenda dela é lotada e atende muito assim esses casos de que vem da, de escola, sabe, das crianças com TDAH. E, e acaba enchendo a agenda. Então quer dizer que a gente não tem muito para onde encaminhar, mandar esses pacientes, entendeu? (ACS 3).
>
> É mais isso mesmo, é o grupo e a psicóloga, porque não temos assim uma outra, uma outra forma, e a gente como ouvinte, né? É isso [...] outro dia veio um, uma pessoa aí que ele tava com problema com a filha, nós estamos esperando ele até hoje pro retorno [...] É muito complicado. Não sei porque a gente agenda, a agenda tá cheia, cheia, cheia. Chega no dia, vem um, dois, um [...] eu acho assim, minha opinião, que de repente, o que que acontece quando a

> pessoa chega que ela pede um psicólogo, ela quer para aquele momento, ela não quer para daqui uma semana, para daqui dois meses, a agenda tá para final de novembro. Então ela não quer até lá. Até lá ela já resolveu o que ela tinha que resolver, o que ela tinha que fazer, ela já fez. Então eu acho que um pouco é isso também (A4).

As principais limitações referem-se à restrição do atendimento individual a públicos específicos, oferta reduzida à um único dia da semana por unidade, sendo insuficiente diante da demanda, e a baixa adesão às atividades grupais. Na interpretação de A4, a baixa adesão relaciona-se com o tempo de espera para o atendimento, uma vez que o usuário tende a buscar acolhimento imediato, enquanto o acesso ao cuidado ocorre após um intervalo prolongado, período em que a demanda pode se ressignificar ou não se manter da mesma forma, impactando a adesão às propostas de acompanhamento.

De forma ainda mais limitante, a realidade da unidade 6, marcada pela ausência de atendimento de profissional psicólogo, é evidenciada pelos(as) participantes como um fator que restringe as possibilidades de trabalho com saúde mental e contribui para a concentração na figura do(a) médico(a) a resolutividade das demandas:

> A gente não, no momento não tem grupos. É, no momento não, seria mais esse olhar mesmo. Aí passa a tudo, a maioria das coisas é resolvida no atendimento com o doutor daí (ACS6).

> Posso falar por mim, enquanto profissional, a gente adquire um pouco de entendimento ao longo da vida eh profissional que muitas vezes é necessário escutar. Então, eh não é só ouvir, passar um remédio. Muitas vezes é necessário essa conversa, uma consulta mais longa, mais demorada. A gente tem a vantagem de alguém tá com algum problema, o paciente que tá na minha frente tá com algum problema, mas transforma muito a vida da família, eu conheço família. Depois, se eu não me lembro exatamente quem é, eu posso ter algumas fontes que me conseguem trazer informações. [...] pergunto para uma gente comunitária, eh, tal pessoa, como é que é a família, como é que é a moradia, coisas que talvez eu não tive tempo ou fiquei um pouco preocupado em não ser tão invasivo e consigo ter essa essa conversa. Então, a gente acaba tendo que suprir essa ausência do profissional com o nosso próprio conhecimento. Talvez eu não consiga fazer uma intervenção tão boa quanto um psicólogo, mas uma atenção eu consigo dar (M6).

M6 acrescenta, em outro momento da entrevista, que diante da falta de recursos na unidade e na rede, há a orientação aos pacientes que busquem serviços externos para o cuidado em saúde mental, com tentativa de manutenção do acompanhamento por meio de retornos programados e uso do prontuário eletrônico.

Ainda assim, reconhece que essa dinâmica pode fragilizar a continuidade do cuidado de determinados pacientes:

> Muitas vezes a gente faz uma solicitação de psicólogo, porque as pessoas querem um psicólogo, mas eu já faço a solicitação falando: "Olha, não vai ter pelo, pelo nosso atendimento aqui". Eh, muitas vezes a gente orienta que vai precisar de um, procurar um serviço de uma universidade, algum lugar específico que esteja oferecendo. Então, e sempre peço para que o paciente volte em determinado tempo para eu rever como é que tá esse, esse quadro. Maioria das vezes eles voltam. Algumas vezes não voltam, mas como a gente tem o prontuário eletrônico, muitas vezes eu vou rever as consultas anteriores, eu olho lá, tinha essa demanda, não voltou mais. Mas daí na, na consulta [...] dá pra gente questionar e entender, “Não melhorei”, “Fiquei bem” e tudo mais (M6).

No diálogo com a gestão acerca de quais ações em saúde mental são desenvolvidas na UBS, são indicadas também as ações grupais, como estratégias de promoção e prevenção em saúde mental e da indicação do atendimento individual com psicóloga,

> A gente também atende individual porque não tem como fugir disso. E daí nesse sentido, talvez a gente precisa melhorar a organização pelo diagnóstico que a gente tem feito agora com o Panifica SUS e tal. A gente já tinha, mas como foi olhar mais especificamente, a gente entende que por ser a porta de entrada e por ser o serviço que dá acesso, a gente tem ficado muito com pacientes graves, né? Então assim, o psicólogo deixa horário na agenda dele para ele atender alguns pacientes que talvez não fosse, se a gente fosse seguir a rede, não fosse nosso, né? Eh, caso de suicídio, de abuso. Então, assim, às vezes essa pessoa não tem essa assistência por n. motivos, às vezes não é nem por falta de profissional, mas porque não sai do território, porque a UBS é mais fácil ir. Então o profissional acaba atendendo esses casos. Então nós temos de praxe, né, nem sempre, mas a gente costuma fazer grupos em um período e no outro período o profissional deixa um uma quantidade de agenda individual, aí ali ele tria, ele atende, ele apaga fogo, ele faz tudo. É isso (PG).

Observa-se que o atendimento psicológico individual tem sido uma demanda crescente observada, junto à limitação do número de profissionais para suprir a necessidade. A gestão identifica que esse cenário é agravado pela incorporação de demandas que requereriam suporte especializado, mas que acabam sendo absorvidas pelas UBS devido à maior acessibilidade do serviço no território. Assim, reconhece a necessidade de organização desta questão.

Podemos interpretar que essa dinâmica também pode ser influenciada pelo baixo alcance dos serviços especializados, como os CAPS nos territórios e uma baixa relação entre os níveis de atenção para organização dessas demandas.

Merece ainda destaque as seguintes falas:

> Eu acho que talvez seria interessante ter eh, um profissional só para lidar para, com isso, porque muitas demandas eh, toma tempo, né? Porque o acolhimento da pessoa com com problemas, né, na saúde mental tem que ter um uma escuta e, e aqui as consultas são cada 15 minutos, então você não tem um tempo de escuta de acolhimento. Então talvez, né, em algum momento se conseguisse ter esse, esse profissional para ter uma escuta mais qualificada, eu acho que seria interessante, atenderia melhor as demandas, né? (E1).

> Depende do tipo de queixa, porque normalmente, assim, ó, eles dão uma entrada, chega na recepção e fala: "Ah, eu precisava marcar uma psicólogo". Vamos supor, “Ah, eu não tô muito bem, tal”. Aí dá um nome, passa pra gente na enfermagem, aí lá dentro a gente atende. Aí nós vamos ouvir, ver a queixa o que tá acontecendo, aí a gente age um pouco como se fosse psicólogo. Não temos o preparo para isso porque a gente não é psicólogo, mas aí a gente vai conversando, vai tentando entender igual às vezes tem muito problema no trabalho. Aí a gente pergunta, conversa [...] Aí a gente vai conversando, vai tal, vai descobrindo, vai puxando, porque ele vem uma vez, às vezes você não vê, mas a hora que ele vem de novo, você fala: "Mas pera lá, fulando tá aqui de novo, que que tá acontecendo?". Aí a gente começa a investigar (A4).

A proposta de um profissional específico para saúde mental na fala E1 emerge como resposta à insuficiência de tempo e às condições de trabalho, mas acaba por reforçar uma tendência à segmentação do cuidado. De modo semelhante ao identificado em outras entrevistas, a limitação do tempo disponível contribui para o deslocamento das demandas de saúde mental ao profissional psicólogo, concentrando esse cuidado em um único profissional e desresponsabilizando, ainda que parcialmente, os demais membros da equipe. Assim, as próprias condições institucionais acabam por fomentar essa lógica de segmentação.

Já na fala A4, ao observarmos a frase, “Aí nós vamos ouvir, ver a queixa o que tá acontecendo, aí a gente age um pouco como se fosse psicólogo. Não temos o preparo para isso porque a gente não é psicólogo, mas aí a gente vai conversando, vai tentando entender”, apesar do(a) profissional realizar o acolhimento e a escuta dos casos de saúde mental, reconhecer limitações para tal, sua fala evidencia uma compreensão de que estas demandas não são, propriamente, de sua responsabilidade.

Vale reiterar que as práticas de saúde mental na ABS podem e devem ser desenvolvidas pelos diferentes profissionais da equipe, tendo como elementos centrais o conhecimento do território e o vínculo estabelecido com os usuários, e não a formação específica (Brasil, 2013, p. 22).

Conforme apontado no capítulo anterior, como no NASF, o processo de trabalho das eMulti permanecem marcadas pela escassez de orientações que, dispersas em diferentes documentos, apresentam ambiguidades quanto à ênfase em ações individuais/curativas ou coletivas/grupais/promocionais, dificultando a compreensão de suas atribuições e possibilidades de intervenção na ABS (Bispo; Almeida, 2023; Almeida; Cordeiro; Brito, 2025).

Gama *et al*. (2021) apontando esses aspectos, identificaram que os profissionais do NASF desenvolviam, nos municípios analisados, uma atuação predominantemente clínica tradicional e individualizada e pouco articulada com as equipes da ABS. Embora estas criticassem essa limitada integração, também prevalecia a expectativa de que os especialistas disponibilizassem atendimentos individuais e assumissem exclusivamente as demandas de saúde mental. Esse cenário, associado à imprecisão acerca do papel desses profissionais junto às equipes, às fragilidades da gestão municipal e aos processos formativos, cujos modelos espelham e reproduzem um modelo hegemônico de atuação baseado no atendimento clínico liberal-privatista.

Embora não se identifique a mesma crítica explícita dos profissionais acerca da desarticulação, há uma dinâmica semelhante nos achados desta pesquisa. A concentração das demandas de saúde mental no profissional psicólogo e, na sua ausência, no médico, relaciona-se à diversos aspectos da realidade das unidades, mas também à permanência de uma compreensão ainda segmentada do cuidado em saúde mental.

Paulon, Protazio e Tschiedel (2018) apontam que a concepção da saúde mental como um “problema de especialista”, enrijece o fluxo de atenção na rede e reativa a lógica do encaminhamento, sendo necessária a compreensão de que

> As práticas de cuidado em saúde mental tendem a se tornar invisíveis, porque são dificilmente protocolizáveis, não existindo procedimentos antecipáveis, claros e padronizados, que sirvam para todos os casos. É, sobretudo a partir do estabelecimento de vínculos, de disposição à experimentação e de processos de cuidado criativos que temos a possibilidade de avançar em termos das tecnologias de cuidado em saúde mental [...] os modos de cuidado em saúde mental já não podem ser compreendidos com base em um saber restritivo a se dar exclusivamente em espaços delimitados e individualizados, em intervenções de especialistas (Paulon; Protazio; Tschiedel, 2018, p. 9).

Nesse sentido, o trabalho com a saúde na ABS requer a construção de

diferentes possibilidades de cuidado, baseadas na produção de vínculos e em práticas compartilhadas.

Dificuldades no atendimento às demandas de saúde mental

Nos apontamentos acerca das dificuldades identificadas no atendimento às demandas de saúde mental, são expostas diversas questões, sendo sistematizado um quadro para melhor descrição:

Quadro 3 - Dificuldades no atendimento às demandas de saúde mental

| PARTICIPANTE | DIFICULDADES NO ATENDIMENTO ÀS DEMANDAS DE SAÚDE MENTAL |
|---|---|
| **ACS 1** | Demanda superior à capacidade da unidade, comprometendo também a busca dos pacientes para atendimentos em saúde mental;<br>Despreparo profissional, sendo a qualidade do atendimento condicionada ao profissional que atenderá, influenciando também a concentração na figura do médico a resolução e tornando um “empurra empurra. Passa com a enfermeira, enfermeira não sabe, passa com o médico [...] Deixa lá o médico se virar e ele que vai identificar para poder encaminhar pro serviço correto”; |
| **E1** | Tempo limitado de atendimento para a complexidade das demandas, comprometendo a qualidade dos atendimentos em saúde mental; |
| **A2** | Falta de capacitação para atendimento de demandas mais complexas, “dificuldade é saber assim o que que ele tá precisando, né?”; |
| **ACS2** | Falta de profissionais na unidade;<br>Recorrência das demandas e limites da resolutividade frente ao contexto social dos pacientes; |
| **ACS3** | Fragilidades no acompanhamento contínuo, principalmente após encaminhamento, “os que encaminham para lá também a gente não tem um, um retorno de lá, né? Eu acho que deveria ter esse retorno. Pra gente poder dar continuidade, né?”; |
| **M3** | Fragilidade na escuta dos profissionais para identificação das demandas; Tempo limitado para atendimento; Pressão assistencial; Limitações na oferta e acesso a psicofármacos na rede municipal; |
| **ACS4** | Estigma social e institucional; Insegurança, “Eu quero ajudar a pessoa, mas eu não sei, eu tenho medo do que falar para ela”; |
| **A4** | Resistências à descontinuação de psicofármacos; |
| **T5** | Fragilidades no acompanhamento contínuo; Demanda superior à capacidade da unidade, acaba restringindo o cuidado à renovação de receitas; Dificuldades na identificação das demandas; |
| **ACS 5** | Falta de profissionais na unidade; Falta de profissional psicólogo com maior frequência na unidade; “A gente acompanha a gestante, acompanha a criança, acompanha o acamado, mas de saúde mental vai ficando, né?”; |
| **ACS6** | Falta de profissionais na unidade; Falta de equipe completa; Falta de |

| | |
|---|---|
| | profissional psicólogo na unidade; |
| **M6** | Tempo limitado de atendimento; |
| **PG** | Estratificação dos pacientes, acaba concentrado muitos pacientes na ABS; Baixa cobertura da rede especializada; Demanda alta diante da quantidade de profissionais; Limites da resolutividade frente ao contexto social dos pacientes; |

**Fonte:** O próprio autor - Dados de pesquisa

As dificuldades abrangem diferentes aspectos, desde condições institucionais e de recursos até a forma de organização do serviço e da rede, bem como limites relacionados às práticas e ao manejo das demandas. Embora o quadro contemple as respostas à pergunta específica sobre as dificuldades, essas questões foram reafirmadas por diferentes participantes, e outras emergiram em momentos distintos das entrevistas, como quando questionado se os(as) participantes se sentiam capacitados para o atendimento das demandas de saúde mental. Para fins de organização dos dados, serão analisadas aqui com maior detalhamento aquelas que não foram contempladas nos demais eixos.

Oito profissionais (E1, A2, ACS2, M3, ACS4, A4, ACS6, M6) afirmaram que sentem-se capacitados ou parcialmente capacitados para o atendimento das demandas de saúde mental, alguns reforçando a necessidade de aprimoramento constante, maior capacitação ou ambos, entre outras questões como exposto nas falas abaixo:

> Eu tenho alguma noção, mas capacitada mesmo, que nem eu te falei. Você não sabe o que que você, eu não sei o que eu falo pra pessoa quando ela começa. “Ah, você tem que perguntar pro paciente”, mas e daí? Que que eu vou fazer com a resposta? Então, nisso daí eu acho que não (ACS4).

> Olha, eu acho que cada um aqui tem um perfil e tem um tipo de queixa que o profissional se identifica melhor. Então, assim, para todos os tipos de queixas, eu não me considero não, capacitado, não. Porque igual, eu tive um caso aí, não fui eu quem atendi, mas nós tivemos um caso de uma tentativa de suicídio [...] Então assim, ó, eu não sei como lidar nessa situação, o que eu falaria com ela naquele momento, enquanto tem outras queixas que você deslancha, você vai bem (A4).

A fala ACS4, evidencia dificuldades do manejo das demandas de saúde mental para além da escuta, e A4 aponta dificuldades no manejo de demandas mais complexas, graves, questão também abordada na fala E1:

> A maioria das vezes sim, né? Eh, mas eu sou uma profissional que não gosta muito de saúde mental. Porque não tive uma boa experiência na faculdade, assim, eu quase reprovei psiquiatria. Mas é que a realidade da psiquiatria que eu vivenciei é diferente daqui, já é paciente em internação, né, em surto, era psicótico, né? Então assim, aí eu tive um mais, se tá mais tranquilinho eu consigo atender. Eu acredito, né? Mas é uma incapacidade minha [...] Eu não sei. Eu tenho medo. Medo mesmo de agressão [...] Mas assim, né, se não é uma coisa muito agitada, muito surtado, assim, um surto mais agressivo, eu até venho com a equipe e ajudo a atender, mas se for muito assim eu já fico mais (E1).

Observa-se no relato a insegurança profissional frente à complexidade de algumas demandas de saúde mental, a menção de certo “medo”, também é apontada na fala do(a) ACS1, relacionada ao atendimento de pacientes sob efeitos de álcool/drogas, afirmando não se sentir capacitado(a) para o atendimento em saúde mental, assim como ACS3, T5 e ACS5.

> Não, não, não. A gente tem, ah, a gente tem um pouco de medo talvez, do paciente um pouco mais agressivo, deles estarem em abstinência de drogas, de álcool. Eh, não sei lidar. Não sei. Eu particularmente, não sei lidar (ACS1).

> Não [...] Teria que ter frequentemente assim, alguma, alguma conversa sobre, né? A gente poder se capacitar mais, saber como orientar, para onde encaminhar, o que encaminhar, né? O que pode ser resolvido aqui na UBS, o que tem que ser encaminhado, né? (ACS3).

> Não. Ah, por falta mesmo de informação muitas vezes. Ah, tem informação, tem. A gente corre lá no, na coordenação, né? A gente vai na coordenação. A coordenação, se não souber responder, recorre ao a, à Secretaria de Saúde e a gente assim não deixa o paciente sem uma uma direção, mas eu não, não me sinto capacitada para isso (T5).

> Não, eu tenho bastante dificuldade com saúde mental, sabe? Por, ah, eu acho que é que são pacientes difíceis de lidar e eu ainda tenho essa dificuldade de lidar com uma crise e de saber o que fazer na hora. É tipo assim, eu sei, mas, é, saúde mental para mim ainda é uma, é bem difícil. Na teoria a gente sabe, né? Mas na prática é um pouco difícil. Ainda tenho dificuldade de atender saúde mental (ACS5).

Os relatos de ACS3, T5 e ACS5 reforçam a insegurança profissional já apontada, associada à insuficiência de capacitação e de espaços de educação permanente (ACS3), à fragilidade no acesso e consolidação de informações, mesmo com algum suporte institucional (T5), e distância entre as capacidades que possui para lidar com a realidade prática, principalmente para o manejo de crises (ACS5).

M3 reconhece esse cenário ao destacar que o cuidado em saúde mental na

ABS é atravessado por barreiras socioculturais, como crenças, medos e preconceitos, que reforçam uma compreensão fragmentada entre saúde física e mental. Essa percepção dificulta tanto o acesso dos usuários quanto o reconhecimento da UBS como espaço para esse tipo de cuidado, e em alguns casos, o próprio reconhecimento dessas demandas pelas equipes.

> Questões sociais, de crenças, medos e preconceitos, dessa questão de saúde mental ser ativamente buscar a UBS ou então até o usuário acreditar que “Não é lá que é para falar disso”, que “Lá é para falar de coisa médica, coisa, coisa de saúde”, existe essa, esse dualismo assim, mente mente corpo, que eu sinto que permeia muitos usuários [...] E aí entram as buscativas também, né? Sei que as dificuldades entram em também, das próprias equipes em reconhecer isso como algo de saúde (M3).

Estudos apontam a insegurança no atendimento às demandas de saúde mental como fator recorrente, principalmente entre os profissionais não médicos. Apesar da ABS ser identificada como cenário propício para o cuidado, a presença hegemônica do paradigma biomédico, dificulta a ampliação dessa atuação, refletindo em uma má qualidade da assistência (Cappi; Santos, 2021; Gama *et al.*, 2021; Paula *et al.*, 2024).

Cappi e Santos (2021) reforçam a necessidade de ampliação do conceito de crise, que por vezes não constitui necessariamente em uma urgência ou emergência em saúde mental, sendo essa generalização reflexo da intolerância, preconceito e incapacidade de compreensão devido à conceitos remanescentes da psiquiatria clássica e da visão reducionista. A insuficiência de protocolos, normativas e processos formativos para orientar a atuação profissional favorece respostas construídas de forma empírica no atendimento e encaminhamento de pessoas em crise psíquica em contramão das diretrizes da política de saúde mental e do SUS.

Outra dificuldade destacada por M3 refere-se ao tempo reduzido para os atendimentos, questão também abordada por E1 e M6, e a inadequação do espaço físico, comprometendo o sigilo e qualidade da escuta para acolhimento das demandas:

> Aqui você tá pegando uma realidade que acontece em algumas unidades, que é o improviso da gente vir para um lugar que sigilo ficar mais comprometido, difícil achar um local mais calmo para fazer uma escuta de saúde mental, pensando de acolher uma angústia [...] A gente tem um reloginho correndo, né? [...] pros médicos fica ali em uma média de 15 no máximo 30 minutos determinados por atendimento. Então a gente também não consegue todo o tempo do mundo, mas um tempo que a gente tem, fazer esse acolhimento [...]

> A gente luta contra o relógio, a pressão assistencial, a agenda rolando, outros pacientes (M3).

Os(as) profissionais da unidade 4 também abordam entraves frente às condições estruturais da unidade, comprometendo a realização de ações como grupos e atividades coletivas para o trabalho com a saúde mental.

> Eh, nível Londrina eu não sei, mas aqui, a nossa UBS é muito pequena, a gente não tem espaço para fazer os grupos. Aí a gente antes usava a igreja, agora a gente não pode mais. Então nem para fora a gente não tem um espaço emprestado pra gente fazer um grupo, fazer uma atividade, fazer uma palestra. A gente não tem, né? Então não tem funcionário, não tem espaço [...] Então o que que a gente usa? [...] Praça [...] usa essa quadra que é aqui do lado [...] A gente não tem um espaço, a gente não tem uma sala para poder falar sobre aquele assunto, passar um vídeo, eh fazer uma dinâmica, não tem. A gente não tem esse espaço. E às vezes as pessoas acham que é, que é pouco, mas é aquele momento que que eles vão se soltando, que eles distraem a cabeça e que é uma ajuda (ACS4).

> O que daria pra gente fazer? A gente já tentou grupo, não funciona. Não temos um espaço, porque a gente precisa de um espaço. O espaço que a gente tinha era a igreja aqui perto [...] não liberou mais espaço. Então, assim, complicado. A gente precisa de uma UBS nova pra gente poder tentar qualquer outra coisa. A gente precisa de espaço, uma sala pra reunião, pra gente poder montar [...] Acho que aí é mais a nível deles lá mesmo. Mas assim, aqui na UBS a gente não tem perna, né? Não tem. A gente mal dá conta do atendimento. Para mim vir aqui, eu tive que deixar uma colega que tá num outro atendimento. Cuidando, fazendo meus atendimentos para poder vir para cá (A4).

A dificuldade na realização de grupos também é abordada por M3, ACS 3 e ACS2. ACS3 aponta que a realização de grupos eram estratégias para continuidade do cuidado, mas que se perderam após a pandemia. Destaca-se que os grupos terapêuticos em saúde mental constituem instrumentos de intervenção psicossocial e importantes tecnologias de cuidado, com potencial para favorecer a construção de vínculos e a escuta dos sujeitos (Brasil, 2013).

Há o reconhecimento da gestão da pandemia como fator que desestruturou o trabalho da APS, com a interrupção das visitas, das ações de promoção e prevenção, priorização de demandas urgentes, contribuindo para o enfraquecimento do vínculo com o território, que tem sido recuperado aos poucos por iniciativas:

> Foi bem devastador para nós, porque a gente parou de promover saúde para poder apagar o fogo e então, as pessoas eh tiveram adoecimento grande durante a pandemia e saúde mental e a gente eh parou de cuidar dessas pessoas como deveria ali por conta de tá eh atendendo urgência e tudo mais. Então a gente vê que isso prejudicou muito o nosso trabalho por conta de ter perdido vínculo

> com a comunidade, né? Então as pessoas que procuravam o posto demoraram a voltar, né? Hoje a gente vai pro território para fazer esse trabalho de retorno, de buscar o paciente. Então isso foi, eu acho que pior assim, a quebra de vínculo que a unidade, que equipe de saúde da família tem no território é o pior ponto assim da pandemia, porque a gente deixou de fazer visita, né? Deixou de estar no território, deixou, perdeu a referência um pouco do da equipe de saúde da família ali (PG).

ACS3 aponta também que a redução na quantidade de profissionais, principalmente ACS, dificulta a construção de maiores estratégias, questão compartilhada pelo(a) ACS 2, “Muitas vezes tá faltando o profissional para poder trabalhar em cima. A gente fala, “Ah, vamos montar um grupo” [...] mas, eu ainda falo que ainda falta muita coisa ainda, certo?”,

> Olha, antes a gente fazia, tinha alguns grupos assim, sabe? Mas foi se perdendo assim, né, depois da pandemia e tal. Mas no momento não tem nem. Olha, na verdade a gente tá meio que, eh, a gente como a ACS, a gente tá meio que enxugando o gelo, né? Porque a gente tá fazendo o que dá para poder conseguir fazer, atender todo mundo, porque ó, a gente tá em dois numa área que deveria ser cinco, né? Daí a gente vai, e daí a gente já tem os trabalhos aqui internos também, né? E a gente vai levando conforme dá (ACS3).

A insuficiência do quantitativo de profissionais frente às demandas é uma dificuldade recorrente em diferentes momentos das entrevistas, sendo um fator apontado por todas as unidades, conforme aborda ACS6, dificultando o acolhimento e possibilidades de uma atenção qualificada aos usuários:

> O problema que por exemplo, na nossa unidade, a gente tá com falta de profissional. Então, por exemplo, agora a gente tá com uma auxiliar de enfermagem, ela tá atendendo tudo, a pessoa que tá indo pro doutor, a pessoa que veio pra vacina. Então, eu acho que ela não conseguiria dar esse olhar mais específico pra pessoa nesse, nesse momento, por exemplo [...] Às vezes tem a pessoa da extra que vem, ajuda bastante, mas eu acho que isso acaba atrapalhando (ACS 6).

Essa falta aparece também relacionada à sobrecarga de trabalho e ao adoecimento dos próprios trabalhadores, sendo apontada a necessidade de apoio psicológico às equipes. Conforme relata E1,

> Também um tratamento pros profissionais, né, ter uma um apoio psicológico principalmente para porque para esses profissionais, porque a demanda tá sendo muito grande. Às vezes a pessoa eh, a dificuldade às vezes não é de atendimento ao paciente com saúde mental, né, com problema eh eh psicológico, psiquiátrico, mas o desgaste às vezes do profissional para tá fazendo carga horária dobrada e também outras coisas eh, eh pessoais não tem às vezes uma estrutura boa, né? Chega no final do dia tá cansado, tá estressado. Né? Então isso é interessante também (E1).

Na mesma direção, T5 afirma que

> No momento eu acho que nem cabeça também, nem saúde mental a gente tem para isso. Entendeu? Acho que primeiro antes para tratar uma pessoa com problema mental a saúde mental da pessoa, você também tem que ter saúde mental. Muito, é muito serviço, falta funcionário, a gente não tem como abraçar tudo isso [...] Tá saindo, o pessoal tá aposentando, não tá repondo, né? Tá bem difícil trabalhar (T5).

Conforme apontam Silva *et al*. (2022), por meio de ampla revisão, a relação entre os desgastes à saúde dos trabalhadores e as condições de trabalho no setor saúde vem ganhando ainda maior visibilidade na literatura, à medida que a consolidação da lógica privada no setor público, orientada pela redução das despesas com o funcionalismo, contribui para a precarização das condições e vínculos de trabalho.

Nesta pesquisa, considerando limitações quantitativas da amostra e o fato de que a maioria dos entrevistados possuem vínculo estatutário, a crítica à precarização dos contratos de trabalho foi apresentada de forma mais explícita apenas pela gestão, que reconhece a presença desse cenário no município.

Ao ser questionado sobre a capacitação dos profissionais para o atendimento às demandas de saúde mental, há o apontamento de dificuldades relacionadas à rotatividade decorrente dos vínculos terceirizados, comprometendo a continuidade dos processos formativos e a consolidação das práticas no serviço:

> Eu ainda acho que não. Por conta da nossa rotatividade de profissionais, né? Então assim, hoje eh os médicos, por exemplo, nem sempre são estatutários, então isso prejudica muito, né? Então a gente parece que tá sempre começando de novo, porque eles são contratados às vezes terceirizados, né? Então a gente sempre tá fazendo a mesma capacitação. Às vezes tem que voltar um passo atrás, já tava na frente. Os técnicos também, teve agora, tem um chamamento do concurso, mas teve, nós trabalhamos aí 6 anos com, com técnico de tercerizado. Então, toda essa todas essas, quando a gente capacitou as pessoas saíram, né? Então assim, ainda tem muito déficit por conta dessa rotatividade (PG).

A demora na reposição de servidores por meio de concursos, também foi apontada por T5, que relatou a aposentadoria de funcionários sem a correspondente reposição, contribuindo para a redução do quadro funcional e a sobrecarga das equipes. Dessa forma, a precarização dos vínculos de trabalho está interligada à insuficiência de profissionais, que associadas às demais condições de trabalho identificadas, dificultam o atendimento às demandas de saúde mental e produzem impactos sobre a saúde mental dos próprios trabalhadores.

### 4.2.3 Eixo 3: Articulação em rede

As discussões deste eixo voltam-se a compreender as estratégias adotadas pelos serviços da Atenção Básica à Saúde para articular-se com outros pontos da RAPS, a partir da atuação dos profissionais e dos direcionamentos da gestão.

Ações vinculadas e articulação da UBS com os demais pontos da Rede

Conforme Sivinski e Schenkel (2018, p. 56) reiteram, no âmbito da RAPS, cuja organização parte da proposta das RAS e tem a territorialidade e a integralidade como diretrizes, a comunicação e o alinhamento entre os diferentes pontos de atenção e políticas são determinantes para a construção do cuidado em rede que se pretende, “sob o risco do usuário literalmente “se perder” nos buracos de uma Rede em que deveria ser acolhido e cuidado”.

No questionamento acerca de quais ações da UBS estão vinculadas à RAPS, verifica-se que as principais menções são a referência e a contrarreferência de casos entre os serviços, restritas aqui ao CAPS (E1, A2, ACS2, M3, ACS4, ACS6). ACS2, ACS5 e M6 também citam treinamentos e reuniões, enquanto ACS1, ACS3, A4 e T5 afirmam não haver ações vinculadas.

Esse cenário de baixa vinculação é novamente reafirmado pelas respostas à pergunta sobre como se dá a articulação com os demais pontos da RAPS, bem como sobre a existência de canais de comunicação. As indicações de algum nível de comunicação também se mostram restritas à referência e contrarreferência entre os serviços.

Quanto aos canais de comunicação utilizados, destaca-se o uso do telefone institucional das unidades, principalmente no contato com o CAPS (E1, A2, ACS6, M6), havendo também menção ao contato telefônico com hospitais gerais (A2). São citados o uso de e-mail institucional pelos hospitais gerais para referência à UBS após a alta para continuidade do cuidado (E1), além do envio de relatórios hospitalares (M6), sendo este avaliado positivamente:

> Sejam eles zona sul, zona norte, evangélico, Santa Casa e HU, muitas vezes eles fazem os relatórios de atendimento do paciente, relatório de internação. Então, quando vem, vem um relatório bem definido, aí vem uma história bem contada que a gente consegue entender bem o que foi feito para o paciente (M6).

ACS 1 relata desconhecimento sobre uma articulação, embora suponha a existência de canais de comunicação e ACS5 afirma que não há articulação entre a UBS e os demais pontos da rede, ocorrendo apenas encaminhamentos pontuais. Nesses encaminhamentos, os canais de comunicação existentes são informais, a partir de contatos pessoais da enfermeira da unidade, cenário também compartilhado pela unidade 3.

Os entrevistados apontam que a articulação depende das possibilidades que alguns profissionais detêm, e diante dessa fragilidade, por vezes, o próprio usuário e sua família acabam assumindo o papel de mediadores das informações entre os serviços, ainda que não disponham de condições para compreender ou transmitir os dados necessários ao cuidado. Além dessa questão, há menção à outras fragilidades na contrarreferência entre os serviços, sendo aspecto recorrente nas entrevistas:

> Em tese [...] é por número que eles, assim, eu nem sei, nunca tentei assim por aqui, mas deve ter lá no administrativo o número do CAPS, do telefone [...] fica tocando, tocando e ninguém dá bola, mas é porque lá, é, dia de semana lá é uma coisa assim absurdamente cheia [...] Então o administrativo nem consegue entender. Às vezes ele atende, passa pro pessoal lá do pronto atendimento que nem consegue articular porque não é uma questão ali com eles. E aí até buscar alguém da coordenação para ver. Então, o canal oficial ele é bem complicado. Tem um telefone que dá direto na coordenação, mas eu não sei se é uma coisa divulgada nas UBS. E mas é que eu nunca tentei, não sei se eles fazem de tipo deixar recado, mas eu nunca vi algum colega de UBS fazer contato assim [...] E mas em tese fica isso, o contato assim, infelizmente [...] porque não deveria ter essa sobrecarga em cima deles, mas quem fica responsável por ser a ponte acaba sendo o paciente e a família e às vezes eles não sabem, são informações que eles não compreendem, não. Sabe? Então, é complicado [...] O informal é meu celular, meu WhatsApp, meu encontro de corredor [...] já aconteceu coisas, tipo o mesmo paciente psicótico que a gente atende de visita domiciliar, eu ir lá fazer para, prescrever uma um regime terapêutico de medicamentos. Ela numa visita, mexer um monte na dose e aí eu volto e falo: "Não, não concordo", e acabar mexendo de novo. Então esses desencontros assim [...] Então não é uma coisa só da gente esperando de lá. Eu sei que é deles também [...] eles querem contar também com a gente aqui da UBS, então fica desencontrado. E lá, por exemplo, eles não sabem acessar o PEC porque nem tá estruturado. E aí eles não conseguem ver o prontuário daqui e a gente não consegue ver o de lá porque, né? (M3).

> Então, é encaminhado, mas a gente não tem um uma devolutiva para poder continuar, né? [...] Alguns casos eles vão com encaminhamento ou então a gente já eh orienta a procurar direto lá, né? [...] Então, a gente tem aqui (nome do(a) médico(a) da UBS) [...] tem algum vínculo lá [...] Daí geralmente esse paciente, (nome do(a)

> médico(a) da UBS) consegue às vezes, consegue dar uma continuidade com esses pacientes (ACS3).
>
> Eu não sei te dizer como é articulação. Eu sei que a gente tem algumas oficinas, né? E mas assim, colocar certinho como é, não sei te dizer. É porque assim, o CAPS tem porta aberta por procura espontânea, né? Então quando a gente avalia, assim, que tem a necessidade de ir para lá, eh, nem a gente nem faz carta, só evolui o sistema e orienta o paciente a ir. Normalmente eles mandam depois uma contrarreferência com as medicações que foram prescritas, né? E a gente fica mantendo essas receitas por um tempo. Alguns pacientes mostram que tem retorno lá, outros não. Como o CAPS não é não é não tem o mesmo sistema que a gente, a gente não consegue ver nada que eles fazem lá. Então, eh, e por telefone é, ih, você não consegue informação nenhuma porque aí fala que “Não”, que “É tudo por prontuário físico, não tem alguém para manipular os prontuários” e pelo menos pra gente aqui, aqui na unidade assim, algumas vezes que a gente tentou saber mais informações, não foi fácil não. O fato de não ter não ter PEC, né, esse sistema lá no CAPS dificulta bastante para a gente aqui aqui na unidade saber o que tá acontecendo. Porque assim, ó, o paciente falar: "Eu fui na UPA, fui atendido lá e falaram isso", a gente vem aqui, lê e avalia. E aí assim, se precisar uma outra, um outro tipo de encaminhamento, uma outra coisa, fica mais fácil pra gente entender. Agora, paciente falando e a gente não sabendo o que tá acontecendo lá, fica mais difícil, né? (T5).

M3 e T5 evidenciam que os canais formais de comunicação, como o telefone institucional, mostram-se pouco efetivos e de difícil acesso no cotidiano dos serviços, somado à ausência de integração entre os sistemas de informação por alguns serviços como o CAPS III, que não utilização do prontuário eletrônico devido à estrutura institucional, limitando o acesso às informações clínicas e contribuindo para desencontros nas condutas terapêuticas, diferente do que ocorre com outros serviços da rede como as UPA, nos quais há registro acessível.

A gestão também aponta essa realidade do CAPS III como um entrave à comunicação entre os serviços e reconhece que, embora existam diferentes canais formais, a comunicação entre os serviços apoia-se em grande medida nas relações interpessoais, dificultando a efetividade da comunicação em rede e os processos de contrarreferência.

ACS3 evidencia que a dificuldade nos processos de contrarreferência prejudicam a continuidade do tratamento pela UBS: “Então, o problema é que, por exemplo, vem um paciente daqui, ele é encaminhado pro CAPS, daí a gente não tem uma, a devolutiva, né? A gente não sabe o que que que foi feito para dar continuidade a esse tratamento”.

Conforme, E1 e A2 especificam, as contrarreferências ocorrem por meio de uma "cartinha" encaminhada pelo CAPS à UBS, contendo orientações para continuidade do acompanhamento. Entretanto, como apontado por ACS3 e reafirmado por M6 e ACS4, não há um acesso ao processo de tratamento e diagnóstico realizado pelos serviços para além da indicação para renovação de receitas na unidade:

> O CAPS também é só, só isso, da gente encaminhar, ou com aquela estratificação que agora tem, né? Da gente encaminhar pro CAPS. Aí o CAPS atende, faz o primeiro atendimento, precisou do medicamento, o que que a gente faz? É renovar as receitas. Mas se tiver em crise e for direto no CAPS, daí a gente nem fica sabendo. Ou se tá em crise, veio aqui a enfermeira ou a médica tira a pessoa da crise, mas encaminha pro CAPS também, porque é só lá que tem um psiquiatra (ACS4).

> Não. Cada caso é um caso. A gente sempre tende a orientar [...] a maioria a gente consegue fazer o manejo aqui, alguns casos específicos a gente referencia o CAPS [...] por vezes a gente não tem muita contrarreferência do que que esse paciente tá acompanhando lá ou não. Às vezes só volta muito tempo depois com uma cartinha. Fala: "O paciente tá estável com tais medicações, favor renovar". Mas a gente não teve um processo de diagnóstico. A gente não teve acesso a esse processo de diagnóstico, não teve acesso dos tratamentos prévios. A gente sabe que deu certo depois pelo que o paciente vai contar. Então eu acho que esse ponto poderia ser eh, melhor trabalhado futuramente (M6).

Essas fragilidades nos mecanismos de referência e contrarreferência, portanto, repercutem diretamente nas possibilidades de cuidado compartilhado. Ainda, conforme Starfield (2002) aponta, a escassez ou ausência de informações, seja pela inexistência de registros em prontuário ou pela falha de comunicação entre os envolvidos no projeto terapêutico, compromete a coordenação do cuidado pela ABS, podendo converter as próprias intervenções de saúde em danos aos usuários.

Utilizando um caso específico, E1 exemplifica a dificuldade do trabalho em rede:

> Eu tinha uma dificuldade enorme de conseguir encaminhar, porque ela vinha aqui quase todos os dias surtada, fazia medicação, tentava vaga no CAPS, falava que não, que não era deles e tal e foi complicado [...] cheguei a entrar em contato até com o pessoal do serviço social [...] às vezes eles chamavam o SAMU, SAMU levava pro hospital, ela ficava bem dois dias, “Ah, ela melhorou”, mandava para casa. Só que aí em casa ela não tomava os remédios [...] não comia porque ela não tinha condições de cozinhar, de fazer nada para ela, né? Ela precisava de alguém para cuidar. O filho, o usuário não podia cuidar, não tinha condições. O outro morava longe [...] aí o que que o pessoal da do serviço social conseguiu? Entrar em contato

> com o filho lá para vir aqui buscar ela e levar [...] quando acontece casos assim mais complexos, não tem muita fluidez no serviço [...] ela já tinha tido a alta do CAPS e veio pra gente, então a gente que estava fazendo a manutenção dela (E1).

Após a alta da paciente pelo CAPS e o encaminhamento para a UBS para continuidade da manutenção medicamentosa, mesmo diante da necessidade de apoio especializado em situações de crise, o CAPS alegava não se tratar mais de sua responsabilidade. Essa negativa, associada à sucessitivas internações em hospital geral, ausência de suporte familiar e limitações da UBS, contribuíam para a reprodução de ciclos de crise e reinternações, configurando um cuidado fragmentado e pouco resolutivo. A Assistência Social, que também acompanhava o caso, enfrentava limitações para a resolução imediata das demandas sociais da usuária.

Observa-se, na fala da profissional, o reconhecimento da baixa fluidez entre os serviços em situações mais complexas, evidenciando dificuldades no cuidado compartilhado e na responsabilização dos diferentes pontos da rede diante das demandas apresentadas.

Convergindo com E1, ACS2 aponta que a articulação em rede, seja entre os serviços de saúde, como com outras políticas como a Assistência Social, ocorre predominantemente diante de situações urgentes, quando os casos já se encontram em estado crítico, sendo as ações de prevenção e promoção limitadas pelas condições objetivas dos serviços, conforme já abordado no eixo anterior.

> A gente se conversa na necessidade, né, mas não é aquela coisa, “Ah, a gente vai fazer um, um grupo de apoio”, né? Eu muitas vezes já participei da reunião de rede aqui, né? A gente tenta, né, a gente até já, já conversei com bastante Assistência Social, tem o pessoal do CAPS [...] infelizmente a gente só vai na hora do caso crítico, a gente se junta para tentar resolver aquele problema, né? Mas assim, é igual falando, não tem pernas, a gente não tem, tanto eles quanto a gente falar, “Ah, vamos fazer um grupo, vamos falar sobre isso, vamos tentar orientar a população”. Quer dizer, a gente se conversa, mas assim, quem dera, né, lá na frente, se a gente conseguisse integrar todo mundo, né, fizesse uma rede mesmo de apoio (ACS2).

M3 acrescenta, ainda, que as reuniões técnicas acabam se tornando um processo burocrático:

> Só que dessas reuniões técnicas geralmente [...] acaba entrando mais ACS, auxiliar, alguém mais burocrático lá do CAPS, né? Mas eu acho isso é um pouco frágil ainda, então por isso que a articulação fica complicada (M3).

Na percepção da gestão, há uma boa articulação da ABS com os demais

pontos da rede, principalmente pela organização territorial, embora reconheça dificuldades. Destaca que a elevada demanda do município, em relação à quantidade de equipamentos, constitui um fator limitante, sendo apontada a necessidade de ampliação para melhores condições e o aprimoramento dos fluxos de referência e contrarreferência.

Ainda, reconhece que a efetividade da rede depende do grau de engajamento e percepção dos profissionais, havendo diferenças entre regiões e serviços; em contextos nos quais esse engajamento é menor, a rede tende a se manter de forma mais formal e com reduzida capacidade de articulação.

Quando questionado à gestão acerca de quais estratégias têm promovido e incentivado para garantir o cuidado em rede de pessoas em sofrimento psíquico, não há menção direta de estratégias para esse objetivo. A resposta aponta os GTs e o Planifica como estratégias de articulação da rede, e se evidencia um cenário ainda de construção de fluxos e protocolos para organização:

> É, a gente tem feito GTs, né, a saúde tem um GT de saúde mental que participa todos os pontos de atenção, a gente faz bastante discussão e articulação no território, né. O Planifica também ajuda, porque daí eles têm a, os outros pontos da rede também participando. A gente pensa junto. Acho que esse é um, é o maior a maior articulação no momento [...] é onde a gente tem conseguido mais diálogo, né? Porque daí ali a gente vai discutir é, por exemplo, o prontuário, os protocolos né? Como que a gente tá direcionando, tirar as dúvidas. Então, tem sido bom, até porque a gente tem um nó crítico bem grande no na questão de neurologia, de TDAH, dessas coisas, de atendimento mesmo a essas pessoas. E agora o último ano avançou bastante, então a gente conseguiu construir um protocolo, né? Então isso ficou mais, assim bem definido. Ainda não tá 100%, mas caminhou (PG).

Em contraste, na percepção de M3, há uma ausência de priorização no município para o debate e qualificação do trabalho com a saúde mental, sendo expressa, por exemplo, na descontinuidade do GT de saúde mental.

> Eu entrei num GT de saúde mental do município ano passado, mas assim, eu não cheguei a ir em nenhuma reunião, prometeram que era uma coisa que era reunião mensal e tudo mais, não ficou por isso [...] Então eu acho que seria mais uma coisa para entrar nesse diagnóstico, aquela questão da autocrítica primeiro, para daí dar o espaço adiante. Mas eu não vejo ninguém muito interessado nisso (M3).

Em síntese, os dados deste eixo evidenciam que a dinâmica entre os serviços da RAPS e intersetoriais reiteram a prevalência de características dos sistemas fragmentados de saúde (Mendes, 2010, 2011), expressas na frágil

articulação entre os pontos de atenção, na atuação predominantemente reativa diante de crises agudas, na centralidade das intervenções curativo-medicamentosas e na descontinuidade do cuidado. Esta última característica mostra-se ainda mais marcante quando questionado aos participantes estratégias para o cuidado continuado após o encaminhamento, conforme o próximo item aborda.

A continuidade do cuidado após o encaminhamento

O conhecimento teórico acerca da corresponsabilização do cuidado é um elemento que aparece entre os profissionais, como exposto nas falas:

> É, existe porque é que nem eles falam, eh, o paciente é nosso, é da unidade básica, ele é encaminhado por um CAPS ou pro CISMEPAR para passar pro psiquiatra, para ter a receita, para tomar o medicamento, mas ele é nosso. É aqui no posto que ele vem para renovar a receita, é aqui no posto que ele vem para ver se se passa por um psicólogo, se encaminha para algum outro serviço, ele continua sendo nosso. Então a gente continua vendo o no prontuário dele, tá tudo ali (ACS4).

> Eu acho que mais do que possível, ela é extremamente necessária. Ah, assim como qualquer doença crônica, pré-natal, que a gente às vezes referencia para um especialista, a gente ainda continua responsável por esse paciente. A gente não transfere a responsabilidade, a gente compartilha a necessidade de apoio para esse paciente. Então, até pelo começo lá, quando eu disse que nós somos o vizinho próximo, a gente continua sendo. Então, e essa responsabilidade a gente não transfere, a gente continua [...] dando ao paciente eh, essa essa oportunidade que aqui é um espaço que ele vai ser atendido. Muitas vezes ele já sai daqui com essa demanda eh, psicoemocional já agendado um retorno, seja ele precoce para uma semana, um mês ou dois meses. Procura também eh, manter esse contato com a família pelos nossos agentes comunitários e assim, em qualquer momento, se ele foi atendido hoje e ele passa mal amanhã, eu deixo orientação. Falo, “Olha, passou mal, vem aqui, eu te atendo”, né? Às vezes não vai ser a necessidade do atendimento que eu fiz hoje. Às vezes é um atendimento, ah, tá, tá muito ruim, vamos fazer uma medicação, mas a gente deixa essa porta aberta, agendado e sempre falando, se precisar, retorna (M6).

Ao afirmarem que "o paciente é nosso" e que a referência implica compartilhar o cuidado, e não eximir a equipe, os profissionais assimilam os princípios da longitudinalidade e da corresponsabilização. Assim, a proximidade territorial reafirma a UBS como referência permanente na rede, contrapondo-se à premissa de que o encaminhamento finalizaria a responsabilidade do serviço.

Entretanto, quando analisado concretamente acerca da existência de

estratégias para a continuidade do cuidado mesmo após o encaminhamento para outros dispositivos da RAPS, ACS1, A2, ACS3, M3, A4, T5 e ACS5 apontam, de modo geral, a inexistência de um acompanhamento sistemático dos usuários, como a fala do(a) ACS1 evidencia:

> Não vejo [...] na unidade, se não for para criança, para adulto, eu não vejo uma continuidade. A não ser que ah, uma renovação de receita, mas o cuidado em si ali não vejo [...] Quando tem alguma dúvida, alguma coisa, a gente olha no sistema e aí dá para ver se ele é acompanhado (ACS1).

Ou ainda, conforme M3 aponta,

> O mais que eu já vi assim de ser feito é orientação de agendar um retorno continuado aqui, tipo, após assim a orientação de procurar o CAPS [...] Mas não tá nada muito estruturado assim. Na forma de, especificamente pro público de saúde mental (M3).

A continuidade do cuidado se restringe, em grande parte, pela renovação de receitas (A2, A4, ACS5), sendo um elemento também citado pelos outros profissionais que apontam algumas estratégias de continuidade de cuidado (ACS2, ACS4, ACS6) ou o controle pelo prontuário por ACS4, T5, M6. Outras estratégias apontadas para a continuidade do cuidado são as visitas dos ACS nos territórios (E1, ACS2, ACS6) e a busca ativa de informações (E1).

Chama atenção, a fala de A2: “Então, depois da avaliação do CAPS, é que eles falam, sabe? Eh, pro paciente, principalmente, se tem que estar acompanhando lá por um tempo ou se pode estar vindo, indo com eles e vindo aqui”, apontando uma relação verticalizada entre os serviços. A ABS, em postura passiva, aguarda a definição do CAPS para a condução do caso, sem a pactuação conjunta de um Projeto Terapêutico, abdicando ainda de seu papel de centro ordenador e coordenadora do cuidado (Starfield, 2002).

Em estudo conduzido por Rotoli *et al*. (2019), o encaminhamento aos outros serviços foi identificado, na lógica dos profissionais que participaram da pesquisa, como transferência de atribuição, considerando como a ação resolutiva por estarem ofertando o que o município tinha de mais especializado em saúde mental. Neste sentido, tais achados convergem com os dados desta pesquisa e, conforme discutido ao longo dos eixos e reafirmado neste item, repercutindo em um cenário de descontinuidade do cuidado após a referência a outros serviços da rede.

### 4.2.4 Eixo 4: Apoio institucional e suporte

As discussões deste eixo voltam-se à identificar as formas de apoio institucional e de suporte da gestão para a efetivação do cuidado em saúde mental na Atenção Básica à Saúde.

Apoio técnico e institucional para o trabalho em saúde mental

A concepção de apoio institucional (AI) no Brasil tem como referência o Método Paideia, de Gastão Wagner de Sousa Campos (2000), fundamentado na cogestão e na constituição de redes cooperativas. Esse debate foi ampliado por diferentes autores e incorporado a políticas e normativas do SUS, como a PNH e a PNAB, articulando-se também à estratégias como o apoio matricial e a clínica ampliada e compartilhada (Brito *et al*., 2022).

Pereira Junior e Campos (2014) apontam que a PNH, foi a primeira área do MS à utilizar os termos cogestão e apoio em suas formulações, ampliando e detalhando sua conceituação em sua quarta edição do documento base:

> Apoio institucional é uma função gerencial que reformula o modo tradicional de se fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde. Um de seus principais objetivos é fomentar e acompanhar processos de mudança nas organizações, misturando e articulando conceitos e tecnologias advindas da análise institucional e da gestão. Ofertar suporte ao movimento de mudança deflagrado por coletivos, buscando fortalecê-los no próprio exercício da produção de novos sujeitos em processos de mudança é tarefa primordial do apoio. Temos entendido que a função do apoio é chave para a instauração de processos de mudança em grupos e organizações, porque o objeto de trabalho do apoiador é, sobretudo, o processo de trabalho de coletivos que se organizam para produzir, em nosso caso, saúde. A diretriz do apoio institucional é a democracia institucional e a autonomia dos sujeitos. Assim sendo, o apoiador deve estar sempre inserido em movimentos coletivos, ajudando na análise da instituição, buscando novos modos de operar e produzir das organizações. É, portanto, em, uma região limítrofe entre a clínica e a política, entre o cuidado e a gestão – lá onde estes domínios se interferem mutuamente – que a função de apoio institucional trabalha no sentido da transversalidade das práticas e dos saberes no interior das organizações (Brasil, 2008, p. 52-53).

Conforme Brito *et al.* (2022) apontam, o AI fundamenta-se na democratização das relações institucionais, incluindo gestores, trabalhadores e usuários como protagonistas e corresponsáveis pela produção do cuidado,

estimulando práticas que superem o modelo hegemônico; ainda que se reconheçam lacunas em definições do conceito e em sua operacionalização.

Na institucionalização do AI na ABS, as experiências analisadas pelos autores revelaram fragilidades, sobretudo quanto à autonomia dos atores nos processos decisórios, e implementação de políticas de saúde desarticuladas das demandas territoriais, associadas à insuficiente discussão e análise dos processos de trabalho, fatores que podem favorecer uma compreensão incipiente da função do apoiador institucional (Brito *et al*., 2022).

Partindo deste plano de fundo, quando questionado à gestão se esta tem oferecido apoio técnico e institucional às equipes da ABS para o trabalho em saúde mental e de que forma, há indicação de que “Vem fazendo esse apoio, mas assim, de ter, também de capacitar nossos profissionais, né? Nós temos muitas, desde o final da pandemia para cá, a gente tem feito bastante capacitação, bastante matriciamento, bastante orientação”, o apoio direto com as coordenações das unidades, apontando que, com o Planifica, vem realizando uma reestruturação desses processos, além do diálogo com a Diretoria de Saúde Mental, que se direciona aos CAPS. Ainda, são mencionados os GT como ferramentas para o diálogo e construção de ações.

Na percepção dos profissionais sobre esta oferta, suficiência e formas de apoio disponibilizados, quatro participantes afirmam não haver suporte (ACS1, ACS3, M3 e ACS5). Nas demais entrevistas, há indicação da existência de suporte por parte da gestão; contudo, em nenhuma delas é considerado suficiente (E1, A2, ACS2, ACS4, A4, T5), com exceção dos profissionais da região rural, como a fala de M6:

> Oferecem. Eh, como tinha comentado, a gente tem bastante treinamentos, né? A gente nota esse apoio importante na questão da presença da farmácia municipal, né? [...] ter essa rede bem consolidada de encaminhamentos. Eu atendo o paciente, eu sei que se ele precisar de um atendimento hospitalar, eu vou acionar o SAMU. Tá bem direcionado isso. Isso já foi, tá bem consolidado. Eh, se não é um caso que eu entenda que ele precisa ir pro hospital, tem que ir pro CAPS. A gente sabe que é o encaminhamento, qual o encaminhamento, a orientação que tem que dar para esse paciente [...] (Acerca da suficiência) Eu poderia dizer que não, mas aí eu estaria sendo muito exigente dentro do que nós necessitamos aqui dentro da unidade rural, não vejo muito mais apoio, lógico, volto a frisar, a necessidade de um profissional psicólogo dentro de uma unidade ou pelo menos a cada duas unidades, seria extremamente benéfica. Nesse ponto, a gente pode tirar uma estrelinha da diretoria,

> porque é uma demanda que a gente sabe e a gente solicita e nunca tem um retorno (M6).

Conforme a fala, diante da realidade da unidade, avalia que o suporte é suficiente, por meio dos treinamentos, que o fluxo de atendimento na rede é algo já definido e que o apoio da farmácia municipal é um recurso que fortalece o trabalho com a saúde mental.

M3 também aborda a assistência farmacológica em saúde mental no município e, em sua percepção, há limitações expressas na restrição da oferta e na exigência de prescrição por serviços especializados, configurando uma barreira de acesso ao tratamento dos usuários da ABS. Limita-se a atuação desse nível de atenção ao condicionar o manejo de casos ao CAPS, reforçando a dependência do nível especializado e dificultando a continuidade do cuidado. Embora reconheça a importância de critérios e controle, aponta a necessidade de revisão, de modo a ampliar a resolutividade da ABS.

> Então são limitações nesse sentido e também já uma parte, um pouco mais medicamentos que eu sei que tem na rede municipal de outros outros municípios que seriam muito bem-vindos aqui, mas a gente ainda tá com um limitações importantes lá nos medicamentos que aqui em Londrina, daí se divide os que tem da rede do REMUME, né, da relação do município. Mas assim, dentro destes tem aqueles que os médicos de qualquer UBS, pode ser médico de família, pode ser só um recém formado que tá trabalhando, independe da especialidade do médico. O médico está lá com a estratégia de saúde da família, se ele prescrever e o paciente for com a receita lá na farmácia, beleza, ele retira. Tem alguns outros bons também, assim, mas não são tops nem super caros que se ele for tentar buscar, ele vai ser barrado e vão falar que preciso de receita do CAPS. Aí a justificativa que eles dão é por ter um controle, uma segurança, que eu aceito parcialmente assim, mas é que isso é uma barreira grande de acesso. Mas mesmo assim, mesmo a gente tendo uns quatro a mais que a rede, são medicamentos que poderiam ser ampliados. Não é nada absurdo, por exemplo, a gente teve em Lafaxina, porque eu já vejo muitos municípios tem e é um antidepressivo que seria de muito bom uso. Então essas questões assim técnicas também eu sinto que amarram um pouco (M3).

Todas as unidades indicam, embora de forma desigual, a oferta de cursos, capacitações e oficinas, seja pela DAPS, QualiCIS, PlanificaSUS ou pelo profissional psicólogo do NASF/eMulti que atua na unidade, convergindo com o Relatório da SMSL, o qual aponta que no ano de 2025, todas as UBS do município foram contempladas por capacitações voltadas à saúde mental, conforme já abordado no início deste capítulo. Entretanto, ao verificarmos a avaliação acerca dessas ações a partir das falas dos profissionais, algumas aspectos chamam atenção:

> Eles dão cursos onlines pra gente, né? Já teve presencial também, mas é de uma forma muito branda, muito, não é específico [...] porque assim, é muita gente e aí eles dão lá a palestra e não consegue direcionar a realidade que a gente tem aqui na UBS, sabe? Tem que ser voltado com o que a gente trata no território, com que a gente lida aqui, não uma forma geral, que a gente mais ou menos já sabe (ACS1).

> Não. Eh, a gente tem algumas oficinas que lá em cima no DAPS eles eh, oferta, mas assim, bastante. Acho que a oficina de saúde mental que a gente teve foi no ano passado. E foi assim bem, foi decepcionante, né? Não, não foi uma oficina legal [...] a gente encarou como se, vou ser bem sincera para você, como se tivesse empurrando o serviço pra gente, você entendeu? Empurrando a saúde mental para cá e a gente empurra para lá. E nós não gostamos nem um pouco [...] falaram oficina de saúde mental, mas não era uma coisa que tirasse as nossas dúvidas, na verdade, não era dúvidas, era anseios de como manejar esse paciente. Então, se eu, se eu encaminho para lá um paciente que tem tendência suicida, aí ele devolve para cá e manda continuar o atendimento aqui na unidade? Pera lá, até quando? Quando que a gente vai saber que esse paciente precisa de um atendimento psiquiátrico maior, entendeu? Fica muito no ar. Depende de cada profissional, depende do tipo de atendimento que o auxiliar vai estar fazendo para esse paciente para tá identificando esse tipo de coisa. É, fica muito vago essas coisas pra gente. Falta esse suporte para nós (T5).

> Tem, tem bastante. Como teve o [...] Planifica SUS, né? Eles abordaram bastante saúde mental. Acho que já faz uns dois anos já que eles vêm abordando saúde mental bastante assim. Ah, eles, o que eles falam não é muito diferente do que a gente já sabe assim, né? De, só que falta mesmo profissionais suficientes para atender. É mais, é mais assim, que eu percebi do Planifica, é mais uma questão de, de recurso pro município, para vir um recurso pro município, do que para que o servidor saiba trabalhar com isso. Porque assim, eh, são cursos online, a gente fez uns cursos online, mas é mais de, não abordou muita coisa assim que a gente não saiba, sabe? A gente sabe como funciona uma depressão, uma crise, tudo, mas se a gente não tem um eh, profissionais para conseguir acompanhar, de a gente tá em menos ACS, falta servidor para atender, atender aqui, psicóloga vem uma vez só por semana, então a gente não consegue, né? Manter um atendimento bom da forma que deveria ser (ACS 5).

ACS1 aponta que essas ações acabam sendo muito gerais, não abordando a realidade das demandas da unidade e dúvidas dos profissionais, questão também compartilhada por T5 que agrega a percepção de que a finalidade do último curso realizado foi "empurrar" demandas ao serviço. Ainda, o(a) ACS5 avalia que as ações do Planifica não se voltam à uma capacitação maior dos profissionais para trabalhar com a saúde mental, mas para captação de recursos pelo município.

Na unidade 3, é ressaltado por ACS3 e M3 a inconstância das capacitações. As desenvolvidas pelo CAPS, com o objetivo de informar sobre o funcionamento dos

serviços e qualificar o manejo das demandas, não alcançaram todas as unidades e não tiveram continuidade, e as ofertadas pela DAPS, foram restritas aos médicos da ABS, com predominância de um viés medicamentoso (M3).

> Então, como eu disse, a gente já teve, né, eh, curso, né, capacitação sobre, mas já faz algum tempo, né, que que é coisa que teria que ser assim contínuo, né, porque a gente vai se perdendo, né? [...] Acho que foi antes da pandemia [...] e daí esses cursos ajuda, assim, pra gente tá, tá refrescando a memória, né, pra gente saber para onde fazer os encaminhamentos, né? (ACS3).

> Não, as orientações que tentaram ser feitas eh, assim como ação mesmo, que foram aí no papel de centro nervoso de, da RAPS, foi quando o CAPS fez algumas capacitações, porque que eu me lembre eles não conseguiram fazer todas as unidades, mas foi uma equipe assim que iam umas duas psicólogas e alguém do pronto atendimento para fazer essa ponte assim de explicar como que são serviços no CAPS, explicar o papel de cada um lá que que que cada serviço faz, porque eles encaminham pro CAPS assim, não tem noção básico de como que é a organização do do fluxo de serviço lá dentro, de tanta falta de comunicação [...] Eh, mas assim, fora isso, não teve outra [...] A DAPS fez algumas capacitações, inclusive eu participei de duas. Sobre, com os médicos da atenção primária, online, síncrono, mas de assuntos do tipo, eh, tratamento de transtorno bipolar na atenção primária, eh, tratamento de TDAH em crianças e adultos, mas sempre com viés medicamentos mais o famoso como prescreve, como acompanhar [...] A gente discutiu de tentar fazer mais, mas ainda não saiu do papel, ainda não, foi bem recente, agora (M3).

Ainda, no que se refere à supervisão em saúde mental, não há menção nas entrevistas realizadas, e quanto ao matriciamento, apenas quatro depoimentos indicam a efetivação deste apoio. ACS1, E1 e ACS4 relatam a ocorrência de matriciamento por meio da psicóloga do NASF/eMulti vinculada à UBS, oferecendo suporte às dúvidas das equipes; E1 acrescenta o suporte via QualiCIS, vinculado ao CISMEPAR, para a qualificação do referenciamento aos serviços especializado e M3, aponta a realização de matriciamento pelo CAPS, mas reconhece que esse apoio e o trabalho conjunto decorrem dos contatos pessoais que mantém com profissionais do serviço, não sendo uma realidade para as UBS do município:

> A médica trocou recente da nossa região e é uma médica que por acaso eu tenho muito mais trânsito [...] já liguei para ela [...] vamos eh, articular esse cuidado aí [...] Assim, eu tento, mas eu sei que é tipo, sou eu numa unidade, numa cidade com 54 UBSs, então, mas o ideal seria que essa comunicação fosse mais articulada (M3).

Observa-se, portanto, que o matriciamento não é efetivado de modo geral, sendo a fala de M6 sintetizadora: “O matriciamento, sendo bem sincero, como a

gente não tem o profissional mais específico, psicólogo e não tem tanto acesso ao CAPS, acaba ficando ausente". O matriciamento é restrito à atuação pontual dos psicólogos do NASF/eMulti, e a baixa articulação com o CAPS, dificulta este apoio por meio do serviço especializado.

Conforme já abordado ao longo deste trabalho, o apoio matricial constitui importante estratégia, ao proporcionar retaguarda especializada, suporte técnico-pedagógico e espaços de discussão e construção compartilhada dos projetos terapêuticos. Sua efetivação é fundamental para ampliar a capacidade das equipes no atendimento às demandas de saúde mental no próprio território, fortalecer a corresponsabilização entre os diferentes pontos da rede e qualificar a continuidade do cuidado, reduzindo a dependência da ABS em relação aos serviços especializados (Brasil, 2011).

Segundo Cunha e Campos (2011), o matriciamento abrange desde atendimentos conjuntos entre diferentes serviços até contatos telefônicos para a discussão de seguimentos, pressupondo a disponibilidade entre os serviços para sua efetivação. Diante do cenário de baixa articulação da ABS junto aos serviços especializados e a indefinição da atuação das equipes eMulti/NASF nas UBS, aspectos já identificados e discutidos, encontra-se correspondência no baixo matriciamento observado.

Verifica-se, portanto, convergência entre os achados desta pesquisa e as fragilidades identificadas por Brito *et al*. (2022) na institucionalização do AI. Embora sejam reconhecidas iniciativas de apoio técnico e institucional, estas apresentam limitações quanto à continuidade, suficiência, articulação com as demandas territoriais e incorporação aos processos de trabalho das equipes. Os dados apontam que as iniciativas apresentam alcance limitado para fortalecer processos de cogestão, considerar as necessidades apontadas pelos profissionais e a qualificação do cuidado em saúde mental nas unidades.

Avaliação acerca da suficiência da RAPS no município

Sete participantes avaliam que a RAPS do município consegue, dentro dos limites e das possibilidades que têm, atender os usuários (ACS1, A2, ACS2, ACS4, A4, ACS6, M6), conforme M6 destaca,

> Eu acho que ela tem dado conta pensando assim na grande demanda que eles têm, eles têm conseguido suprir dentro dos

> recursos que eles têm. Logicamente hoje, se você montasse um, quatro CAPS para cada região, um para cada região, teria demanda, né? Eh, mas dentro do que nós temos hoje de estrutura física, estrutura profissional, eh, eu diria que eles têm feito um bom trabalho [...] a gente é uma parte importante dessa rede, eh, talvez não a mais especializada, porém a gente entende que o nosso papel é ser o mais acessível possível pra população (M6).

Há o reconhecimento da precariedade estrutural e organizacional, sendo recorrente nas entrevistas, como apontado por M3:

> Desde a estrutura do CAPS, eh, começa com a quantidade de CAPS que a lei estabeleceria, a gente tivesse um a cada 200.000. A gente tem um CAPS III para 600 e 700.000 habitantes. Que serve de única porta entrada de saúde mental, porta pronto atendimento, porque o Zona Sul, por exemplo, não recebe o paciente em procura direta, salvo os casos, raro os casos assim. O HU, menos ainda. É um único local que é a porta aberta para pronto atendimento de saúde mental, de psiquiatria e desde angústia, certeza agudas, crise de ansiedade até crises psicóticas e tudo mais, é lá. Num local que tem um leito de observação, que é tudo na mão, um único. Isso mudou agora recente, mas recente, faz pouco tempo, era um único médico plantonista por período, no dia de semana e assim, ainda lota, né? Mas assim, ele não parava de atender, a qualidade do atendimento ia cair, ainda ia caindo assim visivelmente e ele vai se cansando [...] É um aumento de chance de erro e não para de vir gente e o prontuário fica aquela coisa muito esquisita assim, tipo uma frase solta. Pensar que é uma um atendimento em saúde mental [...] Eh, mas o que mudou, por exemplo [...] Eles passaram a colocar dois médicos, é um mínimo, ficam sobrecarregados dois, mas pelo menos é dois (M3).

M3 evidencia o descompasso entre a cobertura preconizada pela legislação e a estrutura disponível no município, principalmente no âmbito da atenção especializada e hospitalar. O(a) participante destaca a concentração das demandas em um único serviço de porta aberta para urgências em saúde mental e a sobrecarga das equipes, comprometendo a qualidade da assistência.

Na mesma direção, ACS1 aponta que “Os que tem é super lotado [...] o CAPS, tudo, tudo, é, tem muita gente. Eu acho que eles não conseguem também dar atenção que tem que dar pro usuário”. Além da qualidade da assistência, a insuficiência da capacidade instalada também repercute na demora para acesso ao cuidado, conforme relata ACS2: “Já ouvi pacientes falar: “Ah, mas eu vou voltar lá, a agenda deles tá demorada, né?”” e ACS4: "Tá tendo muito caso, e a gente escuta muito, os pacientes voltando aqui, falando que a consulta no CAPS tá longe, que chega no CAPS não tem funcionário para atender".

Ainda, observa-se a percepção de que os atendimentos nos serviços especializados só ocorrem quando os quadros de saúde já estão em urgência, E1

aponta que “O que eu percebo, não sei se essa minha percepção está correndo, mas o que a gente percebe é que o CAPS só atende surto”, ou ainda, de um atendimento restrito à medicalização dos pacientes e envio à UBS para sua manutenção:

> Eles geralmente vêm para nós quando eles já estão muito bem, né, só mais pras receitas, consulta normal e eles têm os retornos deles [...] Então eu acho que, a gente até tenta assim, né? Tá, mas é muita gente, é muita, é uma coisa assim absurda. Se você vê assim uma pasta, agora nós temos uma planilha de receita, todo mundo que chega para fazer receita, a gente tem os médicos nossos, daí vai colocando para eles fazer (A2).

> Ah, a gente faz o que nos cabe, assim, até onde a gente pode, que a gente ainda é muito limitado. Vamos supor, de zero a 10, um seis, né? Mas assim, claro, por falta ainda de muita coisa, de profissional, né? De tentar mesmo mudar a visão, né, da saúde mental, não só pros remédios, né? Eu falo assim que em vez de investir em remédio, claro, é bom que tem muitos pacientes, você sabe que vai precisar mesmo, né? Mas tentar também desviar um pouco, não desviar, né? Usar essa verba para outra coisa, né? Igual eu falei, abrir um espaço para acolher eles [...] Ainda tem que caminhar muito ainda e tem que melhorar bastante ainda (ACS2).

> Ah, é o que eu te falei, a enfermagem acolhe e passa pro médico. Aí é medicado. Alguns pacientes vão pra psicóloga, mas ela não consegue absorver totalmente, né? A gente encaminha para lá (CAPS). Às vezes eles vão, tem um atendimento lá e devolve pra gente, né, para ficar mantendo receita. Muitos pacientes não voltam para lá, não tem esse, tem gente que tá tomando a mesma medicação há muitos anos, entendeu? Aí só vai quando tá em risco mesmo de surdo (T5).

> É, eu acho que a gente tinha que ser melhor nessa área, mas a gente não dá conta ainda, sabe? Porque ainda falta muito, tem muita demanda, então a gente acaba não conseguindo, né? Mas, aí o nosso papel ainda tá sendo bem, bem manter receita parece, sabe? É tipo assim, ah, manter a medicação do paciente e a consulta e manter a medicação. Não consegue fazer um acompanhamento ainda do paciente de saúde mental. Não conseguimos fazer certo. Quando o paciente tá pior, a gente acaba encaminhando pro CAPS, né? Não, não tem muito depois, um acompanhamento aqui como deveria (ACS5).

Nota-se, entre os profissionais, a compreensão de que o trabalho em saúde mental não deve se restringir à medicalização. Entretanto, diante das possibilidades, condições e dificuldades próprias das unidades, aspectos já desenvolvidos ao longo dos eixos, o trabalho com a saúde mental tem se configurado, em grande medida, pela manutenção e prescrição de medicações, dinâmica que se reforça pela relação de baixa vinculação estabelecida com os CAPS.

Diante deste cenário, destaca-se a fala de M3:

> Eu acho ela (RAPS) muito frágil, tá? Primeiro ela tem que fazer uma uma sala de situação e para fazer um diagnóstico dela, das fragilidades. E eu acho que isso é para ontem, desde da parte de tecnologia leve, dura, dura e leve, levíssima. Mas eu sei que não é uma coisa que dá para fazer de uma vez, não é que uma coisa que dá para fazer de um dia para o outro. Mas o que eu sinto é que ninguém botou muito isso em campo de forma sustentada (M3).

Os resultados da pesquisa evidenciam o descompasso entre a ampliação das necessidades em saúde mental e a capacidade de resposta da RAPS, expresso tanto na insuficiência e precariedade de seus dispositivos quanto nas fragilidades relacionadas à organização, ao planejamento e à gestão da rede municipal. Observa-se que os espaços coletivos de planejamento, a exemplo dos GT, não têm se mostrado efetivos, assim como persistem fragilidades na assistência farmacêutica do município, na implementação da Linha Guia de Saúde Mental e na consolidação da ficha de estratificação de risco como instrumento orientador do cuidado em saúde mental.

A percepção dos profissionais acerca das iniciativas do PlanificaSUS, bem como dos cursos e capacitações apontados pela gestão da ABS como estratégias para o fortalecimento da atenção à saúde mental, também revelam a necessidade de revisão e avaliação quanto à efetividade e ao alcance dessas iniciativas.

Nesse sentido, corrobora-se a avaliação de M3 de que "primeiro ela tem que fazer uma sala de situação para fazer um diagnóstico das fragilidades", de modo a subsidiar o planejamento de estratégias efetivas para o enfrentamento das dificuldades da ABS no cuidado em saúde mental. Para além desse diagnóstico e observando que, de modo geral, a gestão da ABS reconhece as fragilidades que possuiu no trabalho com a saúde mental, é necessário que se avance para o campo das proposições de mudanças de forma sustentada, de modo a favorecer a integralidade do cuidado aos usuários.

Reitera-se, conforme Starfield (2002), que a integralidade não depende apenas da existência de serviços e recursos humanos, mas também de escuta, disponibilidade para o trabalho, bem como de organização e planejamento do trabalho, continuidade do acompanhamento dos usuários, comunicação e articulação entre os profissionais e diferentes serviços.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As RAS, enquanto arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, com diferentes densidades tecnológicas, integrados por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam superar a lógica de sistemas fragmentados, tendo a ABS como ordenadora e coordenadora do cuidado.

Nessa perspectiva, a RAPS, enquanto rede temática, visa organizar e articular os diferentes pontos de atenção para o cuidado integral em saúde mental, fundamentando-se na perspectiva do cuidado em liberdade, territorial e comunitário. Busca, assim, romper com o modelo histórico de atenção marcado pela institucionalização, segregação, isolamento social e fragmentação do cuidado, herdeiro do PPHM, em direção a um modelo pautado nos princípios da RSB a e da RPB.

A transformação do modelo de atenção em saúde mental, porém, constitui um processo complexo, que vai para além da reorganização dos serviços e normatização da RAPS, frente a um cenário de disputas paradigmáticas e políticas, atravessado por desafios como o subfinanciamento das políticas públicas, a imposição de medidas de austeridade e as revisões normativas no campo da saúde mental, além dos impactos da pandemia de COVID-19, cujos efeitos permeiam o contexto atual.

Partindo desse cenário, este trabalho teve como objetivo geral analisar o papel da ABS enquanto componente da RAPS, na perspectiva do trabalho profissional e da gestão, a partir da realidade do município de Londrina/PR. Para tanto, foram realizadas entrevistas semi estruturadas com doze profissionais atuantes nas UBS e uma com profissional vinculada à gestão da ABS.

A partir dos eixos de análise, construídos em articulação com os objetivos específicos, os resultados evidenciaram que a compreensão dos profissionais acerca da RAPS e do papel da ABS no cuidado em saúde mental permanece predominantemente fragmentada. A RAPS é frequentemente associada aos CAPS e aos encaminhamentos e a ABS, embora reconhecida como porta de entrada e espaço de acolhimento, identificação e acompanhamento, aparece de modo geral, como responsável pela identificação das demandas e encaminhamento aos serviços especializados.

Evidenciou-se a primazia do encaminhamento, não decorre somente de uma

compreensão limitada acerca das atribuições da ABS, mas também das condições concretas de funcionamento das UBS, marcadas pela sobrecarga, insuficiência de recursos e limitações na capacidade de atendimento.

Em relação ao manejo das demandas e à oferta de cuidado em saúde mental, embora os profissionais reconheçam a elevada e crescente presença dessas demandas, ainda são incipientes os processos de sistematização, monitoramento e utilização dos dados para o planejamento das ações. O manejo cotidiano permanece condicionado às possibilidades de cada unidade e aos conhecimentos individuais dos profissionais, com dificuldades na apropriação e operacionalização dos instrumentos e protocolos existentes, como a ficha de estratificação e a Linha Guia de Saúde Mental do município.

O trabalho com a saúde mental nas unidades mostrou-se marcado pela centralidade do atendimento psicológico, cuja disponibilidade é limitada e insuficiente diante das demandas, e, na sua ausência, pela concentração das respostas na figura médica, que se associa de forma recorrente à uma lógica de segmentação do cuidado em saúde mental. Embora sejam identificadas práticas de acolhimento, escuta, prevenção, promoção e acompanhamento, estas ocupam lugar secundário frente ao encaminhamento para os serviços especializados.

Esse cenário, atravessado por condições concretas de trabalho, como insuficiência de profissionais, sobrecarga, tempo reduzido para os atendimentos, inadequação dos espaços físicos e descontinuidade de ações coletivas, intensificadas pelos impactos da pandemia de COVID-19.

A articulação com os demais pontos da RAPS e políticas intersetoriais mostrou-se fragilizada, sendo a comunicação limitada aos processos de referência e contrarreferência, sobretudo com os CAPS. Os canais formais de comunicação mostraram-se pouco efetivos, enquanto contatos informais e relações interpessoais assumem papel importante na mediação dos casos.

A ausência de integração entre sistemas de informação, como a não utilização do prontuário eletrônico pelo CAPS III devido às condições estruturais do serviço, e as dificuldades na contrarreferência, limitam o compartilhamento de informações, favorecem desencontros nas condutas e comprometem a coordenação do cuidado pela ABS. Em situações mais complexas, essa fragilidade torna-se ainda mais evidente, com atuação predominantemente reativa diante de crises e dificuldades de responsabilização entre os serviços.

Embora haja reconhecimento da UBS como responsável pelo acompanhamento contínuo dos usuários, não foram identificadas estratégias sistemáticas de continuidade do cuidado após os encaminhamentos, que frequentemente se restringem à renovação de receitas a pedido do CAPS, evidenciando, ainda, uma posição passiva diante das decisões dos serviços especializados. Iniciativas de articulação, como o GT de saúde mental e o PlanificaSUS, mostraram alcence limitado para fomentar o trabalho e qualificar o cuidado em rede.

Ainda, na percepção dos profissionais, o apoio institucional e técnico para o trabalho em saúde mental nas unidades mostra-se insuficiente. As capacitações são frequentemente consideradas genéricas e pouco articuladas às realidades e necessidades das UBS, enquanto o matriciamento permanece pontual e não se mostrou consolidado, assim como os processos de supervisão em saúde mental.

A mesma percepção se estende à RAPS do município, cuja fragilidade é associada à insuficiência de serviços e profissionais, à sobrecarga dos CAPS, à demora para acesso aos atendimentos e à baixa articulação entre os diferentes serviços. Nesse contexto, embora seja reconhecida a necessidade de um cuidado que ultrapasse a medicalização, as limitações identificadas dificultam a oferta de acompanhamento integral e contínuo aos usuários.

Os resultados permitem compreender que a consolidação da ABS como componente da RAPS permanece como um processo em construção. Embora seu papel no cuidado em saúde mental seja reconhecido, observa-se distância entre suas atribuições e condições para sua efetivação. A centralidade do encaminhamento, a fragmentação das ações e a dificuldade do acompanhamento dos usuários expressam limites na organização dos processos de trabalho e a necessidade de maior integração entre cuidado, gestão e organização da rede.

O fortalecimento da ABS na RAPS, para além da ampliação de serviços ou à definição de fluxos, exige condições institucionais que sustentem a corresponsabilização pelo cuidado e a atuação articulada entre os diferentes pontos da rede, envolvendo a organização dos serviços, capacidade de gestão e planejamento, de modo que as estratégias implementadas respondam às necessidades identificadas nos territórios e favoreçam a continuidade do cuidado.

Cabe considerar algumas limitações da pesquisa relacionadas à delimitação da amostra, com a seleção de uma unidade por região, restringindo a possibilidade

de apreender toda a diversidade das realidades territoriais e organizacionais em um município de grande porte. Além disso, a pesquisa privilegiou a perspectiva dos profissionais da ABS e da gestão, não contemplando outros sujeitos envolvidos no cuidado em saúde mental, como usuários, familiares e profissionais dos demais pontos da RAPS.

Nesse sentido, investigações futuras poderão ampliar esses recortes e aprofundar a análise da utilização e efetividade de instrumentos municipais, como a Linha Guia de Saúde Mental, ficha de estratificação de risco, e estratégias como o matriciamento e o apoio institucional à ABS.

Espera-se que esta pesquisa contribua para esse debate ao evidenciar, a partir da realidade municipal, aspectos que atravessam a atuação da ABS no campo da saúde mental. Ao sistematizar as percepções dos profissionais e as condições identificadas no cotidiano dos serviços, o estudo pretende oferecer subsídios para a reflexão e para a formulação de proposições voltadas ao fortalecimento da rede local, à qualificação dos processos de trabalho e à consolidação de práticas de cuidado em saúde mental coerentes com os princípios da RAPS.

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Mariana Vercesi de; VIANA, Ana Luiza d'Ávila. Perspectivas de região e redes na política de saúde brasileira. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. especial, p. 28–38, dez. 2015.

ALCOFORADO, Beatriz Barbosa; MENDONÇA, Larissa Aguiar de. O impacto do consumo de medicamentos controlados nas unidades básicas de saúde pós-pandemia da COVID 19. **OBSERVATÓRIO DE LA ECONOMÍA LATINOAMERICANA**, [S. l.], v. 23, n. 6, p. e10134, 2025. Disponível em: https://ojs.observatoriolatinoamericano.com/ojs/index.php/olel/article/view/10134. Acesso em: 21 jul. 2026.

ALMEIDA, Daiane Leite *et al*. Saberes Em Saúde Mental e a prática profissional na Estratégia Saúde da Família. **Interfaces CientíficasHumanas e Sociais**, [S. l.], v. 9, n. 3, p. 27–42, 2022. Disponível em: https://periodicos.set.edu.br/humanas/article/view/7865. Acesso em: 13 jul. 2026.

ALMEIDA, Patty Fidelis de *et al*. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. esp. 1, p. 244–260, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sdeb/a/N6BW6RTHVf8dYyPYYJqdGkk/. Acesso em: 24 mar. 2026.

ALMEIDA, Raquel Ferreira de; CORDEIRO, Gleice de Oliveira; BRITO, Juliana Almeida Torres. Protocolo do processo de trabalho na atenção básica: relato do desenvolvimento de tecnologias sociais de organização da equipe multiprofissional na região do Vale do Paraguaçu. **Revista Brasileira de Tecnologias Sociais**, Itajaí, v. 12, n. 1, p. 25-40, jan./jun. 2025.

AMARANTE, Paulo. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil [online]. 2 ed. **Revista Ampliada**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995. 136 p. ISBN 978-85-7541-335-7. Disponível em: https://doi.org/10.7476/9788575413357. Acesso em: 04 jun. 2026.

AMARANTE, Paulo Duarte Carvalho. Saúde mental, desinstitucionalização e novas estratégias de cuidado. *In*: GIOVANELLA, Lígia *et al*. **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 635-656.

AMARANTE, Paulo; NUNES, Mônica de Oliveira. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 2067–2074, 2018. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018. Acesso em: 17 fev. 2026.

ANTONACCI, Milena Hohmann *et al*. Estrutura e fluxo da rede de saúde como possibilidade de mudança nos serviços de atenção psicossocial. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 4, p. 891–898, ago. 2013.

ARAUJO, Ricardo Borges *et al*. O efeito das práticas de acolhimento na adesão dos

usuários aos serviços da Atenção Primária à Saúde (APS). ***Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences***, [S. l.], v. 7, n. 8, p. 97–110, 2025. DOI: 10.36557/2674-8169.2025v7n8p97-110. Disponível em: https://bjihs.emnuvens.com.br/bjihs/article/view/6129. Acesso em: 16 jul. 2026.

BARBOSA, Ellen Inocencio; FIGUEIREDO, Karina Aparecida. Os efeitos da contrarreforma psiquiátrica na política de redução de danos no campo do álcool e outras drogas. ***Research, Society and Development***, v. 12, n. 4, e13812440728, 2023. Disponível em: http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v12i4.40728. Acesso em: 3 fev. 2026.

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: fundamentos e história**. 6 ed. São Paulo: Cortez, 2009.

BISPO JÚNIOR, José Patrício; ALMEIDA, Erika Rodrigues de. Equipes multiprofissionais (eMulti): potencialidades e desafios para a ampliação da atenção primária à saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 10, e120123, 2023. DOI: https://doi.org/10.1590/0102-311XPT120123.

BORGHI, Carolina Michelin Sanches de Oliveira Borghi; OLIVEIRA, Rosely Magalhães de; SEVALHO, Gil. Determinação ou Determinantes Sociais da Saúde: Texto E Contexto Na América Latina. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 16, n. 3, p. 869–897, 2018. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00142.

BOUSQUAT, Aylene *et al*. A atenção primária em regiões de saúde: política, estrutura e organização. **Cadernos de Saúde Pública**. 2019, v. 35, n. https://doi.org/10.1590/0102-311X00099118.

BRASIL. Congresso Nacional. Câmara dos Deputados. **Diário da Câmara dos Deputados** [Internet]. 29 set. 1989. Disponível em: http://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/DCD29SET1989.pdf. Acesso em: 21 mai. 2026.

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

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 4a ed. Brasília (DF): MS; 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização (PNH)**. 1. ed., 1. reimp. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: Biblioteca Virtual em Saúde – PNH. Acesso em: 16 jul. 2026.

BRASIL, Dayane Degner Ribeiro; LACCHINI, Annie Jeanninne Bisso. Reforma Psiquiátrica Brasileira: dos seus antecedentes aos dias atuais. **Pluralidades em**

**Saúde Mental**, v. 10, n. 1, 2021.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. Reforma Sanitária e Projeto Ético-Político do Serviço Social: elementos para o debate. *In*: BRAVO, Maria Inês *et al*. (orgs.). **Saúde e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2004.

BRAVO, Maria Inês Souza; PELAEZ, Elaine Junger; MENEZES, Juliana Souza Bravo de. A saúde nos governos Temer e Bolsonaro: lutas e resistências. **Ser Social**, Brasília, v. 22, n. 46, jan./jun. 2020. Disponível em: https://doi.org/10.26512/ser_social.v22i46.25630. Acesso em: 17 fev. 2026.

BRITO, Christiane da Silva *et al*. Apoio institucional na Atenção Primária em Saúde no Brasil: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 1377-1388, 2022. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/csc/2022.v27n4/1377-1388/#. Acesso em: 11 ag. de 2026.

CAPPI, Anna Carla Bento Sabeh; SANTOS, Edirlei Machado dos. Desafios na atenção à crise em saúde mental no contexto da Rede de Atenção Psicossocial: revisão narrativa. *In*: ZAGO, Maria Cristina (org.). **Saúde mental no século XXI: indivíduo e coletivo pandêmico**. Guarujá, SP: Editora Científica Digital, 2021. p. 115-128. DOI: https://doi.org/10.37885/210102728.

CHAVES, Arlane Silva Carvalho *et al*. Recorte temporal dos desafios para implementação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Brasil: revisão sistemática. **Mental**, Barbacena, v. 14, n. 26, p. 1-16, dez. 2022. Disponível em: https://doi.org/10.5935/1679-4427.v14n26.0003. Acesso em: 17 mar. 2026.

CHAZAN, Luiz Fernando; FORTES, Sandra Lucia Correia Lima; CAMARGO JUNIOR, Kenneth Rochel de. Apoio matricial em saúde mental: revisão narrativa do uso dos conceitos horizontalidade e supervisão e suas implicações nas práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 8, p. 3251–3260, 2020.

COHN, Amélia. O SUS e o direito à saúde: universalização e focalização nas políticas de saúde. *In*: LIMA, Nísia Trindade *et al*. **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005, p. 385-405.

COSTA, Lucia Cortes. **Os Impasses do Estado Capitalista – uma análise sobre a reforma do Estado no Brasil**. Ponta Grossa: UEPG; São Paulo: Cortez, 2006.

COSTA-ROSA, Abílio. A Estratégia Atenção Psicossocial: novas contribuições. *In*: **Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica: contribuições a uma Clínica Crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva** [online]. São Paulo: Editora UNESP, 2013, pp. 91-117. ISBN: 978-85-393-0481-3.https://doi.org/10.7476/9786557144817.0005.

COSTA-ROSA, Abílio. A instituição de saúde mental como dispositivo social de produção de subjetividade. **Estudos de Psicologia** (Campinas), Campinas, v. 29, n. 1, p. 115-126, jan./mar. 2012.

COSTA-ROSA, Abílio. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. *In*: Amarante, P. (Org.). **Ensaios: subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 141-168.

CRUZ, Nelson Falcão de Oliveira; GONÇALVES, Renata Weber; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. **Trabalho, Educação e Saúde, Rio de Janeiro**, v. 18, n. 3, e00285117, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00285. Acesso em: 2 fev. 2026.

DELGADO, Pedro Gabriel. Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, e0020241, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00212. Acesso em: 2 fev. 2026.

DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Saúde Mental e Direitos Humanos: 10 anos da Lei 10.216/2001. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 63, n. 2, p. 1-121, 2011. Disponível em: https://biblat.unam.mx/hevila/Arquivosbrasileirosdepsicologia/2011/vol63/no2/11.pdf. Acesso em: 2 dez. 2025.

ESCOREL, Sarah; NASCIMENTO, Dilene Raimundo; EDLER, Flavio Coelho. As origens da reforma sanitária e do SUS. *In*: LIMA, Nísia Trindade *et al*. **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005, p. 59-81.

ESCOREL, Sarah; TEIXEIRA, Luiz Antônio. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1822 a 1963: do Império ao desenvolvimentismo populista. *In*: GIOVANELLA, Lígia *et al*. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 279-322.

FAGNANI, Eduardo. **O fim do breve ciclo da cidadania social no Brasil (1988-2015)**. Unicamp. IE, Campinas, n. 308, p. 1-20, jun. 2017.

FERNANDES, Cristofthe Jonath *et al*. Índice de Cobertura Assistencial da Rede de Atenção Psicossocial (iRAPS) como ferramenta de análise crítica da reforma psiquiátrica brasileira. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 4, e00049519, 2020.

FERREIRA, Gina. Desinstitucionalização e integralidade: um estudo do processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil. *In*: PINHEIRO, Roseni *et al*. **Desinstitucionalização da saúde mental: contribuições para estudos avaliativos**. Rio de Janeiro:CEPESC: IMS/LAPPIS: ABRASCO, 2007. p. 209-224.

FLEURY-TEIXEIRA, Paulo. Uma introdução conceitual à determinação social da saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, p. 380–389, set./dez. 2009.

GAMA, Carlos Alberto Pegolo da *et al*. Os profissionais da Atenção Primária à Saúde diante das demandas de Saúde Mental: perspectivas e desafios. **Interface Comunicação, Saúde, Educação** [online]. v. 25 [Acessado 19 Julho 2026], e200438. Disponível em: https://doi.org/10.1590/interface.200438.

GARCON, Talita Lopes *et al*. Gestão Da Atenção Primária à Saúde: Desafios para a coordenação do cuidado no território. ***Lumen Et Virtus***, [S. l.], v. 16, n. 50, p. 8847–8859, 2025. DOI: 10.56238/levv16n50-057. Disponível em: https://periodicos.newsciencepubl.com/LEV/article/view/6655. Acesso em: 16 jul. 2026.

GIOVANELLA, Lígia. Atenção básica ou atenção primária à saúde?. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 8, e00029818, 2018.

GIOVANELLA, Ligia *et al*. Negacionismo, desdém e mortes: notas sobre a atuação criminosa do governo federal brasileiro no enfrentamento da Covid-19. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 126, p. 895–901, jul-set 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0103-1104202012623. Acesso em: 11 fev. 2026.

GONÇALVES, Heloísa. 'Perdemos a guerra', diz diretora da Casa do Bom Samaritano. **Folha de Londrina**, Londrina, 8 set. 2025. Disponível em: https://www.folhadelondrina.com.br/cidades/perdemos-a-guerra-diz-diretora-da-casa-do-bom-samaritano-3286673e.html. Acesso em: 23 jul. 2026.

IRIART, Célia *et al*. Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos. ***Revista Panamericana de Salud Pública*** [online], v. 2, n. 12, p. 128-136, 2002. Disponível em: [suspicious link removed].

KUSCHNIR, Rosana; CHORNY, Adolfo Horácio. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2307–2316, 2010. DOI: 10.1590/S1413-81232010000500006.

LANCETTI, Antônio; AMARANTE, Paulo. Saúde mental e saúde coletiva. *In*: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa *et al*. (org.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 615–634.

LANDIM, Edivânia Lúcia Araújo Santos. **Redes de atenção à saúde no contexto da regionalização**: análise da integração sistêmica sob o olhar das(os) usuárias(os) do SUS no Estado da Bahia. 2018. 229 f. Tese (Doutorado em Administração) — Universidade Federal da Bahia, Escola de Administração, Salvador, 2018.

LIMA, Nísia Trindade; HOCHMAN, Gilberto. Condenado pela raça, absolvido pela medicina: o Brasil descoberto pelo movimento sanitarista da Primeira República. *In*: MAIO, Marcos Chor e SANTOS, Ricardo V. (org.). **Raça, ciência e sociedade**. Rio de Janeiro: Fiocruz; CCBB, 1996.

LIRA, Gabriela Fernandes Chaves; OLIVEIRA, Andreia. Desafios na sustentação dos princípios da luta antimanicomial. ***Argumentum***, v. 15, n. 3, p. 111–125, 2023. Disponível em: https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/40031. Acesso em: 20 abr. 2024.

LONDRINA. Câmara Municipal. **Pedido de Informação n.º 1086/2025: requer informações sobre a estrutura dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPs)**. Londrina, 13 nov. 2025d. Disponível em:

https://www.cml.pr.gov.br/proposicoes/pesquisa/0/1/0/259210. Acesso em: 25 jul. 2026.

LONDRINA. Secretaria Municipal de Assistência Social. **Plano Municipal de Assistência Social de Londrina 2026-2029**. Londrina: Secretaria Municipal de Assistência Social, 2025c. Disponível em: https://repositorio.londrina.pr.gov.br/index.php/menu-assistencia/diretoria-de-gestao-do-sistema-municipal-de-assistencia-social/gerencia-de-gestao-de-informacao/plano-municipal/71611-pmas-2026-publicar/file. Acesso em: 23 jul. 2026.

LONDRINA. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2026-2029. Londrina: Secretaria Municipal de Saúde**, 2025b. Disponível em: https://saude.londrina.pr.gov.br/images/DPGS/Plano_Mun_Saude_2026_2029_final.pdf. Acesso em: 21 jul. 2026.

LONDRINA. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório anual de gestão 2025**. Londrina: Secretaria Municipal de Saúde, 2026a. Disponível em: https://saude.londrina.pr.gov.br/images/relatorio_gestao/RAG_2025_final.pdf. Acesso em: 21 jul. 2026.

LOVADINI, Vinicius de Lima *et al*. Acolhimento e transformação do cuidado na Atenção Primária à Saúde: vínculo, acesso e resolutividade no sus. **Aurum Editora** (e-books), [S. l.], p. 125–131, 2026. DOI: 10.63330/aurumpub.049-012. Disponível em: https://aurumpublicacoes.com/index.php/editora/article/view/1367. Acesso em: 17 jul. 2026.

MACHADO, Elena de Souza; SILVA, Martinho Braga Batista e. Um relato dos relatos: práticas nos CAPS durante a pandemia de Covid-19 (2020-2022). Physis: **Revista de Saúde Coletiva**, v. 35, n. 2, e350234, 2025. Disponível em: https://www.scielosp.org/pdf/physis/2025.v35n2/e350234/pt .Acesso em: 1o fev. 2026.

MACIEL, Silvana Carneiro. **Exclusão/Inclusão Social do Doente Mental/Louco**: Representações e Práticas no Contexto da Reforma Psiquiátrica. Tese (Doutorado em Psicologia Social). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, 2007.

MELO, Eduardo Alves *et al*. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. esp. 1, p. 38–51, set. 2018.

MENDES, Áquilas. Atenção Básica no SUS e as pedras no seu caminho. ***Journal of Management & Primary Health Care***, v. 9, e2, 2018.

MENDES, Eugênio Vilaça. “Agora Mais Que Nunca”. Uma revisão bibliográfica sobre Atenção Primária à Saúde. *In*: Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). **Caderno de apresentação: oficinas de planificação da atenção primária à saúde nos estados**. Brasília: CONASS, 2009.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

MENEZEES, Juliana Souza Bravo de. **As lutas por saúde no Brasil**: o projeto de Reforma Sanitária em face das contrarreformas. 2016. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. **Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil**: atores, processos e trajetória. Tese (Doutorado em Ciências Humanas - Sociologia e Política da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2003.

MITROS, Verônica Maria da Silva *et al*. Mudanças na Política de Atenção Básica à Saúde: consensos e contestações em espaços deliberativos do SUS. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 47, n. 138, p. 444–461, jul./set. 2023.

NAKAMURA, Mariana Cláudio da Silva Sartori; BARBOSA, Guilherme Correa; ALENCAR, Rúbia Aguiar. Adequação do Instrumento de Estratificação de Risco em Saúde Mental: Relato de Experiência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 78, n. 6, e20250037, dez. 2025.

NUNES, Mônica de Oliveira *et al*. Reforma e contrarreforma psiquiátrica: análise de uma crise sociopolítica e sanitária a nível nacional e regional. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 4489–4498, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.25252019. Acesso em: 3 fev. 2026.

OLIVEIRA, Mônica Martins de; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Apoios matricial e institucional: analisando suas construções. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 1, p. 229–238, 2015.

OLIVEIRA, Renan. Saúde inaugura espaço E-Multi Vida e amplia oferta com 880 novas consultas psiquiátricas. **Blog Londrina**, Londrina, 19 jan. 2026. Disponível em: https://blog.londrina.pr.gov.br/?p=205920. Acesso em: 23 jul. 2026.

OLIVEIRA, Renan. Secretaria de Saúde apresenta novas diretrizes e lança programa da gestão 2025-2028. **Blog Londrina**, Londrina, 7 mar. 2025. Disponível em: https://blog.londrina.pr.gov.br/?p=187381. Acesso em: 25 jul. 2026.

PAIANO, Marcelle *et al*. Percepção dos enfermeiros sobre estratificação de risco em saúde mental e as ações de enfermagem. **Revista de Saúde Pública do Paraná** [Internet]. 16 jul.2019 [citado 17 jul.2026];2(1):68-9. Acesso em: 11 abr. 2026. Disponível em:https://revista.escoladesaude.pr.gov.br/index.php/rspp/article/view/185.

PAIM, Jairnilson Silva. **Desafios para a saúde coletiva no século XXI**. Salvador: EDUFBA, 2006. 154 p. ISBN 978-85-232-1177-6.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

PAIM, Jairson Silva. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, 2018, p. 1723 a 1728. Disponivel em: https://www.scielosp.org/pdf/csc/2018.v23n6/1723-1728/pt. Acesso em: 2026.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. **PlanificaSUS Paraná**. Curitiba: Secretaria de Estado da Saúde, [s. d.]. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/PlanificaSUS-Parana. Acesso em: 22 jul. 2026.

PASSARINHO, José Guilherme Nogueira. Retrocessos na política nacional de Saúde Mental: consequências para o paradigma psicossocial. **Revista Em Pauta: Teoria Social e Realidade Contemporânea**, Rio de Janeiro, n. 49, v. 20, p. 65–80, 1º sem. 2022.

PASSOS, Rachel Gouveia *et al*. A (re)manicomialização da política de saúde mental em tempos bolsonaristas: A volta do eletrochoque e das internações psiquiátricas. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/*Brazilian Journal of Mental Health***, [S. l.], v. 13, n. 37, p. 42–64, 2021. Disponível em: https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/80618. Acesso em: 12 fev. 2026.

PAULA, Gessner Bravo de. *et al*. Situações de crise de saúde mental: o trabalho do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 32, e4357, 2024. DOI: 10.1590/1518-8345.7015.4357.

PAULON, Simone Mainieri; PROTAZIO, Mairla Machado; TSCHIEDEL, Rosemarie. “Eu sei o que é saúde mental!”: Pesquisar e Cuidar como Fios da Mesma Trama / “I know what mental health is!”: Research and Care as Warp and Weft of one Same Fabric. **Revista Polis e Psique**, [S. l.], v. 8, n. 1, p. 6–32, 2018. DOI: 10.22456/2238-152X.80412. Disponível em: https://seer.ufrgs.br/index.php/PolisePsique/article/view/80412. Acesso em: 20 jul. 2026.

PEDUZZI, Marina; SCHRAIBER, Lília Blima. Processo de trabalho em saúde. *In*: Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2009.

PEREIRA JÚNIOR, Nilton; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. O apoio institucional no Sistema Único de Saúde (SUS): os dilemas da integração interfederativa e da cogestão. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 18, p. 895–908, 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/j/icse/a/csp7f7gCDRybCTpjg4qZr7n/?lang=pt. Acesso em: 11 ag. de 2026.

PINTO, Nataly Isabelle Pessoa da Silva; DIAS, Eduardo Rocha. O surgimento e a expansão das Comunidades Terapêuticas no Brasil. **Revista Direitos Sociais e Políticas Públicas** (UNIFAFIBE), v. 13, n. 2, 2025. Disponível em: https://www.unifafibe.com.br/revista/index.php/direitos-sociais-politicas-pub/index. Acesso em: 12 fev. 2026.

PONTE, Carlos Fidelis da. **Médicos, psicanalistas e loucos: uma contribuição à**

**história da psicanálise no Brasil**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1999.

PONTE, Carlos Fidelis; KROPF, Simone Petraglia; LIMA, Nísia Trindade. O sanitarismo (re)descobre o Brasil. *In*: Ponte, Carlos Fidelis; FALLEIROS, Ialê. **Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história**. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC; Fiocruz/EPSJV, 2010, p. 75-110.

PRADO, Yuri; SEVERO, Fernanda; GUERRERO, André. Reforma Psiquiátrica Brasileira e sua discussão parlamentar: disputas políticas e contrarreforma. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. esp. 3, p. 250-263, out. 2020. Disponível em: https://www.scielosp.org/pdf/sdeb/2020.v44nspe3/250-263/pt. Acesso em: 28 nov. 2025.

PUPO, Ligia Rivero *et al*. Saúde mental na Atenção Básica: identificação e organização do cuidado no estado de São Paulo. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. esp. 3, p. 107–127, out. 2020.

RESENDE, Heitor. Política de Saúde Mental no Brasil: uma visão histórica. *In*: TUNDIS, Silvério Almeida; COSTA, Nilson do Rosário. **Cidadania e Loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. 4 ed. Petrópolis: Vozes/ABRASCO, 1994. p. 15-74.

RIBEIRO, Paulo Rennes Marçal. Saúde mental no Brasil. São Paulo: **Arte e Ciência**. 1999.

RODRIGUES, João Gabriel. **Secretaria de Saúde de Londrina apresenta balanço de ações da pasta em 2025 na CML**. CBN Londrina, Londrina, 28 maio 2025. Disponível em: https://www.cbnlondrina.com.br/materias/secretaria-de-saude-de-londrina-apresenta-balanco-de-acoes-da-pasta-em-2025-na-cml. Acesso em: 25 jul. 2026.

ROTOLI, Adriana *et al*. Saúde mental na Atenção Primária: desafios para a resolutividade das ações. **Escola Anna Nery**, v. 23, n. 2, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ean/a/wrXD8RKChfjKjcJVhzMscQR/?lang=pt. Acesso em: 3 ago. 2026.

SANTOS, Adriano Maia dos. **Redes regionalizadas de atenção à saúde: desafios à integração assistencial e à coordenação do cuidado** [online]. Salvador: EDUFBA, 2018, 311 p. ISBN 978-85-232-2026-6. https://doi.org/10.7476/9788523220266.

SEIXAS, Clarissa Terenzi *et al*. A crise como potência: os cuidados de proximidade e a epidemia pela Covid-19. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 25, p. e200379, 2020.

SHIMOGUIRI, Ana Flávia Dias Tanaka; COSTA-ROSA, Abílio da. **A prática de atenção à saúde nos estabelecimentos psicossociais: efeitos do modo capitalista de produção**. Psicologia USP, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 389–395, 2017.

SILVA, Guilherme Bertassoni da; HOLANDA, Adriano Furtado. Primórdios da assistência em saúde mental no Brasil (1841-1930). **Memorandum**, v. 27, p. 127-142, out. 2014.

SILVA, Maria Ozanira da Silva e. O Padrão de proteção social e a reforma das políticas sociais no Brasil. **Revista de Políticas Públicas**, v. 4, n. 1.2, p. 27–50, 24 jul. 2015 Disponível em: https://periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/rppublica/article/view/3693. Acesso em: 16 set. 2025.

SILVA, Stéfhane Santana da; NUNES, Jonatha Rospide. (Des)Institucionalização: Teorias e Práticas dos Profissionais da RAPS. **Revista Psicologia e Saúde**, Campo Grande, v. 13, n. 3, p. 19–34, 2021. DOI: 10.20435/pssa.v13i3.1127. Disponível em: https://pssa.ucdb.br/pssa/article/view/1127. Acesso em: 12 jul. 2026.

SOARES, Laura Tavares; José Carvalho de Noronha. A política de Saúde no Brasil nos anos 90. **Revista Ciência e Saúde Coletiv**a. Rio de Janeiro, v. 2. n. 2., 2001.

SOUZA FILHO, R. Gestão Pública e Democracia: A burocracia em questão. Rio de Janeiro: **Lumen Juris**, 2011. (Cap. 1 e 3).

SPOSATI, Aldaíza. Descaminhos da seguridade social e desproteção social no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 2315-2325, jul. 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/5SMZzhGjWn5wHHsQvy649qL/. Acesso em: 04 nov. 2025.

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.

TAMANO, Luana Tieko Omena. O Movimento Sanitarista no Brasil: a visão da doença como mal nacional e a saúde como redentora. **Khronos**, São Paulo, Brasil, n. 4, p. 102–115, 2017.

TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury. As redes e a difusão de inovações. *In*: CUNHA, Francisco José Aragão Pedroza; LÁZARO, Cristiane Pinheiro; PEREIRA, Hernane Borges de Barros (org.). **Conhecimento, inovação e comunicação em serviços de saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; Salvador: EDUFBA, 2014. p. 155-183. Disponível em: https://doi.org/10.7476/9788575415566. Acesso em:

VEDANA, Kelly Graziani Giacchero *et al*. Reflexões sobre as políticas de saúde mental no Brasil a partir de marcos históricos e legislativos. ***Research, Society and Development***, v. 13, n. 1, e7913144653, 2024.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila; IOZZI, Fabíola Lana. Enfrentando desigualdades na saúde: impasses e dilemas do processo de regionalização no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], v. 35Suppl 2, n. Suppl 2, p. e00022519, 2019. DOI: 10.1590/0102-311X00022519.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila; LIMA, Luciana Dias de; FERREIRA, Maria Paula. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de

Gestão Regional. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2317–2326, ago. 2010. DOI: 10.1590/S1413-81232010000050000.

VIANNA, Maria Lucia Teixeira Werneck. O processo de americanização da proteção social para os brasileiros. *In*: VIANNA, Maria Lucia Teixeira Werneck. **A americanização (perversa) da seguridade social no Brasil: estratégias de bem-estar e políticas públicas**. 3. ed. Rio de Janeiro: Revan: UCAM, IUPERJ, 2011. p. 138-177.

YASUI, Silvio. Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010, 190 p. **Loucura & Civilização collection**. ISBN 978-85-7541-362-3.Acesso em:12 jul. 2026. Disponível em: https://doi.org/10.7476/9788575413623.

YASUI, Silvio; COSTA-ROSA, Abílio. A estratégia atenção psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de saúde mental. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 78-79-80, p. 27-37, jan./dez. 2008.

ZAMBENEDETTI, Gustavo. Contribuições basaglianas na interseção da perspectiva institucional com as políticas públicas. **Rev. Polis Psique**, Porto Alegre, v. 9, n. spe, p. 54-74, 2019.

# APÊNDICES

# APÊNDICE A
Instrumentos de pesquisa utilizados na coleta de dados

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Prezado (a) Senhor (a):
Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar da pesquisa "ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE E REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: PERSPECTIVAS E DESAFIOS NA CONSTRUÇÃO DE SUA RELAÇÃO", a ser realizada no município de Londrina - PR. O objetivo da pesquisa é: Analisar o papel da Atenção Básica à Saúde (ABS) enquanto componente da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) na perspectiva do trabalho e da gestão. Como objetivos secundários:

- Identificar as atribuições da Atenção Básica à Saúde, a partir da realidade dos profissionais que a integram e da perspectiva da gestão, acerca do cuidado em saúde mental e como parte da RAPS;
- Problematizar as ofertas e o manejo das demandas presentes nos serviços da Atenção Básica à Saúde na prestação de cuidados em saúde mental;
- Compreender as estratégias adotadas pelos serviços da Atenção Básica à Saúde para articular-se com outros pontos da RAPS, a partir da atuação dos profissionais e dos direcionamentos da gestão;
- Identificar as formas de apoio institucional e de suporte da gestão para a efetivação do cuidado em saúde mental na Atenção Básica à Saúde.

A sua participação é muito importante e se daria da seguinte forma: Por meio do aceite em participar de uma entrevista semiestruturada gravada em áudio com a pesquisadora, que possibilitará uma maior obtenção de detalhes. Gostaríamos de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, podendo você: recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento, sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Informamos, ainda, que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade.
Existe um risco mínimo, como possível desconforto, constrangimento ou cansaço ao responder a pesquisa, não havendo nenhum dano ao participante caso desista da pesquisa. No entanto, caso seja necessário qualquer tipo de providência, ou encaminhamento, ela será de responsabilidade da pesquisadora, sem nenhuma oneração ao SUS ou à planos de saúde. Compreende-se como benefícios a realização de uma pesquisa que aprofunde a compreensão dos profissionais da Atenção Básica à Saúde quanto ao atendimento das demandas em saúde mental, reconhecendo seu papel estruturante na organização do cuidado no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e do Sistema Único de Saúde (SUS).
Informamos que o (a) senhor (a) não pagará nem será remunerado por sua participação. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação na pesquisa. Segundo o site do CEP: "O Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (CEPUEL) é um colegiado de avaliação de projetos de pesquisa. O CEP-UEL foi criado em 1997 para atender as resoluções do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde que normatiza as pesquisas envolvendo seres humanos seguindo uma tendência mundial de defesa aos participantes de

pesquisa. A avaliação ética dos projetos de pesquisa do CEP-UEL é pautada nas resoluções vigentes do Ministério da Saúde (Resolução 466/2012 e Resolução 510/2016) e na Norma Operacional do Conselho Nacional de Saúde (Normal Operacional CNS 001/2013). Em 2019, o CEP-UEL passou por avaliação e foi aprovada a sua Renovação de Registro que é válida até junho de 2022 conforme Carta nº 231/2019 - CONEP/SECNS/MS."

Caso você tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos pode nos contatar: Líria Maria Bettiol Lanza, [redacted] / Eliza de Fátima Rakus Pugsley, [redacted]; ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos - CEP/UEL, LABESC - Laboratório Escola de Pós-Graduação - sala 14, Campus Universitário - Rodovia Celso Garcia Garcia Cid, Km 380 (PR 445), Londrina - Pr - CEP: 86057-970, Telefone: (43) 3371-5455, e-mail: cep157@uel.br.

Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida e assinada entregue a você.

Londrina,____de_____de_____.

_____

**Assinatura Pesquisador Responsável**

RG:_____

Eu, _____, tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar voluntariamente da pesquisa descrita acima.

Assinatura (ou impressão dactiloscópica):_____

Data:_____

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA**
**CENTRO DE ESTUDOS SOCIAIS APLICADOS**
**PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL E POLÍTICA SOCIAL**

Projeto: ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE E REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: PERSPECTIVAS E DESAFIOS NA CONSTRUÇÃO DE SUA RELAÇÃO

**ROTEIRO ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PROFISSIONAIS UBS**

---

**I. Dados de Identificação**

Data: ___/___/_____
Identificação/Região da UBS: ( ) Norte ( ) Sul ( ) Leste ( ) Oeste ( ) Centro ( ) Rural
Identificação do(a) Entrevistado(a):
Idade:
Identidade de Gênero:
Formação e qualificação do profissional:
Cargo atual e equipe que integra na Unidade Básica de Saúde (UBS):
Tempo de trabalho na UBS:
Vínculo empregatício:
Composição da equipe da UBS:

---

**II. Atenção Básica à Saúde e RAPS**

1. Quais informações você possui sobre a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)?

2. Quais são, na sua compreensão, as atribuições da Atenção Básica à Saúde (ABS) no cuidado em saúde mental?

3. Há dados disponíveis sobre a demanda de saúde mental na unidade? Quais são os principais agravos identificados e quantos casos, em média, são atendidos?

4. Como você compreende o papel da ABS enquanto integrante da RAPS?

5. Quais ações da UBS estão vinculadas à RAPS?

---

**III. O trabalho da UBS com saúde mental**

6. Como é trabalhado a saúde mental na ABS?

7. Como se dá o acolhimento e o atendimento de pessoas em sofrimento psíquico?

8. Existem orientações gerais para o manejo das demandas de saúde mental?

9. Quais dificuldades você identifica no atendimento às demandas de saúde mental?

---

**IV. Participação da ABS na RAPS**

10. Como se dá a articulação da UBS com os demais pontos da RAPS para o atendimento dessas demandas? Existem canais de comunicação?

11. Que estratégias a equipe da UBS adota para garantir a continuidade do cuidado de pessoas em sofrimento psíquico após o encaminhamento para outros dispositivos da RAPS?

12. Existe contrarreferência de outros dispositivos da RAPS para a ABS?

13. A gestão municipal oferece apoio técnico e institucional para o trabalho em saúde mental na UBS? De que forma? São suficientes?

14. Há espaços de educação permanente, matriciamento ou supervisão voltados à saúde mental em sua unidade?

15. Você se sente capacitado para o atendimento dessas demandas?

16. Na sua opinião, o que seria necessário para fortalecer o cuidado em saúde mental na ABS?

17. Qual sua avaliação acerca da RAPS em seu município?

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA**
**CENTRO DE ESTUDOS SOCIAIS APLICADOS**
**PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL E POLÍTICA SOCIAL**

Projeto: ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE E REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: PERSPECTIVAS E DESAFIOS NA CONSTRUÇÃO DE SUA RELAÇÃO

**ROTEIRO ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA GESTOR ABS**

---

**I. Dados de Identificação**

Data: ___/___/_____
Identificação do(a) Entrevistado(a):
Idade:
Identidade de Gênero:
Formação e qualificação do profissional:
Cargo atual e equipe que integra na Gestão:
Tempo de trabalho na Gestão:
Vínculo empregatício:
Composição da equipe que integra:

---

**II. Atenção Básica à Saúde e RAPS**

1. Quais informações você possui sobre a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)?

2. Quais são, na sua compreensão, as atribuições da Atenção Básica à Saúde (ABS) no cuidado em saúde mental?

3. Há orientações ou diretrizes formais adotadas pela gestão que norteiam o cuidado em saúde mental na ABS e na RAPS?

4. Como você compreende o papel da ABS enquanto integrante da RAPS?

5. Quais ações da UBS estão vinculadas à RAPS?

---

**III. O trabalho da UBS com saúde mental**

6. Quais ações em saúde mental são desenvolvidas na ABS?

7. Como são organizados os processos de acolhimento e atendimento de pessoas com demandas em saúde mental na ABS?

8. Existem orientações gerais para o manejo das demandas de saúde mental nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município?

9. Quais são os critérios utilizados pela gestão para monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas pela AB em saúde mental?

10. Quais principais desafios a gestão identifica no cuidado em saúde mental na ABS?

**IV. Participação da ABS na RAPS**

11. Como se dá a articulação entre a ABS e os demais pontos da RAPS? Existem canais de comunicação, pactuações formais ou mecanismos de integração?

12. Quais estratégias a gestão tem promovido e incentivado para garantir o cuidado em rede de pessoas em sofrimento psíquico?

13. Existe um retorno (contrarreferência) estruturado de outros serviços da RAPS para a ABS? Como esse processo ocorre, na prática?

14. A gestão municipal tem ofertado apoio técnico e institucional às equipes da ABS para o trabalho em saúde mental? De que forma? Tem sido efetivo?

15. Há espaços instituídos de educação permanente, matriciamento ou supervisão técnica voltados à saúde mental na ABS?

16. Na sua avaliação, os profissionais da ABS estão devidamente capacitados para lidar com as demandas de saúde mental?

17. O que você considera fundamental para fortalecer o cuidado em saúde mental na ABS?

18. Como você avalia o funcionamento da RAPS no município de Londrina?

# APÊNDICE B

Instrumentos de pesquisa 2

**TERMO DE CONFIDENCIALIDADE E SIGILO**

Eu, Eliza de Fátima Rakus Pugsley, assistente social e estudante de pós graduação inscrito(a) no CPF/MF sob o nº [redacted], abaixo firmado, assumo o compromisso de manter a confidencialidade e sigilo sobre todas as informações técnicas e outras relacionadas ao projeto de pesquisa intitulado "ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE E REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: PERSPECTIVAS E DESAFIOS NA CONSTRUÇÃO DE SUA RELAÇÃO".

Por esse termo de confidencialidade e sigilo comprometo-me a:

1. Não utilizar as informações confidenciais a que tiver acesso, para gerar benefício próprio exclusivo e/ou unilateral, presente ou futuro, ou para o uso de terceiros;
2. Não efetuar nenhuma gravação ou cópia da documentação confidencial a que tiver acesso;
3. Não me apropriar de material confidencial e/ou sigiloso que venha a ser disponível;
4. Não repassar o conhecimento das informações confidenciais, me responsabilizando por todas as pessoas que vierem a ter acesso às informações, por meu intermédio, e me obrigando, assim, a ressarcir a ocorrência de qualquer dano e/ou prejuízo oriundo de uma eventual quebra de sigilo das informações fornecidas.

Neste termo, as seguintes expressões serão definidas:

Informação Confidencial significará toda informação revelada ou cedida pelo participante da pesquisa, a respeito da pesquisa ou associada à Avaliação de seus dados, sob forma escrita, verbal ou por quaisquer outros meios. Avaliação significará todas e quaisquer discussões, conversações ou negociações entre, ou com as partes, de alguma forma relaciona ou associada com o desenvolvimento da pesquisa.

Informação Confidencial *inclui, mas não se limita*, à dados pessoais, informação relativa a operações, processos, planos ou intenções, informações sobre produção, instalações, equipamentos, segredos de negócio, segredo de fábrica, dados, habilidades especializadas, projetos, métodos e metodologia, fluxogramas, especializações componentes, fórmulas, produtos, amostras, diagramas, desenhos de esquema industrial, patentes, oportunidades de mercado e questões relativas a negócios.

Pelo não cumprimento do presente Termo de Confidencialidade e *Sigilo*, fica o abaixo assinado ciente de que sanções judiciais poderão *advir*.

Londrina, 14/07/25.

[redacted]

Eliza de Fátima Rakus Pugsley

**TERMO DE CONFIDENCIALIDADE E SIGILO**

Eu, Líria Maria Bettiol Lanza, assistente social e docente inscrito(a) no CPF/MF sob o nº [redacted], abaixo firmado, assumo o compromisso de manter a confidencialidade e sigilo sobre todas as informações técnicas e outras relacionadas ao projeto de pesquisa intitulado "ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE E REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: PERSPECTIVAS E DESAFIOS NA CONSTRUÇÃO DE SUA RELAÇÃO".

Por esse termo de confidencialidade e sigilo comprometo-me a:

1. Não utilizar as informações confidenciais a que tiver acesso, para gerar benefício próprio exclusivo e/ou unilateral, presente ou futuro, ou para o uso de terceiros;
2. Não efetuar nenhuma gravação ou cópia da documentação confidencial a que tiver acesso;
3. Não me apropriar de material confidencial e/ou sigiloso que venha a ser disponível;
4. Não repassar o conhecimento das informações confidenciais, me responsabilizando por todas as pessoas que vierem a ter acesso às informações, por meu intermédio, e me obrigando, assim, a ressarcir a ocorrência de qualquer dano e/ou prejuízo oriundo de uma eventual quebra de sigilo das informações fornecidas.

Neste termo, as seguintes expressões serão definidas:

Informação Confidencial significará toda informação revelada ou cedida pelo participante da pesquisa, a respeito da pesquisa ou associada à Avaliação de seus dados, sob forma escrita, verbal ou por quaisquer outros meios. Avaliação significará todas e quaisquer discussões, conversações ou negociações entre, ou com as partes, de alguma forma relaciona ou associada com o desenvolvimento da pesquisa.

Informação Confidencial inclui, mas não se limita, à dados pessoais, informação relativa a operações, processos, planos ou intenções, informações sobre produção, instalações, equipamentos, segredos de negócio, segredo de fábrica, dados, habilidades especializadas, projetos, métodos e metodologia, fluxogramas, especializações componentes, fórmulas, produtos, amostras, diagramas, desenhos de esquema industrial, patentes, oportunidades de mercado e questões relativas a negócios.

Pelo não cumprimento do presente Termo de Confidencialidade e Sigilo, fica o abaixo assinado ciente de que sanções judiciais poderão advir.

Londrina, .

gov.br Documento assinado digitalmente
LIRIA MARIA BETTIOL LANZA
Data: 14/07/2025 16:42:17-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

_____

Líria Maria Bettiol Lanza

# ANEXOS

# ANEXO A
Parecer consubstanciado CEP

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA - UEL

## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE E REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: PERSPECTIVAS E DESAFIOS NA CONSTRUÇÃO DE SUA RELAÇÃO

**Pesquisador:** ELIZA DE FATIMA RAKUS

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 90480825.3.0000.5231

**Instituição Proponente:** CESA/SERVIÇO SOCIAL/Prog. de Pós-Graduação em Serviço Social

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 7.826.101

**Apresentação do Projeto:**

PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2601059.pdf Versão do Projeto: 2

O presente projeto tem como objetivo analisar o papel da Atenção Básica à Saúde (ABS) enquanto componente da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) na perspectiva do trabalho e da gestão. Busca-se, especificamente, identificar as atribuições da ABS no cuidado em saúde mental, a partir da realidade vivenciada por seus profissionais e pela gestão; problematizar as ofertas e o manejo das demandas relacionadas à saúde mental nesses serviços; compreender as estratégias adotadas para a articulação da ABS com os demais pontos da RAPS; e identificar as formas de apoio institucional e de suporte da gestão para a efetivação do cuidado em saúde mental. A pesquisa adota uma abordagem qualitativa, de caráter exploratório, utilizando como principal instrumento entrevistas semiestruturadas com profissionais de seis UBS, representando as diferentes regiões do município de Londrina, além de um(a) profissional vinculado(a) à gestão da ABS, totalizando 13 entrevistas. Espera-se que os resultados contribuam para o fortalecimento da Atenção Psicossocial no âmbito da Atenção Básica, ampliando o entendimento sobre seu papel na RAPS e subsidiando práticas e políticas públicas mais integradas, qualificadas e alinhadas aos princípios da Reforma

**Endereço:** LABESC - Sala 14
**Bairro** Campus Universitário **CEP:** 86.057-970
**UF:** PR **Município** LONDRINA
**Telefone** (43)3371-5455 **E-** cep268@uel.br





Psiquiátrica.

**Objetivo da Pesquisa:**
PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2601059.pdf Versão do Projeto: 2

Objetivo Primário:
Analisar o papel da Atenção Básica à Saúde (ABS) enquanto componente da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) na perspectiva do trabalho e da gestão.
Objetivo Secundário:
- Identificar as atribuições da Atenção Básica à Saúde, a partir da realidade dos profissionais que a integram e da perspectiva da gestão, acerca do cuidado em saúde mental e como parte da RAPS;
- Problematizar as ofertas e o manejo das demandas presentes nos serviços da Atenção Básica à Saúde na prestação de cuidados em saúde mental;
- Compreender as estratégias adotadas pelos serviços da Atenção Básica à Saúde para articular-se com outros pontos da RAPS, a partir da atuação dos profissionais e dos direcionamentos da gestão;
- Identificar as formas de apoio institucional e de suporte da gestão para a efetivação do cuidado em saúde mental na Atenção Básica à Saúde.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**
PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2601059.pdf Versão do Projeto: 2

Riscos:
A pesquisa apresenta risco mínimo, relacionado à possibilidade de desconforto, constrangimento ou cansaço durante a realização da entrevista. A participação é voluntária, e o participante poderá interromper a entrevista ou desistir da pesquisa a qualquer momento, sem qualquer ônus ou prejuízo. Em caso de desconforto, o participante será acolhido, escutado e, se necessário, encaminhado para suporte adequado, sem onerar o serviço público.

Benefícios:
Compreende-se como benefício a realização de uma pesquisa que aprofunde a





compreensão dos profissionais da Atenção Básica à Saúde quanto ao atendimento das demandas em saúde mental, reconhecendo seu papel estruturante na organização do cuidado no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e do Sistema Único de Saúde (SUS). Os resultados poderão subsidiar a análise da efetivação das políticas públicas e apontar possíveis caminhos para a qualificação dos serviços no que se refere à gestão
e ofertada à população.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**
A pesquisa é relevante para a obtenção de informações que poderão auxiliar na compreensão do assunto proposto. O projeto apresenta relevância social e científica devidamente justificados, os materiais e métodos empregados são pertinentes aos objetivos da pesquisa.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**
QUANTO À FOLHA DE ROSTO:
- A folha de rosto contém a assinatura do pesquisador responsável
- Contém a assinatura do responsável pela instituição onde se realizará a pesquisa - Coordenadora do programa de pós graduação de Serviço Social;

QUANTO AO TCLE:
- O TCLE está construído de acordo com as resoluções vigentes (466/2012 e 510/2016).
- A redação está em forma de convite com linguagem clara e acessível apropriada aos participantes;
- Apresenta o título, nome do responsável pela pesquisa, local de realização da pesquisa objetivos, detalhamento dos procedimentos e métodos a serem utilizados, benefícios da pesquisa, riscos e desconfortos decorrentes da participação na pesquisa juntamente com providências de acolhimento e formas de minimizar, reduzir ou evitar os riscos;
- Está garantida a plena liberdade ao participante da pesquisa, de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem que isso acarrete em qualquer ônus ou prejuízo ao participante;






- Está garantida a manutenção do sigilo e da confidencialidade dos participantes preservando a sua identidade durante toda a pesquisa;
- Foi garantido ao participante o direito ao ressarcimento das possíveis despesas decorrentes da pesquisa;
- Consta no TCLE informações referentes ao e-mail, telefone pessoal e endereço do responsável pela pesquisa, bem como informações do e-mail, telefone e endereço do CEP-UEL;
- Garantia que TCLE será em duas vias, sendo uma entregue ao participante e o outra que ficará com pesquisador.

QUANTO À DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE:
- A declaração de autorização foi apresentada e assinada pela Gerente de Unidade - Secretaria Municipal de Saúde;
- Apresenta o título da pesquisa e o nome do pesquisador principal; - Informa o que será realizado na instituição coparticipante;
- Informa o período em que os dados serão coletados;
- Apresenta a assinatura do responsável pela instituição;
- Indica que a coleta de dados somente ocorrerá após a aprovação do projeto pelo CEP-UEL.

QUANTO AO CRONOGRAMA:
- Está adequadamente descrito, indicando cada fase do estudo;
- A coleta de dados está prevista para o período de 01/10/2025 a 31/07/2026;
- Indica que a coleta de dados terá início apenas após aprovação do CEP.

QUANTO AO ORÇAMENTO:
- A pesquisa apresenta o orçamento detalhado com financiamento próprio;
- Há coerência entre o método e o orçamento apresentados.

ROTEIRO DE ENTREVISTA ESTRUTURADA - GESTOR
- Devidamente apresentado, contendo 18 questões norteadoras.

ROTEIRO DE ENTREVISTA ESTRUTURADA - PROFISSIONAIS






- Devidamente apresentado, contendo 17 questões norteadoras.

TERMO DE CONFIDENCIALIDADE
- Devidamente apresentado.

**Recomendações:**
Não há.

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

**Considerações Finais a critério do CEP:**
Prezado(a) Pesquisador(a),
Este é seu parecer final de aprovação, vinculado ao Comitê de Ética em Pesquisas Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina. É sua responsabilidade apresenta-Lo aos órgãos e/ou instituições pertinentes.
Ressaltamos, para início da pesquisa, as seguintes atribuições do pesquisador, conforme Resolução CNS 466/2012 e 510/2016:
A responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais, cabendo-lhe:
- conduzir o processo de Consentimento e de Assentimento Livre e Esclarecido;
- apresentar dados solicitados pelo sistema CEP/CONEP a qualquer momento;
- desenvolver o projeto conforme delineado, justificando, quando ocorridas, a sua mudança ou interrupção;
- elaborar e apresentar os relatórios parciais e final;
- manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa;
- encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores e pessoal técnico integrante do projeto;
- justificar fundamentadamente, perante o sistema CEP/CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Coordenação CEP/UEL.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA - UEL

Continuação do Parecer: 7.826.101

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

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situaçã |
|---|---|---|---|---|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2601059.pdf | 22/08/2025 09:38:21 | | Aceito |
| Outros | RESPOSTA_PENDENCIA_1_.pdf | 22/08/2025 09:37:27 | ELIZA DE FATIMA RAKUS | Aceito |
| Folha de Rosto | FOLHA_DE_ROSTO_.pdf | 22/08/2025 09:33:45 | ELIZA DE FATIMA RAKUS | Aceito |
| Outros | TERMO_DE_CONFIDENCIALIDADE_E_SIGILO_LIRIA.pdf | 16/07/2025 11:26:40 | ELIZA DE FATIMA RAKUS | Aceito |
| Outros | TERMO_DE_CONFIDENCIALIDADE_E_SIGILO_ELIZA.pdf | 16/07/2025 11:26:16 | ELIZA DE FATIMA RAKUS | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVRE_E_ESCLARECIDO.pdf | 14/07/2025 15:35:14 | ELIZA DE FATIMA RAKUS | Aceito |
| Outros | ROTEIRO_ENTREVISTA_SEMIESTRUTURADA_PROFISSIONAIS_UBS.pdf | 14/07/2025 15:17:23 | ELIZA DE FATIMA RAKUS | Aceito |
| Outros | ROTEIRO_ENTREVISTA_SEMIESTRUTURADA_GESTOR_ABS.pdf | 14/07/2025 15:16:51 | ELIZA DE FATIMA RAKUS | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | PROJETO_MESTRADO.pdf | 14/07/2025 15:15:12 | ELIZA DE FATIMA RAKUS | Aceito |
| Declaração de concordância | APROVACAO_PESQUISA_PML.pdf | 14/07/2025 15:14:17 | ELIZA DE FATIMA RAKUS | Aceito |

**Situação do Parecer:**
Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**
Não

LONDRINA, 08 de Setembro de 2025

**Assinado por:**
**Alessandra Lourenço Cecchini Armani**
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** LABESC - Sala 14
**Bairro** Campus Universitário **CEP:** 86.057-970
**UF:** PR **Município** LONDRINA
**Telefone** (43)3371-5455 **E-** cep268@uel.br

**ANEXO B**
Parecer consubstanciado PML

PREFEITURA DE LONDRINA | Secretaria Municipal de Saúde

**AUTORIZAÇÃO DEFINITIVA DE PESQUISA**

**C. D. 14/2025 - GPQS/DGTES/AMS/PML.**

Informamos que está autorizada a pesquisa: **"ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE E REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: PERSPECTIVAS E DESAFIOS NA CONSTRUÇÃO DE SUA RELAÇÃO"**, da pesquisadora Eliza de Fátima Rakus Pugsley, do Programa de Pós-graduação em Serviço Social e Política Social da Universidade Estadual de Londrina sob a orientação da Profa. Líria Maria Bettiol Lanza, conforme o parecer n.º 7.826.101 do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina - UEL.

Informamos ainda ser imprescindível que ao término desta pesquisa, nos seja enviado uma cópia através de mídia eletrônica, para ser divulgada na Autarquia Municipal de Saúde de Londrina.

Londrina, 16 de outubro de 2025.

Documento assinado eletronicamente por **Kelly Cristina Jeronymo**, **Gerente de Unidade**, em 16/10/2025, às 13:02, conforme horário oficial de Brasília, conforme a Medida Provisória nº 2.200-2 de 24/08/2001 e o Decreto Municipal nº 1.525 de 15/12/2017.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.londrina.pr.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **16830975** e o código CRC **27ECF33F**.

**Referência:** Processo nº 60.019383/2025-41 SEI nº 16830975