



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

LARISSA WEBER

**AVALIAÇÃO DAS AÇÕES EM SAÚDE DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL SOB A PERSPECTIVA DA INTEGRALIDADE**

Florianópolis

2024

LARISSA WEBER

**AVALIAÇÃO DAS AÇÕES EM SAÚDE DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL SOB A PERSPECTIVA DA INTEGRALIDADE**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial à obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva.

Orientadora: Dra. Cláudia Flemming Colussi

Florianópolis

2024

Ficha catalográfica gerada por meio de sistema automatizado gerenciado pela BU/UFSC.
Dados inseridos pelo próprio autor.

Weber, Larissa

Avaliação das ações em saúde dos serviços de atenção psicossocial sob a perspectiva da integralidade / Larissa Weber ; orientadora, Cláudia Flemming Colussi, 2024.
210 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Florianópolis, 2024.

Inclui referências.

1. Saúde Coletiva. 2. Integralidade do cuidado. 3. Saúde mental. 4. Avaliação em saúde. I. Colussi, Cláudia Flemming. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III. Título.

Larissa Weber

Avaliação das ações em saúde dos serviços de atenção psicossocial sob a perspectiva da
integralidade

O presente trabalho em nível de Doutorado foi avaliado e aprovado, em 08 de março de
2024, pela banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Károl Veiga Cabral, Dra.

Universidade Federal do Pará

Prof. Roger dos Santos Rosa, Dr.

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof. Sérgio Fernando Torres de Freitas, Dr.

Universidade Federal de Santa Catarina

Certificamos que esta é a versão original e final do trabalho de conclusão que foi
julgado adequado para obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva.

Coordenação do Programa de Pós-Graduação

Prof.^a Cláudia Flemming Colussi, Dra.

Orientadora

Florianópolis, 2024.

Dedico esta tese à minha irmã, Tatiana Weber, cujo exemplo desde tenra idade me inspirou a percorrer meu próprio caminho em busca de conhecimento.

AGRADECIMENTOS

Esse não foi um percurso simples, uma vez que atravessado por inúmeras transformações. O único aspecto imutável nesses anos foi o companheirismo e o apoio do Cícero, meu esposo, a quem agradeço primeiramente. Juntos atravessamos mudança de estado, de país, de configuração familiar, além de uma pandemia. Certamente sua presença foi porto seguro do primeiro ao último minuto e me manteve centrada para que essa tese pudesse tomar forma. Muito obrigada, te amo!

Agradeço aos meus pais, Luiz Inacio e Iene, pelos primeiros ensinamentos e vivências sobre cuidado e sua estreita relação com autonomia. Cada gesto de incentivo de vocês foi determinante na minha trajetória. Sou particularmente grata ao meu pai por ter me acompanhado até Florianópolis em uma noite muito chuvosa, garantindo que eu participasse da última etapa do processo seletivo do doutorado da maneira mais tranquila possível. À minha mãe, agradeço sobremaneira pelo suporte contínuo depois que eu me tornei mãe, essencial para que eu pudesse equilibrar as demandas da maternidade, do trabalho e da pesquisa – seguindo o exemplo inspirador do caminho que ela mesma trilhou ao conquistar sua pós-graduação.

A maternidade trouxe um novo sentido à minha existência e uma motivação adicional para alcançar a linha de chegada desse percurso doutoral. Agradeço de todo o coração ao Benício e à Marina, mesmo ainda na barriga, por serem fonte de amor, ternura e inspiração.

Sou extremamente grata e feliz por ter sido agraciada com a orientação da Dra. Cláudia Flemming Colussi, a qual me acolheu na universidade de forma muito generosa, compreendeu as particularidades de cada fase da minha jornada acadêmica e contribuiu enormemente com todas as etapas que envolveram a elaboração desta tese. Agradeço por ser não só uma orientadora brilhante, como uma professora de excelência e um ser humano excepcional.

À Dra. Isabel Craveiro, professora do Instituto de Higiene Tropical da Universidade NOVA de Lisboa, minha orientadora no estágio de doutoramento, agradeço por aceitar o desafio de receber-me em Portugal em um período tão incerto, oportunizando tanto quanto possível o intercâmbio com a instituição. Assim como expressei minha gratidão por sua valiosa cooperação com alguns dos produtos desta tese.

Na figura da professora Marta Verdi, coordenadora do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, agradeço às/aos demais professoras/es e funcionárias/os

do Programa. Também sou grata pela oportunidade de integrar dois grupos de pesquisa da UFSC - Núcleo de Extensão e Pesquisa em Avaliação em Saúde (NEPAS) e Grupo de Pesquisa em Saúde/Saúde Mental (GPPS) – razão pela qual gostaria de saudar as professoras Daniela Alba Nickel, Josimari Telino de Lacerda e Maria Cristina Calvo e os professores Walter Ferreira de Oliveira e Carlos Alberto Severo Garcia Junior.

Agradeço à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela concessão da bolsa de estudos nacional e internacional, tanto quanto agradeço à Secretaria Municipal de Saúde de Guaíba-RS, por me conceder a licença para capacitação. Ambas as instituições oportunizaram, dessa forma, a dedicação exclusiva ao doutorado por dois anos.

Às/aos colegas e amigas/os Ana Caroline Secco, Ian Jacques de Souza, Joyce Ribeiro Rothstein, Marina Gasino Jacobs, Rafaela Souza e Sued Macedo Lopes, obrigada por compartilharem aprendizados e sorrisos, semestre após semestre, tornando essa jornada acadêmica mais prazerosa e especial. Com vocês descobri que ciência se faz também com alegria.

Reporto ainda minha gratidão às/aos participantes da pesquisa pelas informações e reflexões partilhadas e a todas/os que viabilizaram a coleta de dados nos municípios.

Finalmente, agradeço às/aos membros da banca – Dra. Károl Veiga Cabral, Dr. Roger dos Santos Rosa, Dr. Sérgio Torres de Freitas, Dra. Patrícia Maria de Oliveira Machado e Dra. Luana Gabriele Nilson por dedicarem seu precioso tempo a avaliar e contribuir com o presente trabalho.

RESUMO

A integralidade do cuidado perpassa as práticas dos profissionais, a organização dos programas/serviços de saúde e a construção de políticas de saúde; assim como pressupõe a combinação de diferentes tecnologias de cuidado articuladas em rede para atender as variadas demandas de saúde da população. A integralidade na Atenção Psicossocial envolve ampla gama de profissionais e setores para que a subjetividade dos sujeitos seja escutada. Com esse propósito, instituiu-se a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Brasil. A RAPS impulsionou a qualificação do cuidado em saúde mental, ampliando o acesso aos serviços, diversificando as estratégias de cuidado e articulando os pontos de atenção, fazendo frente ao substancial aumento das taxas de prevalência dos transtornos relacionados à saúde mental. Transcorridos mais de dez anos desde a sua implantação, constatou-se a inexistência de pesquisas avaliativas que verifiquem a integração entre os serviços desta rede e a baixa proporção de avaliações participativas com proposição de indicadores para a Atenção Psicossocial. Objetivo: Avaliar as ações em saúde dos serviços de Atenção Psicossocial sob a perspectiva da integralidade no nível municipal. Os objetivos específicos são identificar as ações que caracterizam a integralidade da Atenção Psicossocial; avaliar a integralidade em municípios brasileiros com diferentes portes populacionais e diferentes configurações de serviços de Atenção Psicossocial; compreender e caracterizar aspectos que dificultam e potencializam a integração entre os pontos de atenção. Método: De natureza mista, a pesquisa avaliativa seguiu quatro etapas: estudo exploratório, que incluiu uma revisão integrativa de literatura e uma análise da integralidade na Política de Saúde Mental brasileira e portuguesa; construção do Modelo Teórico-Lógico e da Matriz de Análise e Julgamento (MAJ), com duas dimensões, seis subdimensões, 16 indicadores e 52 medidas, validada em oficina de consenso; e estudo de casos múltiplos. Para este estudo, selecionou-se três municípios da Região Sul do Brasil, de diferentes tamanhos. A coleta de dados compreendeu a extração de dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), busca de documentos municipais e produção de dados primários, através de observação direta e entrevistas realizadas com um gestor de saúde, dois profissionais da RAPS e dois usuários em tratamento de saúde mental de cada município, totalizando 15 participantes. O material foi submetido à análise de conteúdo com categorias pré-definidas pela MAJ. Procedeu-se à triangulação dos dados como forma de contribuir com a validade interna do estudo. Resultados: A integralidade foi caracterizada a partir de duas categorias, nomeadamente compreensão dos sujeitos e articulação dos cuidados. Entre os facilitadores para sua efetivação, destacou-se fortalecimento da Atenção Básica, informatização, cuidado compartilhado, qualificação profissional, uso de Práticas Integrativas e Complementares, acolhimento/vínculo, singularidade do cuidado. As barreiras identificadas foram carências estruturais, entraves nos processos de trabalho, preconceito com a saúde mental, vulnerabilidade social, dificuldade de acesso, insatisfação com atendimento. O estudo de casos múltiplos mostrou desempenho satisfatório na dimensão “elementos essenciais” nos três casos e evidenciou a importância da Atenção Básica, especialmente no menor município. A diversificação do cuidado foi mais expressiva nas redes maiores. Na dimensão “integrações”, sobressaiu-se o município de grande porte.

Palavras-chave: avaliação em saúde; saúde mental; integralidade em saúde.

ABSTRACT

Integrated and comprehensiveness care permeate professionals' practices, the organization of health programs/services and the construction of health policies; as well as presupposing the combination of different care technologies articulated in a network to meet the varied health demands of the population. Comprehensiveness in Psychosocial Care involves a wide range of professionals and sectors so that the subjectivity of subjects is heard. For this purpose, the Psychosocial Care Network (RAPS) was established in Brazil. RAPS boosted the qualification of mental health care, expanding access to services, diversifying care strategies and articulating points of care, countering the substantial increase in the prevalence rates of disorders related to mental health. More than ten years after its implementation, it was noted that there is no evaluation research that verifies the integration between the services of this network and the low proportion of participatory evaluations proposing indicators for Psychosocial Care. Objective: To evaluate the health actions of Psychosocial Care services from the perspective of integrated care at the municipal level. The specific objectives are to identify the actions that characterize the integrated care of Psychosocial Care; evaluate integrated care in Brazilian municipalities with different population sizes and different configurations of Psychosocial Care services; understand and characterize aspects that hinder and enhance integration between points of care. Method: Mixed in nature, the evaluative research followed four stages: exploratory study, which included an integrative literature review and an analysis of the comprehensiveness of Brazilian and Portuguese Mental Health Policy; construction of the Theoretical-Logical Model and the Analysis and Judgment Matrix (MAJ), with two dimensions, six subdimensions, 16 indicators and 52 measures, validated in a consensus workshop; and multiple case studies. For this study, three municipalities in the Southern Region of Brazil, of different sizes, were selected. Data collection comprised the extraction of data from the Information Technology Department of the Unified Health System (DATASUS), search for municipal documents and production of primary data, through direct observation and interviews carried out with a health manager, two RAPS professionals and two users undergoing mental health treatment from each municipality, totaling 15 participants. The material was subjected to content analysis with categories pre-defined by MAJ. Data triangulation was carried out as a way of contributing to the internal validity of the study. Results: Integrated care was characterized based on two categories, namely understanding of the subjects and articulation of care. Among the facilitators for its implementation, the strengthening of Primary Care, computerization, shared care, professional qualification, use of Integrative and Complementary Practices, welcoming/bonding, singularity of care stood out. The barriers identified were structural deficiencies, obstacles in work processes, prejudice against mental health, social vulnerability, difficulty in access, dissatisfaction with care. The multiple case study showed satisfactory performance in the "essential elements" dimension in the three cases and highlighted the importance of Primary Care, especially in the smallest municipality. The diversification of care was more significant in larger networks. In the "integrations" dimension, the large municipality stood out.

Keywords: health evaluation; mental health; integrated care.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA	12
2. OBJETIVOS	18
2.1 OBJETIVO GERAL	18
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	18
3 MÉTODO	19
3.1 ESTUDO EXPLORATÓRIO	19
3.2 CONSTRUÇÃO DO MODELO AVALIATIVO	20
3.3 CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DA MATRIZ DE ANÁLISE E JULGAMENTO (MAJ)	21
3.4 ESTUDO DE CASOS MÚLTIPLOS	22
3.4.1 COLETA DOS DADOS	23
3.4.2 ANÁLISE DOS DADOS	25
3.5 ASPECTOS ÉTICOS	26
4 REVISÃO DA LITERATURA	27
4.1 DA REFORMA PSIQUIÁTRICA	27
4.1.1 Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil	29
4.1.1.1 Década de 70 – Antes da criação do SUS	31
4.1.1.2 Década de 80 – O começo da institucionalização de um novo modelo de atenção	31
4.1.1.3 Anos 90 – Multiplicação das primeiras experiências exitosas	32
4.1.1.4 Anos 2000 – Promulgação da Lei Paulo Delgado e principais desdobramentos	33
4.1.1.5 A partir de 2010 – Implantação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)	35
4.2 INTEGRALIDADE	42
4.3 AVALIAÇÃO EM SAÚDE	49
4.3.1 Avaliação da atenção à saúde mental no SUS	51
5. RESULTADOS	53
5.1 ENSAIO TEÓRICO	54
5.2 ARTIGO CIENTÍFICO 1	63
5.3 CAPÍTULO DE LIVRO	81
5.4 ARTIGO CIENTÍFICO 2	100
5.5 ARTIGO CIENTÍFICO 3	119
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	147

REFERÊNCIAS	150
APÊNDICE A - AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO BRASIL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA.....	177
APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA	177
APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	178
APÊNDICE D - TERMO DE ACEITE INSTITUCIONAL	17880
APÊNDICE E - RESULTADO DA AVALIAÇÃO E PROPOSIÇÃO DE RECOMENDAÇÕES PARA O FORTALECIMENTO DA INTEGRALIDADE NA RAPS DO CASO 1.....	181
APÊNDICE F - RESULTADO DA AVALIAÇÃO E PROPOSIÇÃO DE RECOMENDAÇÕES PARA O FORTALECIMENTO DA INTEGRALIDADE NA RAPS DO CASO 2.....	186
APÊNDICE G - RESULTADO DA AVALIAÇÃO E PROPOSIÇÃO DE RECOMENDAÇÕES PARA O FORTALECIMENTO DA INTEGRALIDADE NA RAPS DO CASO 3.....	191
ANEXO A – MODELO TEÓRICO-LÓGICO DE SOUZA (2020)	1955
ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP – UFSC.....	1956
ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP DE CURITIBA.....	204

1. INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

O atendimento integral figura como uma diretriz prevista na Constituição Federal de 1988, ao lado da descentralização e da participação da comunidade. De acordo com o Art. 198, as ações e os serviços de saúde compõem uma rede regionalizada e hierarquizada, na qual são priorizadas atividades preventivas, sem prejuízo às atividades assistenciais (Brasil, 1988).

A integralidade no contexto da Atenção Psicossocial é um tema fundamental desde o advento da Reforma Psiquiátrica (RP). Para Gadelha e Catanio (2021), o modelo da Atenção Psicossocial fundamenta-se no princípio da integralidade, ao contrapor-se ao modelo hospitalocêntrico. A construção desse modelo no Brasil evoluiu para a instituição de uma rede temática, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), em 2011, fato que concedeu à integralidade um novo patamar de importância no âmbito da saúde mental.

A definição de saúde mental proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS), ao considerá-la em sua interdependência com o funcionamento físico e social, traz em si uma clara referência à integralidade. Para a OMS, a saúde mental consiste em um estado de bem-estar no qual o indivíduo executa suas habilidades, lida com o estresse do dia a dia, trabalha de forma produtiva e contribui para o crescimento de sua comunidade (WHO, 2004).

Ainda que considere a interdependência com o funcionamento físico e mental, essa definição limita-se ao sujeito em sua individualidade. O conceito de saúde mental coletiva, por sua vez, inscreve-se na lógica do fortalecimento de sujeitos sociais e das intervenções na realidade social, instaurando novos modos de fazer política e atenção que abrangem a integralidade (Fagundes, 2020; Fagundes, 1995).

O reconhecimento acerca do valor da saúde mental no âmbito individual e coletivo vem crescendo em proporção semelhante ao aumento das taxas de prevalência dos transtornos a ela relacionados, tanto no Brasil como no mundo todo. Já em 2001, a própria OMS destacava que a depressão grave era a principal causa de incapacitação em todo o mundo, além de ocupar, à época, o quarto lugar entre as dez principais causas de patologia (OMS, 2001). Desde então, as taxas de prevalência deste e de outros transtornos relacionados à saúde mental só fazem crescer. De acordo com a OMS (WHO, 2022), as mais altas cargas de morbidade estão relacionadas aos transtornos de

ansiedade (31%), transtornos depressivos (28,9%), transtornos do desenvolvimento (idiopáticos) (11,1%), transtornos de déficit de atenção/hiperatividade (8,8%), transtorno afetivo bipolar (4,1%), transtornos do espectro autista (2,9%), esquizofrenia (2,5%), e transtornos alimentares (1,4%).

A prevalência de transtornos mentais varia com sexo e idade, sendo os transtornos de ansiedade e depressão – conhecidos como Transtornos Mentais Comuns (TMC) - os mais frequentes em ambos os sexos. Os de ansiedade surgem mais cedo que os depressivos, que são raros antes dos dez anos e mais comuns entre os 50 e 69 anos. Em 2019, 301 milhões de pessoas tinham transtornos de ansiedade e 280 milhões tinham depressão, números que aumentaram devido à pandemia de COVID-19 em 2020. Esquizofrenia, com 24 milhões de casos, e transtorno bipolar, com 40 milhões, também são preocupações primárias de saúde mental, afetando principalmente adultos em idade produtiva (WHO, 2022).

Um fator contemporâneo que contribui com a piora na saúde mental da população consiste na precarização do trabalho em diversos países do mundo, em particular no Brasil. Segundo a Organização Internacional do Trabalho, ambientes de trabalho inseguros criam fatores de risco para a saúde mental, conhecidos como riscos psicossociais. Dentre eles, destacam-se a redução dos postos de trabalho (demissões), a proliferação de contratos flexíveis e temporários, o aumento das terceirizações, a violência e o assédio no trabalho, tudo isso associado ao aumento da carga de trabalho e maior necessidade de flexibilidade em termos de funções e competências, bem como ao fraco equilíbrio entre a vida profissional e a vida privada (ILO, 2024). O reflexo na saúde mental fica evidenciado pelo fato de que, desde 2000, os TMC têm sido consistentemente classificados entre as principais causas de incapacidade em todo o mundo (WHO, 2022).

O crescimento expressivo dos TMC tem sido associado também ao aumento e envelhecimento da população global (WHO, 2017). De outra parte, a doença de Alzheimer e outras demências, também correlacionadas ao envelhecimento, corresponderam à sétima causa global de morte (WHO, 2020). Ações que previnam transtornos mentais em idosos são ainda escassas na literatura brasileira, apesar de fundamentais para a redução da sua incidência e para a promoção do envelhecimento saudável (Leandro-França; Murta, 2014).

Em uma perspectiva de saúde pública, as medidas a serem adotadas pelos governos com vistas a reduzir as doenças e os agravos à saúde mental, de uma maneira geral, consistem em: formular políticas destinadas a melhorar a saúde mental das populações; garantir acesso universal a serviços apropriados e a tratamentos eficazes; proteger os direitos humanos básicos; promover estilos de vida saudáveis; reduzir fatores de risco, como ambientes familiares instáveis, maus tratos e instabilidade civil; apoiar a coesão social; fortalecer pesquisas sobre o tema e avaliar os sistemas de saúde mental (OMS, 2001, p. 48). Políticas públicas que promovem abordagens multissetoriais e comunitárias da saúde mental têm o potencial de mitigar as desigualdades sociais e de saúde, bem como os determinantes estruturais da saúde mental, proporcionando maior bem-estar social (Castillo *et al.*, 2019).

O Brasil tem envidado esforços nas últimas décadas, a partir de um processo conhecido como Reforma Psiquiátrica (RP), para constituir um modelo de atenção à saúde mental alinhado aos preceitos acima. Foram promovidas transformações nas esferas teórico-conceitual, jurídico-político, técnico-assistencial e sociocultural (Amarante, 2003), que resultaram em avanços substanciais, especialmente no que diz respeito à expansão dos serviços componentes da RAPS.

Um dos objetivos gerais da RAPS consiste na ampliação do acesso à Atenção Psicossocial da população, em especial das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas e suas famílias (Brasil, 2011). As barreiras no acesso tradicionalmente prejudicam alguns grupos estigmatizados, como as pessoas que fazem uso abusivo/prejudicial de álcool e outras drogas. Além disso, após superar as barreiras, muitas vezes os sujeitos não são reconhecidos pelas equipes como seres multidimensionais, com processos de saúde-doença multifacetados, o que é imprescindível para fazer valer a integralidade da atenção (Lima; Guimarães, 2019).

Ocorre que a transposição de uma RAPS idealizada em uma Portaria Ministerial para uma realidade tão diversa quanto é a realidade dos mais de cinco mil municípios brasileiros não se dará de forma homogênea. Há que se considerar as particularidades de cada município/região no processo de constituição de suas RAPS, entendendo que as redes municipais/regionais assumirão diferentes configurações.

O próprio processo da RP no Brasil apresentou diferenças regionais e tem sido marcado por avanços e retrocessos, os quais evidenciam a existência de uma contrarreforma – que inviabiliza a saúde enquanto direito humano universal e restaura

práticas manicomiais e privatistas na política de saúde mental, atendendo a interesses econômicos (Lira; Oliveira, 2023). Exemplo disso são as mudanças perpetradas pelo MS na Política Nacional de Saúde Mental, bem como nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas, que desvelam o fortalecimento do modelo asilar, hegemônico, nos últimos anos. Isso fica evidenciado pelo estímulo à manutenção dos hospitais psiquiátricos e pela inclusão das Comunidades Terapêuticas na RAPS – instituições fechadas e instaladas, majoritariamente, na zona rural; constituídas por um sistema rigoroso de horários e regras; focadas na evangelização e na laborterapia, ou na explícita exploração do trabalho dos internos (Barcelos *et al.*, 2021) - entre outras proposições (Brasil, 2019).

Esse quadro é ainda agravado pela expansão da terceirização no âmbito da saúde, resultando na implantação de serviços descompromissados com a RP que, em sua grande maioria, tem muito pouco de atenção psicossocial. Quando não reproduzem explicitamente o modelo manicomial, como é o caso das Comunidades Terapêuticas, as quais crescem em face do descompromisso do Estado com o investimento em intervenções mais efetivas e eficazes (Barcelos *et al.*, 2021; Pitta, 2011). De outra parte, a expansão dos planos de saúde e da medicina complementar apontam para um aumento nas internações psiquiátricas em estabelecimentos privados (FIOCRUZ, 2015).

A coexistência entre os modelos tem sido nomeada de transição tecnológica. Nesta transição, percebe-se que o modelo contra-hegemônico, empreendido de maneira normativa, carece de investimento institucional (Araújo; Tanaka, 2012). Como consequência, há locais em que o funcionamento dos serviços substitutivos, em especial os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), não reflete, necessariamente, o modelo psicossocial. Não raro, a organização dos processos de trabalho nesses serviços apresenta características ambulatoriais e, em níveis mais extremos, promove a institucionalização dos usuários junto aos serviços substitutivos (Pande; Amarante, 2011).

Outro desdobramento da carência de investimento institucional no modelo da Atenção Psicossocial consiste na desarticulação entre os componentes da RAPS, o que gera implicações para a continuidade do cuidado no território. Lima e Guimarães (2019) apontam para a escassa problematização acerca dos modos de articulação da RAPS, bem como sobre as possíveis facilidades e dificuldades para promover tal articulação.

Ademais, incorre com frequência no âmbito da Atenção Psicossocial a chamada medicalização do sofrimento psíquico, que consiste na transformação das “experiências

consideradas indesejáveis ou perturbadoras em objetos da saúde, permitindo a transposição do que originalmente é da ordem do social, moral ou político para os domínios da ordem médica e práticas afins” (Amarante; Freitas, 2015, p. 14).

Com isso, sentimentos considerados inerentes à existência humana, como tristeza e angústia, passam a ser diagnosticados como transtornos e suscetíveis a intervenções, especialmente de cunho medicamentoso (Amarante; Freitas, 2015). Tal prática tem se mostrado frequente também com o público infanto-juvenil, como uma demanda apresentada pelos familiares (Sanches; Amarante, 2014; Gomes *et al.*, 2015). Fato que vai ao encontro da constatação de que “as ofertas medicalizantes não são apenas impostas à população, mas desejadas por esta, visto que são consoantes aos modos de subjetivação contemporâneos” (Santos; Zambenedetti, 2019, p. 34), marcados pelo imediatismo e pelo baixo investimento financeiro e libidinal em tratamentos longos (Acselrad; Tavares, 2022).

Acrescenta-se aos desafios da atualidade a indubitável necessidade de aproximar a RP de pautas advindas de outros movimentos da sociedade civil organizada, como o movimento negro, o movimento feminista e de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgênero, Queer, Intersexuais, Assexuais e mais (LGBTQIA+). A atualização da RP perpassa a problematização do manicômio e suas expressões mais recentes considerando as relações de raça, gênero e classe e por conferir maior visibilidade para os marcadores sociais no processo de adoecimento mental da população brasileira (Borges; Almeida, 2021; Passos, 2018).

Portanto, para que a integralidade no âmbito da Atenção Psicossocial aconteça, não é suficiente apenas a criação de novos serviços de saúde mental. Torna-se necessário articular propostas que considerem as dimensões políticas, sociais, técnicas e científicas para a construção de modos de atenção orientados pelo paradigma psicossocial, que rompam com o modelo biomédico (Nasi *et al.*, 2009) e com qualquer forma de discriminação.

A concretização de uma rede sem barreiras de acesso entre os diversos níveis de atenção, que otimize os recursos e amplie as oportunidades de cuidado “embora consensual em seus princípios, tem se mostrado de difícil realização, demandando estudos de avaliação que contribuam para a sua efetiva implantação” (Hartz, Contandriopoulos, 2004, p. 332). Os estudos avaliativos tendo as redes de saúde como temática são considerados ainda incipientes (Amaral; Bosi, 2017).

A mais recente revisão de literatura que teve como objeto as avaliações dos serviços de saúde mental no Brasil, realizada pelo Núcleo de Extensão e Pesquisa em Avaliação em Saúde (NEPAS) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), apontou para a inexistência de pesquisas avaliativas que verifiquem a integração entre os serviços da RAPS. Dentre as lacunas identificadas, constam ainda a baixa proporção de estudos dedicados a avaliar outros serviços que não os CAPS e de avaliações participativas com proposição de indicadores e emissão de juízo de valor (Souza *et al.*, 2021).

Diante do acima exposto, o presente estudo investigou:

1. Como os serviços se organizam, como se integram, e quais ações provêm na Rede de Atenção Psicossocial no nível municipal?
2. Há integralidade no cuidado ofertado na Rede de Atenção Psicossocial nos municípios brasileiros?

Uma vez que nenhum serviço sozinho é capaz de oferecer todo o cuidado em saúde necessário às pessoas ao longo de seu ciclo vital, a elucidação de mecanismos de cooperação e coordenação entre os diferentes atores e serviços da rede é fundamental para que, de forma integrada, tais serviços respondam às necessidades de saúde da população (Hartz; Contandriopoulos, 2004). Uma pesquisa avaliativa que identifique os aspectos que facilitam o acesso dos usuários aos serviços e seu percurso pela rede, a resolutividade dos seus problemas de saúde, e que estabeleça os parâmetros aceitáveis para a operacionalização da RAPS, dessa forma, apresenta-se como uma estratégia factível e inovadora.

A avaliação dos pontos de atenção que compõem a Atenção Psicossocial sob a perspectiva da integralidade tem o potencial de contribuir para o aprimoramento do cuidado no campo, o que reverterá no envelhecimento mais saudável da população brasileira, na diminuição dos anos vividos com incapacidade e dos anos de vida perdidos por transtornos mentais. O resultado da avaliação ofertará meios de qualificar a gestão e a prática, bem como a participação social dos diferentes atores envolvidos.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar as ações em saúde dos serviços de Atenção Psicossocial sob a perspectiva da integralidade no nível municipal.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar as ações que caracterizam a integralidade da Atenção Psicossocial;
- Avaliar a integralidade em municípios brasileiros com diferentes portes populacionais e que apresentem diferentes configurações de serviços de Atenção Psicossocial;
- Compreender e caracterizar os aspectos que dificultam e que potencializam a integração entre os pontos de atenção.

3 MÉTODO

Para alcançar os objetivos acima, empreendeu-se uma pesquisa avaliativa. Esta modalidade de pesquisa busca compreender relações de causalidade entre os diferentes componentes de uma intervenção, no caso, a integralidade do cuidado e a integração entre os pontos de atenção, explicitando o como e o porquê dos resultados (Champagne *et al.*, 2011).

A pesquisa caracteriza-se por ser de natureza mista, ou seja, quantitativa e qualitativa. De acordo com Creswell e Clarck (2015), os estudos de métodos mistos compensam as fragilidades de uma abordagem com as potencialidades da outra e proporcionam mais evidências do que as pesquisas quantitativa ou qualitativa isoladamente, entre outras vantagens. Essa articulação é particularmente promissora em um contexto de avaliação de objetos complexos, como costumam ser as avaliações em saúde (Peduzzi, 2000).

O componente qualitativo da avaliação tem o objetivo de abarcar as relações, as visões e o julgamento dos diferentes atores sobre determinada intervenção, entendendo que suas vivências e reações fazem parte da construção da intervenção e de seus resultados (Minayo *et al.*, 2010). Já a etapa quantitativa, refere-se aos dados secundários coletados, aos escores atribuídos à matriz avaliativa e à análise descritiva a qual os dados foram submetidos. Desse modo, tal metodologia possibilita um grau de aferição abrangente acerca da percepção dos participantes do estudo sobre a integralidade na Atenção Psicossocial dos municípios, aliada aos dados quantitativos extraídos de outras fontes de informação.

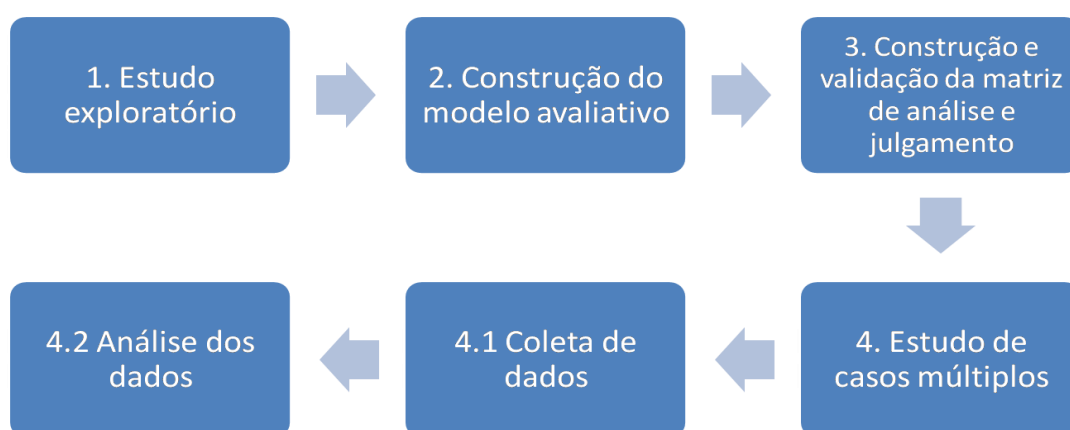
O estudo foi desenvolvido em quatro etapas distintas e sequenciais, representadas na Figura 1 e descritas a seguir.

3.1 ESTUDO EXPLORATÓRIO

Esta etapa iniciou pela realização de uma revisão integrativa de literatura acerca das avaliações realizadas nos serviços de saúde mental do Brasil. A revisão deu origem ao artigo científico intitulado “Avaliação de Serviços de Atenção Psicossocial no Brasil: uma revisão integrativa de literatura”, publicado na revista Cadernos Brasileiros de Saúde Mental v. 13, n. 37, p. 91-112, ano 2021 (Apêndice A).

Paralelamente, empreendeu-se uma análise quanto à estruturação da Política de Saúde Mental instituída no Brasil e em Portugal, país em que a pesquisadora fez doutorado sanduíche (Universidade NOVA de Lisboa), identificando as normativas que a fundamentam em cada país. Por fim, analisou-se na literatura as ações que configuram a integralidade da Atenção Psicossocial para somá-las ao conjunto de normativas identificadas, embasando as etapas seguintes da pesquisa.

Figura 1 - Etapas da pesquisa



Fonte: elaborado pela autora.

3.2 CONSTRUÇÃO DO MODELO AVALIATIVO

A construção de um Modelo consiste em uma etapa necessária para o desenvolvimento da avaliação. Através da modelização é possível formular as perguntas certas acerca do objeto e fazer a correta correlação entre os efeitos encontrados e os mecanismos que os provocaram. Possibilita, portanto, que o resultado da avaliação embase futuras tomadas de decisão (Champagne *et al.*, 2011).

No caso do presente estudo, tomou-se como base o modelo desenvolvido no Estudo de Avaliabilidade (EA) das ações em saúde dos serviços de Atenção Psicossocial sob a perspectiva da Integralidade que teve como produto o modelo avaliativo apresentado no Anexo A (Souza, 2020). Os resultados do EA contribuíram

para a proposição de um novo modelo e para a construção de uma matriz avaliativa com critérios, indicadores e parâmetros, etapa caracterizada a seguir.

3.3 CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DA MATRIZ DE ANÁLISE E JULGAMENTO (MAJ)

Com base nas etapas anteriores, foi elaborada uma Matriz Avaliativa com critérios, dimensões, indicadores, medidas e parâmetros. Para Alves *et al.* (2010), a observação dos critérios e indicadores em comparação com os parâmetros permite que se encontrem as respostas às perguntas avaliativas, as quais constituem os julgamentos sobre o objeto da avaliação. A disposição destas informações em uma matriz auxilia não só na análise e interpretação das mesmas, como também na etapa anterior de planejamento acerca da coleta dos dados.

A validação da matriz foi realizada posteriormente em uma oficina de consenso, ocorrida em duas etapas no ano de 2021. Foram convidados 14 participantes, dentre especialistas na área de avaliação em saúde e na área de saúde mental e profissionais que atuam no contexto da RAPS. Destes, cinco concordaram em participar das duas etapas de validação dos instrumentos: um sanitarista/professor do Programa de Mestrado Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial e do PPGSC/UFSC; uma dentista/professora do PPGSC/UFSC; uma psicóloga/trabalhadora de um CAPS infanto-juvenil; um psicólogo com experiência na Atenção Básica; e um psicólogo/residente em Saúde Mental. Além destes, um médico/professor dos Programas de Pós-graduação em Saúde Coletiva e em Ensino na Saúde na UFRGS contribuiu com a primeira rodada do estudo.

Para proceder à primeira rodada de consenso, os modelos e a MAJ propostos foram encaminhados por e-mail aos convidados. Os participantes que aceitaram o convite realizaram uma análise inicial do material durante o mês de junho de 2021 e compartilharam sua análise também por e-mail. As concordâncias, discordâncias e sugestões foram compiladas em um novo documento debatido pelo grupo de especialistas na segunda etapa da oficina. Esta ocorreu de forma síncrona, em um espaço virtual, no mês de julho de 2021. Na ocasião, alcançou-se consenso quanto aos modelos e à MAJ propostos.

3.4 ESTUDO DE CASOS MÚLTIPLOS

Na sequência procedeu-se ao Estudo de Caso, método de investigação que possibilita debruçar-se com profundidade e detalhamento sobre determinado fenômeno. O estudo de casos múltiplos tem a vantagem de analisar como uma intervenção se desenvolve em diferentes contextos (Yin, 2010). Para o presente estudo, selecionou-se três municípios brasileiros localizados na Região Sul do país, cada qual com as seguintes características:

Caso 1: Município de até 20.000 habitantes, que não tem nenhuma modalidade de CAPS, nem leitos para internação psiquiátrica, cuja oferta de cuidado em saúde mental seja oferecida majoritariamente pela Atenção Básica.

Caso 2: Município com população entre 70.000 e 149.999 habitantes, que tem ao menos um CAPS de qualquer tipologia e mais outro ponto de atenção dentre os seguintes componentes da RAPS: Atenção Residencial de caráter transitório, Estratégias de Desinstitucionalização ou Serviços de reabilitação psicossocial.

Caso 3: Município com mais de 150.000 habitantes que contém pontos de atenção que contemplem todos os componentes da RAPS: Atenção Básica, Atenção Psicossocial Especializada, Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Hospitalar, Atenção Residencial de caráter transitório, Estratégias de Desinstitucionalização e Reabilitação psicossocial (Brasil, 2011).

Além das características acima, a seleção dos casos levou em conta o preenchimento de pelo menos dois dos critérios a seguir e a disposição dos municípios para participar do estudo:

1. Ter obtido resultado satisfatório na pesquisa intitulada Avaliação das ações em saúde mental na Atenção Básica (Lopes, 2021), que avaliou as ações em saúde mental na Atenção Básica a partir das informações disponíveis no banco de dados do segundo ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). A partir dos resultados obtidos com a aplicação da matriz avaliativa, procedeu-se à divisão dos municípios de acordo com o porte populacional estabelecido acima. Em seguida, foi calculado o valor correspondente ao quartil superior em cada um dos três portes populacionais, com o propósito de identificar os municípios mais bem avaliados nos três grupos. Aqueles que apresentaram escore superior ao quartil foram considerados elegíveis para o estudo, sendo este critério obrigatório para o caso 1.

2. Ter participado do projeto “*Percursos Formativos na RAPS: Intercâmbio entre experiências*”, promovido pelo Ministério da Saúde. O objetivo do projeto era fomentar o desenvolvimento da RAPS nos municípios participantes através da troca de experiências entre profissionais. O projeto foi operacionalizado na forma de intercâmbio, em que profissionais de municípios com redes em formação faziam uma imersão na rede de municípios mais bem estruturados e através da posterior contratação de um ativador de redes para cada rede em formação.

3. Apresentar as mais baixas taxas de internações decorrentes de agravos à SM entre setembro de 2019 a agosto de 2020. Para calcular a taxa, extraiu-se do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) a população estimada dos municípios da Região Sul do Brasil em 2019 e o total de internações decorrentes de Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool ou de outras substâncias psicoativas; Esquizofrenia, Transtornos esquizotípicos e delirantes; Transtornos de humor; Transtornos neuróticos e relacionados com estresse e somatoforme; Retardo mental; Outros transtornos mentais e comportamentais. Também através do DATASUS obteve-se a população estimada dos municípios em 2019, a fim de calcular a taxa de internação em cada município. Os municípios foram novamente separados por portes, visando identificar aqueles que integram o quartil inferior em cada grupo, o que os tornava elegíveis.

Aplicados os critérios apresentados, chegou-se a um total de 24 municípios que poderiam ser selecionados para o Caso 1 - seis do Rio Grande do Sul (RS), sete de Santa Catarina (SC) e onze do Paraná (PR); quatro para o caso 2 - três do RS e um do PR; e quatro para o caso 3 - um do RS, dois de SC e um do PR. Os casos foram escolhidos por conveniência, de modo que se chegou a um município por estado da Região Sul.

3.4.1 COLETA DOS DADOS

A coleta de dados primários nos municípios valeu-se das seguintes técnicas:

- Observação: realizada nos pontos de atenção da RAPS e registrada em diário de campo. Foram visitados os seguintes serviços: Centro de Saúde, duas ESF e Secretaria Municipal de Saúde (caso 1); uma UBS e três CAPS (caso 2); uma UBS e dois CAPS (caso 3).

- Entrevistas semiestruturadas: realizadas com gestores (um por município, $n=3$), profissionais (dois por município, $n=6$) e usuários em tratamento de saúde mental (dois por município, $n=6$), totalizando 15 participantes. Os gestores foram designados pela Secretaria Municipal de Saúde. Os profissionais foram indicados por algum membro da gestão do município, com exceção de uma profissional, selecionada por conveniência. Os usuários foram indicados pelos gestores e/ou profissionais entrevistados. Os entrevistados foram identificados por letras (G= gestor, P= profissional, U= usuário), seguidas por um número de 1 a 6, e estão caracterizados a seguir.

Quadro 1 - Caracterização dos usuários entrevistados nos três municípios

Codificação	Sexo	Local de tratamento no momento da entrevista	Tempo em tratamento
U1	Masculino	CAPS (II e AD)	1 ano e 8 meses
U2	Masculino	CAPS (II e AD)	10 meses
U3	Masculino	CAPS II	2 anos
U4	Masculino	CAPS AD	5 anos
U5	Feminino	ESF/NASF + CAPS regional (psiquiatra)	5 anos
U6	Feminino	ESF	1 ano e 6 meses

Quadro 2 - Caracterização dos profissionais de saúde e dos gestores entrevistados nos três municípios.

Codificação	Categoria	Sexo	Formação	Local de atuação	Tempo de serviço no município
G1	Gestor	Feminino	Terapeuta ocupacional	Coordenadora CAPS	11 anos
G2	Gestor	Feminino	Psicóloga	Coordenadora de Saúde Mental	19 anos
G3	Gestor	Feminino	Enfermeira	Secretária Municipal de Saúde	20 anos
P1	Profissional de saúde	Feminino	Terapeuta ocupacional	CAPS (II e AD)	1 ano e 7 meses
P2	Profissional de saúde	Feminino	Psicóloga	NASF	19 anos
P3	Profissional de saúde	Feminino	Técnica de enfermagem	CAPS II	8 anos
P4	Profissional de saúde	Feminino	Enfermeira	UBS	3 anos
P5	Profissional de saúde	Masculino	Psicólogo	NASF	2 anos
P6	Profissional de saúde	Feminino	Psicóloga e acupunturista	ESF	7 anos

As entrevistas foram realizadas em julho e agosto de 2021, majoritariamente de forma presencial ($n=14$). A condução deu-se por uma única pesquisadora, a partir de um

roteiro baseado nos elementos da MAJ. Todas foram gravadas, para posterior transcrição e análise. As entrevistas seguiram um roteiro semiestruturado, derivado de itens da MAJ (Apêndice B). As mesmas foram gravadas em áudio, transcritas e registradas em planilha eletrônica.

Quanto aos dados secundários, foram coletados:

- Documentos do biênio 2020-2021 relativos aos componentes da RAPS nos municípios, tais como: protocolos de atendimento ou encaminhamentos, fluxogramas, normativas municipais/regionais, atas de reuniões, relatórios, memorandos, instrumentos de planejamento. Tais documentos foram representados pela letra D, seguida por um número de 1 a 5;
- Dados de produção ambulatorial e internações hospitalares relativos a 2018 (antes da pandemia) e 2021 (ano da coleta de dados), respectivamente no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS) e Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS).

De acordo com Yin (2010), a utilização de fontes múltiplas para a obtenção de evidências contribui para que as conclusões do estudo sejam mais convincentes e acuradas.

3.4.2 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram organizados a partir das dimensões e subdimensões da MAJ. Os dados de natureza qualitativa foram analisados valendo-se da Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2009). Os dados de natureza quantitativa, por sua vez, foram transferidos para planilhas em Excel, onde procedeu-se à análise descritiva.

Tendo em vista que a pesquisa possui mais de uma fonte de dados e mais de uma forma de coleta dos dados, optou-se pela triangulação como modelo de análise. Isso porque a triangulação

combina diferentes métodos de coleta e de análise de dados, diferentes populações/sujeitos (ou amostras/objetos), diferentes perspectivas teóricas e diferentes momentos no tempo, com o propósito de consolidar suas conclusões a respeito do fenômeno que está sendo investigado (Zappellini, Feuerschütte, 2015, p. 247)

A avaliação por triangulação de métodos, segundo Minayo (2010), conta com elementos e procedimentos que pressupõem a análise do contexto, das relações, das representações e a participação.

Por fim, o Estudo de Caso Múltiplos foi analisado a partir de duas perspectivas: a análise simples e a análise imbricada dos casos. A análise simples considera a qualidade e pertinência das respostas de cada entrevistado; a convergência das respostas entre os entrevistados; a relação das respostas e das observações com as categorias de análise. Os dados oriundos de entrevistas, assim como aqueles coletados em documentos, foram decompostos e agregados de acordo com os elementos da MAJ. Já na análise imbricada dos casos, apreciou-se as categorias de análise em cada um dos casos estudados, verificando-se a existência de aspectos semelhantes e divergentes entre eles.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC (Anexo B) e por Comitê de Ética do caso 3 (Anexo C). Para tal aprovação, a Secretaria Municipal de Saúde de cada município formalizou aceite institucional para a condução da pesquisa.

Em consonância com os princípios éticos para pesquisa envolvendo seres humanos previstos pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, o trabalho apresenta risco mínimo para os participantes, relacionado à potencial quebra do sigilo das informações obtidas nas entrevistas e eventual constrangimento para responder alguma pergunta. Como forma de minimizar esses riscos, assegurou-se aos participantes o sigilo de sua identidade e o direito de resguardar sua resposta, bem como a liberdade de decidir sobre a continuidade ou interrupção de sua presença na pesquisa, retirando-se assim que desejar. Por outro lado, a contribuição para a construção de conhecimento científico que venha a produzir transformações políticas e sociais pode vir a constituir um benefício aos participantes da pesquisa.

Aos participantes, foi entregue um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em que se apresentou o objetivo do estudo e a forma de coleta das informações (Apêndice C). No Termo consta também que a identidade dos participantes será preservada, que os dados coletados serão usados unicamente para fins de estudo e mantidos em sigilo e que as gravações das entrevistas serão guardadas por cinco anos pela pesquisadora, sendo destruídas após esse período. Este termo foi assinado em duas vias pela pesquisadora e pelo participante, restando uma via com cada uma das partes.

Cabe ressaltar que os autores não têm a declarar qualquer conflito de interesse.

4 REVISÃO DA LITERATURA

Neste capítulo serão apresentados aspectos: (I) da Reforma Psiquiátrica e seu desdobramento sobre as Políticas de Saúde Mental do Brasil; (II) da Integralidade e (III) da Avaliação em Saúde.

4.1 DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

O presente capítulo não tem a pretensão de apresentar o histórico da RP de forma minuciosa. Sendo assim, foram elencados alguns de seus marcos a fim de contextualizar a Política de Saúde Mental brasileira em sua interface com a integralidade.

A concepção da RP tem origem nos acontecimentos que instalaram um ideal pautado pela exclusão do fenômeno da loucura em diferentes países do mundo, seja pela via da prisão ou da hospitalização de longa duração. A forma de abordar este fenômeno, assim como outras manifestações de sofrimentos psíquico, passou por uma série de transformações ao longo de cada período histórico, que foram notadamente difundidas por Foucault (1978; 1979).

A prática da internação das pessoas acometidas por essas manifestações remonta à Idade Média, período em que a loucura sucedeu a lepra como objeto de exclusão social. Aproveitando-se, em muitos casos, da estrutura física dos leprosários, as casas de internamento do período ficaram conhecidas como “Hospitais dos Loucos”. A compreensão da loucura como alienação, contraposta à razão, a partir do século XVI, reforçou a prática da internação. Isso porque, na medida em que a razão era entendida como norma, qualquer desvio a essa norma tornaria o sujeito incapaz de julgar, de escolher e de ser livre, o que justificaria a segregação do mesmo (Foucault, 1978; Amarante, 2009).

Com a chegada do século XVIII, a figura do louco, ao lado das pessoas acometidas por doenças venéreas e de outros rejeitados, converteu-se em um problema de polícia. Nesse sentido, buscava-se impedir a mendicância e a ociosidade desse conjunto de indivíduos, em um formato de internação hospitalar com funcionamento que se assemelhava a prisões (Foucault, 1978), asilos, pensões, orfanatos, oficinas de trabalho e reformatórios (Dowbiggin, 1991).

O nascimento da Psicopatologia, no século XIX, marcou a passagem da responsabilidade pela instituição hospital da caridade cristã para o corpo médico. Nesse ínterim, a loucura passou a ser compreendida como sinônimo de alienação mental e sua relação com a periculosidade corroboraria a prática da internação involuntária. O isolamento era considerado necessário como forma de obtenção de conhecimento científico. Já a proposição de um tratamento moral e disciplinar tinha o propósito de reorganizar o mundo interno dos sujeitos institucionalizados, enquanto a doença era considerada curável. Depois disso, a internação assumia o objetivo único de exclusão (Foucault, 1978). Nas palavras do autor:

Assim se estabelece a função muito curiosa do hospital psiquiátrico do século XIX: lugar de diagnóstico e de classificação, retângulo botânico onde as espécies de doenças são divididas em compartimentos cuja disposição lembra uma vasta horta. Mas também espaço fechado para um confronto, lugar de uma disputa, campo institucional onde se trata de vitória e de submissão (Foucault, 1979, p. 70.).

Para Teixeira (2019), o alienismo fortaleceu-se em um contexto de grandes transformações sociais decorrentes do fim das monarquias absolutas e do advento das revoluções democráticas. Sua valorização enquanto especialidade médica deu-se pela incumbência de tratar e recuperar o expressivo contingente de pessoas que se encontravam encerradas nos hospitais. Este contingente incluía não apenas os loucos, como também mendigos, órfãos, infratores, idosos, hereges, prostitutas, venéreos e portadores de outras doenças, bêbados, presos políticos, entre outros.

A inauguração do Hospital Nacional de Alienados Pedro II, no Rio de Janeiro, em 1852, é compreendida como o marco inaugural da psiquiatria no Brasil. O modelo adotado, seguindo a tendência nascida na Europa, caracterizava-se pela segregação (Yasui, 2010) e passou a ser referência para outros estados do país.

O modo de funcionamento do extinto Hospital Colônia, localizado em Barbacena/MG, foi descrito no livro “Holocausto Brasileiro”, tendo como base o relato de mais de cem ex-internos e ex-funcionários e a análise documental. Cerca de 70% dos indivíduos internados na instituição não tinham diagnóstico de doença mental. Aproximadamente 60 mil internos morreram devido à negligência no cuidado ou por práticas inadequadas incluindo experimentos com eletrochoque. Ao menos 1.853 corpos foram vendidos irregularmente para 17 faculdades de medicina do país, entre 1969 e 1980. Seguindo a linha eugenista dos hospitais psiquiátricos europeus, o Colônia abrigou longe da vista da sociedade aqueles que eram considerados sua escória, ou seja,

“desafetos, homossexuais, militantes políticos, mães solteiras, alcoolistas, mendigos, negros, pobres, pessoas sem documentos e todos os tipos de indesejados, inclusive os chamados insanos” (Arbex, 2013, pág. 23).

O modelo de tratamento realizado nos hospitais psiquiátricos, marcado, como vimos, pela internação prolongada, segregação, violação de direitos humanos e pelo rompimento de vínculos, ficou conhecido como manicomial ou asilar. Em suas críticas, Foucault abordava a necessidade de constituir uma antipsiquiatria, que destruísse o espaço asilar através de um trabalho interno, transferindo para cada sujeito “o poder de produzir a sua loucura e a verdade de sua loucura ao invés de procurar reduzi-la a nada” (Foucault, 1979, pag. 72).

Na esteira da crítica foucaultiana a uma institucionalização da loucura sustentada pelo poder médico, outras manifestações ganharam vigor ao redor do mundo. A partir da década de 1960, surgiu na Itália um movimento conhecido como *Psiquiatria Democrática Italiana*, liderado pelo psiquiatra Franco Basaglia (Basaglia, 2005). Após divulgar uma série de denúncias sobre a violência ocorrida nos hospitais psiquiátricos italianos, o movimento fomentou a aprovação da *Lei da Reforma Psiquiátrica*, através da qual foram reconhecidos os direitos dos usuários de saúde mental no país e passou-se a investir na extinção dos manicômios e em ações de desinstitucionalização (ITÁLIA, 1978).

O movimento da RP difundiu-se por outros países da Europa e além-mar, chegando ao Brasil. O modelo italiano influenciou sobremaneira o desenho da proposta do modelo legal brasileiro, ainda que não tenha sido o único a fazê-lo. Apresentaremos, a seguir, algumas particularidades da RP no Brasil, destacando as mudanças operadas nas políticas de saúde mental.

4.1.1 Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil

No Brasil, assim como na Itália, o objetivo principal da RP era garantir a gradativa substituição do sistema centrado no confinamento hospitalar por uma rede integrada de atenção à saúde e assistência social, assim como garantir a extensão dos direitos de cidadania às pessoas com transtornos mentais, em especial as que estiveram internadas por longos períodos nos manicômios (FIOCRUZ, 2015). Nesse contexto de crítica ao paradigma científico e sua racionalidade, o processo da RP rompeu com o modo asilar de compreender a loucura e outras experiências de sofrimento psíquico

(Yasui, 2010). Se outrora preconizava-se que o sujeito em sofrimento psíquico deveria ser isolado para curar-se, a partir da RP a orientação é de reaproximá-lo do seu território de origem e da comunidade – característica fundante do modo psicossocial.

Segundo os parâmetros estabelecidos por Costa-Rosa (2000), o modo asilar caracterizava-se pela determinação orgânica dos problemas, a serem enfrentados exclusivamente por via medicamentosa; por desconsiderar o sujeito na participação de seu tratamento, compreendendo-o de modo fragmentado e isolado do meio familiar/social; por apostar no hospital psiquiátrico fechado (ou outros dispositivos extra asilares que reproduzem esse modo) como local de tratamento e por preconizar um organograma piramidal, em que a institucionalização das relações verticais entre os trabalhadores é replicada nas práticas terapêuticas. A instituição funciona como depositária dos indivíduos problemáticos, cujo tratamento resultará em parca ou nenhuma melhora, exclusão e cronificação (Costa-Rosa, 2000).

Já o modo psicossocial contempla fatores políticos e biopsicosocioculturais como determinantes; inclui a psicoterapia e as cooperativas de trabalho como meios de cuidado; investe na mobilização do sujeito no tratamento, reconhecendo-o como agente de mudanças e pertencente a um grupo familiar/social; valoriza o trabalho em equipe e o cuidado integral; abarca os CAPS, ambulatorios, hospitais-dia, hospitais gerais e as equipes multiprofissionais de saúde mental no espectro de dispositivos de cuidado e ampara-se em um organograma horizontal e na horizontalização das relações de poder, tanto entre trabalhadores, quanto entre estes e os usuários, com estímulo à autogestão. A supressão dos sintomas deixa de ser uma meta, buscando-se o 'reposicionamento subjetivo' e a singularização do sujeito (Costa-Rosa, 2000).

Para Sander (2010), a apropriação que se fez da obra foucaultiana no país contribuiu para alavancar a RP e o progressivo desmonte do manicômio, mesmo que não completamente, em solo brasileiro. Todo o esforço empreendido nas últimas décadas para substituir o manicômio por dispositivos de atenção psicossocial e estabelecer formas inovadoras de inclusão social através de experiências contra hegemônicas leva-nos a compreender a construção da Política de Saúde Mental brasileira como um desdobramento da RP. Esses fatos, somados ao ativismo dos movimentos sociais e dos trabalhadores, favoreceram a construção de uma agenda política comprometida com um modelo de atenção pautado pela defesa dos direitos dos usuários (FIOCRUZ, 2015; Yasui, 2010).

Salienta-se, contudo, que esse processo não concedeu a devida importância ao debate étnico-racial e às reflexões sobre o colonialismo e seus efeitos sobre a constituição da subjetividade na sociedade brasileira. Ainda que Basaglia tenha dedicado parte de sua obra ao psiquiatra martinicano Franz Fanon, por romper com o modelo de opressão, de colonização e de sujeição dos indivíduos, apenas recentemente tem-se reconhecido a importância das reflexões deste autor para a RP e a Luta Antimanicomial no país (Passos, 2018).

A seguir, apresentam-se os principais marcos da institucionalização da RP e concomitante construção do modelo de Atenção Psicossocial no Brasil. Ressalta-se que o fato de a Atenção Psicossocial ter se tornado a política oficial do MS permitiu a ampliação: dos recursos financeiros para a área, do conjunto de instituições que caracterizam esse modo de conceber e realizar as práticas e do número dos trabalhadores contratados para as novas instituições (Costa-Rosa, 2013).

4.1.1.1 Década de 70 – Antes da criação do SUS

Em 1972, durante a III Reunião de Ministros da Saúde, promovida pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e pela OMS, foi firmado um acordo para a execução de um programa de saúde mental no Brasil, com ênfase na formulação de uma política nacional de saúde mental. No ano seguinte, publicou-se um Manual para Assistência Psiquiátrica, o qual inspirou a promulgação da Portaria Nº 32 de 1974, do Ministério da Saúde (MS). Tanto o Manual quanto a Portaria propunham princípios que orientavam para a psiquiatria de comunidade, incluindo a criação de unidades de saúde mental nas cidades com mais de 100.000 habitantes. Ainda que promissoras, essas ações resultaram em poucas mudanças.

A crise na Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), motivada pela demissão de profissionais que denunciaram as condições degradantes dos hospitais psiquiátricos do MS em 1978, foi outro marco relevante dessa década. Tal evento originou o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (Yasui, 2010), o qual liderou subseqüentes avanços na esfera da luta antimanicomial (Tenório, 2002).

4.1.1.2 Década de 80 – O começo da institucionalização de um novo modelo de atenção

Em 1987 ocorreram três acontecimentos na Região Sudeste de relevância nacional. Como desdobramento da 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986, ocorreu no Rio de Janeiro/RJ a I Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), calcada nos temas Economia, sociedade e estado; Reforma sanitária e reorganização da assistência à saúde mental e Cidadania (Brasil, 1988). Já o II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, sediado em Bauru/SP, instituiu o lema “Por uma sociedade sem manicômios” e estabeleceu o dia 18 de maio como o Dia Nacional de Luta Antimanicomial (Yasui, 2010). O terceiro acontecimento tem caráter assistencial e consiste na implantação do primeiro CAPS do Brasil. Localizado em São Paulo/SP, o CAPS Luis da Rocha Cerqueira propunha-se a oferecer uma assistência intermediária entre hospital e comunidade (Amarante; Torre, 2001).

Dois anos depois teve início a intervenção no hospital psiquiátrico Casa Anchieta, em Santos/SP, desencadeada por denúncias de maus tratos e mortes ocorridas no local (Kinochita, 2009), e a concomitante criação dos Núcleos de Apoio Psicossocial (NAPS). Estes diferenciavam-se do CAPS por funcionarem 24 horas por dia e apresentarem-se como serviços substitutivos e não intermediários (Amarante; Torre, 2001). A intervenção na Casa Anchieta resultou na constituição de uma rede de serviços que incluía também o Pronto-Socorro Psiquiátrico, a Unidade de Reabilitação Psicossocial, o Centro de Convivência e o Lar Abrigado, além de leitos psiquiátricos em hospital geral (Yasui, 2010).

Tais acontecimentos, entre outros fatores ocorridos nas demais regiões do país, contribuíram para impulsionar a elaboração do Projeto de Lei 3657/1989, que dispunha sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamentava a internação psiquiátrica compulsória (Brasil, 1989). Como veremos, o projeto tramitou por mais de uma década até ser aprovado.

Os marcos acima relatados, somados ao momento histórico de redemocratização, com a eleição direta para Presidência da República, a formulação de uma nova Constituição e a iminente aprovação da Lei Orgânica da Saúde, deram condições para o começo da formalização da RP no Brasil (Yasui, 2010).

4.1.1.3 Anos 90 – Multiplicação das primeiras experiências exitosas

Enquanto a Lei Federal ganhava forma, a Portaria 189/1991 instituía os NAPS e CAPS no rol dos procedimentos e dispositivos de atenção em saúde mental custeados

por verba pública. Concomitantemente, a Portaria incitava a redução do período das internações psiquiátricas, mediante o estabelecimento de um valor máximo em diárias a ser custeado por cada Autorização de Internação Hospitalar (AIH) (Brasil, 1991).

No ano seguinte foi publicada no Rio Grande do Sul a primeira Lei Estadual relacionada à RP. A referida Lei, de Nº 9.716/1992, dispunha sobre a RP naquele estado, determinando a substituição progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos por rede de atenção integral em saúde mental, além de determinar regras de proteção aos que padecem de sofrimento psíquico, especialmente quanto às internações psiquiátricas compulsórias (Rio Grande do Sul, 1992). Também em 1992 foi realizada a II CNSM, cujo tema foi a reestruturação da atenção em saúde mental no Brasil (Brasil, 1994).

A lei gaúcha foi seguida por outras leis estaduais e municipais. A exemplo da Lei Nº 7892/98, que dispunha sobre a assistência psiquiátrica e a regulamentação dos serviços de saúde mental no município de Belém (PA), proibindo a ampliação ou construção de hospitais psiquiátricos públicos, privados ou filantrópicos e a contratação pelo Setor Público de leitos nesses estabelecimentos (Belém, 1998).

Como desdobramento destes avanços, entre outros, no final dos anos 90 o país contava com 208 CAPS. Entretanto, cerca de 93% dos recursos federais para a Saúde Mental ainda eram destinados aos hospitais psiquiátricos (Brasil, 2005).

4.1.1.4 Anos 2000 – Promulgação da Lei Paulo Delgado e principais desdobramentos

A virada do milênio trouxe consigo a criação de novos serviços, a exemplo dos Serviços Residenciais Terapêuticos (Brasil, 2000), de novos programas, como o Programa de Volta prá Casa (BRASIL, 2003a) e da Política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas (Brasil, 2003b).

O afloramento de tantas inovações na área pode ser entendido como uma consequência da conversão do Projeto de Lei 3.657/1989 na Lei Federal 10.216/2001, ocorrida no mesmo período. Baseada nos preceitos da RP, a Lei dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Destaca-se no artigo 2º, § único, que são direitos da pessoa portadora de transtorno mental, entre outros, ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde e ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental (Brasil, 2001a).

Contudo, na medida em que subtraiu a proposta de extinção progressiva dos manicômios, o texto aprovado distinguiu-se em essência do projeto original, mantendo a estrutura hospitalar existente e regulando as internações psiquiátricas (Yasui, 2010). Ainda em 2001, sob o lema “Cuidar, sim. Excluir, não”, ocorreu a III CNSM. Nela enfatizou-se a importância da superação dos manicômios e da criação de uma rede inclusiva e promotora da emancipação das pessoas (Brasil, 2001b).

A rede substitutiva tem no CAPS o dispositivo de cuidado que oferece atenção psicossocial especializada em âmbito territorial. A Portaria 336/02 estabeleceu as primeiras modalidades de CAPS possíveis de serem implantados, bem como as atividades a serem ofertadas e a constituição das equipes mínimas (Brasil, 2002). Os CAPS atualmente podem ser constituídos nas seguintes modalidades: CAPS I (em municípios/regiões com população acima de 15 mil habitantes); CAPS II (população acima de 70 mil habitantes); CAPS III (com funcionamento 24 horas, população acima de 150 mil habitantes); CAPS i (para atendimento de crianças e adolescentes em municípios/regiões com mais de 70 mil habitantes); CAPS AD (para atendimento de usuários de álcool e outras drogas em municípios/regiões com mais de 70 mil habitantes); CAPS AD III (serviço 24 horas, população acima de 150 mil habitantes) (Brasil, 2011) e CAPS AD IV (serviço 24 horas, população acima de 500 mil habitantes) (Brasil, 2017).

Ainda seguindo as recomendações da III CNSM, o MS assumiu a responsabilidade de prevenir, tratar e reabilitar os usuários de álcool e outras drogas de modo articulado e transversalizado com a publicação da Política Nacional de Atenção Integral a usuários de álcool e outras drogas. Este compromisso contempla a superação de um entendimento que associava o uso de drogas ao comportamento antissocial e/ou criminoso e de uma oferta de tratamento que tinha como único objetivo a abstinência. Tratar, nessa nova perspectiva, significa aumentar o grau de liberdade e de corresponsabilidade daquele que se está tratando, promovendo a construção de redes de suporte social (Brasil, 2003b).

Em 2004, a necessidade de estabelecer critérios para a redução progressiva de leitos e para a reestruturação do financiamento e da remuneração dos procedimentos dos hospitais psiquiátricos levou à criação do Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS (Brasil, 2004). A partir de 2006 ocorreu pela primeira vez uma inversão nos gastos em saúde mental, com maior dotação orçamentária para os serviços comunitários em detrimento dos hospitais psiquiátricos.

Nesse ano, investiu-se 79,39% dos gastos em saúde mental em serviços comunitários, em contraposição aos 24,76% investidos em 2002 (Brasil, 2015; FIOCRUZ, 2015).

4.1.1.5 A partir de 2010 – Implantação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

Passados quase dez anos da publicação da Lei 10216/01 e da realização da III CNSM, foi realizada, em 2010, a IV CNSM– Intersetorial (Brasil, 2010). Entre suas conquistas, destaca-se a delimitação da saúde mental como campo

intrinsecamente multidimensional, interdisciplinar, interprofissional e intersetorial, e como componente fundamental da integralidade do cuidado social e da saúde em geral (...) que se insere na área da saúde e ao mesmo tempo a transcende, com interfaces importantes, necessárias e recíprocas com os campos dos direitos humanos, assistência social, educação, justiça, trabalho e economia solidária, habitação, cultura, lazer e esportes etc. (Moreira, 2014, p. 216).

Já entre suas proposições, constava a implantação, implementação, ampliação, consolidação e o fortalecimento da rede de serviços de saúde mental substitutivos, como forma de garantir acesso nos diversos níveis de atenção: Atenção Básica, diferentes modalidades de CAPS, Centros de Convivência, Residências Terapêuticas, Emergências Psiquiátricas, Hospitais Gerais, atendimento móvel de urgência e outros (Brasil, 2010).

Logo no ano seguinte, o MS instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Entre os objetivos gerais da RAPS encontram-se: ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral, em especial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental ou com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, e garantir a articulação e integração dos pontos de atenção da rede no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências (Brasil, 2011).

A RAPS é uma das Redes de Atenção à Saúde temáticas propostas pelo MS, pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), a partir de 2011. A escolha pela constituição de uma rede específica para a Atenção Psicossocial mostra coerência com a necessidade de enfrentamento dos alarmantes dados epidemiológicos relativos à saúde mental que vimos na introdução, tendo como base o princípio da integralidade.

Segundo Mendes (2010), as Redes de Atenção à Saúde são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, que apresentam missão única e objetivos comuns e atuam de forma cooperativa. Nelas, todos os pontos de atenção são

importantes para a oferta de uma atenção integral (com ações de promoção e prevenção, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas), oportuna, em tempos e lugares certos, de forma eficiente. Dada a diversidade de pontos de atenção a serem articulados, a Atenção Básica tem a incumbência de atuar como ordenadora da rede.

À semelhança do modelo de rede pioneiramente desenhado em Santos, a RAPS constitui-se pelos seguintes componentes: Atenção Básica, Atenção Psicossocial Especializada, Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Hospitalar, Atenção Residencial de caráter transitório, Estratégias de Desinstitucionalização e Reabilitação psicossocial (Brasil, 2011).

No que concerne à Atenção Básica, os pontos de atenção incluem as Unidades Básica de Saúde (UBS) e Estratégias de Saúde da Família (ESF), responsáveis por desenvolver ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, ações de redução de danos e cuidado para usuários de álcool e outras drogas, em articulação com os demais pontos da rede. Os Núcleos Ampliados à Saúde da Família (NASF), atualmente reconfigurados e denominados eMulti, atuam no apoio matricial e no cuidado compartilhado dos casos de maneira integrada às UBS ou ESF (Brasil, 2011).

O matriciamento como arranjo organizacional no qual cada serviço de saúde e respectiva equipe de referência é apoiado por uma equipe de especialistas, produzindo cuidado compartilhado, relações horizontalizadas e a superação da lógica da referência e contrarreferência (Campos, 1999; Campos, Domitti, 2007) é anterior à RAPS. A prática ganhou força no campo da Atenção Psicossocial com a publicação da Portaria Nº 154/2008, que criou os NASF e incentivou a presença de profissionais da saúde mental na composição das equipes (Brasil, 2008), com o advento da Portaria da RAPS (Brasil, 2011) e com a divulgação do Guia de Matriciamento em Saúde Mental, que ilustra como o apoio matricial pode ser operacionalizado (Chiaverini *et al.*, 2011), de modo a ampliar o cuidado em saúde mental na AB, aumentar a corresponsabilidade pelos casos, promover maior circulação dos usuários pelo território e fomentar a integralidade do cuidado (Iglesias; Avellar, 2019).

Também as equipes para populações em situações específicas, como a equipe de Consultório na Rua (população em situação de rua) e a equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório, juntamente com os Centros de Convivência, onde são oferecidos espaços de sociabilidade, constituem o componente Atenção Básica (Brasil, 2011).

A Atenção Psicossocial Especializada representa os serviços estratégicos no cuidado comunitário, expressos na Portaria pelas diferentes modalidades de CAPS. Na ótica da RAPS, os CAPS devem oferecer cuidado às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, por intermédio de um Plano Terapêutico Singular (PTS), construído pelos usuários, sua família e a equipe. Os CAPS têm base territorial, atuam de forma articulada com os outros pontos de atenção da rede e podem dividir a responsabilidade pela ordenação do cuidado com a Atenção Básica (Brasil, 2011). A descentralização do cuidado dos CAPS para os demais pontos da rede, evitando a cronificação dos usuários no serviço, consiste em um avanço essencial no atual cenário da Atenção Psicossocial no Brasil (Coelho *et al.*, 2014; Pande; Amarante, 2011).

São pontos de atenção da RAPS na atenção de urgência e emergência: o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), a Sala de Estabilização, a Unidade de Pronto Atendimento (UPA), os Pronto Socorros, as UBS, entre outros. Tais serviços são responsáveis pelo acolhimento, pela classificação de risco e pelo cuidado nas situações de urgência e emergência das pessoas com sofrimento/transtorno mental ou com necessidades decorrentes do uso de substâncias psicoativas. Mais uma vez, a articulação com os CAPS se faz fundamental para que estes intercedam nas situações que necessitem de outras modalidades de cuidado, como internação hospitalar ou acolhimento por serviços residenciais de caráter transitório (Brasil, 2011).

Na concepção de Dimenstein *et al.* (2012), o atendimento à crise em saúde mental consiste em um importante analisador da capacidade de organização da rede, considerando a oferta de ações dos pontos de atenção e sua resolutividade. O cuidado dos usuários em crise em uma perspectiva não manicomial demanda a oferta de cuidado intenso, intensivo, com envolvimento da família (Lima *et al.*, 2012). A escassez de CAPS III ou outros serviços que ofereçam acolhimento noturno impõe maior necessidade de articulação com os serviços de urgência e emergência, tradicionalmente pouco familiarizados a atender e desenhar fluxos de atenção à crise.

No âmbito da Atenção Hospitalar, destacam-se os seguintes serviços: Enfermaria especializada em Hospital Geral, que ofereça tratamento para casos graves integrado ao PTS; Hospital de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento/transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas que ofereça internações de curta duração, em situações assistenciais que evidenciem indicativos de ocorrência de comorbidades de ordem clínica e/ou psíquica

(Brasil, 2011). Importante considerar, também no âmbito hospitalar, a relevância da oferta de cuidado em saúde mental para as pessoas internadas e seus familiares, como apoio às internações por diferentes motivos, a exemplo do que a *coronavirus disease* (COVID-19) vem demonstrando.

A atenção residencial de caráter transitório é composta pelas Unidades de Acolhimento Adulto (UAA) ou Infanto-Juvenil (UAI), as quais oferecem cuidados contínuos de saúde em ambiente residencial para usuários de substâncias psicoativas com acentuada vulnerabilidade social que demandem acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório. A indicação para as UAA ou UAI é atribuição dos CAPS e o tempo de permanência máximo de acolhimento é de até seis meses. É composta também pelas CT, que por definição recebem por até nove meses adultos clinicamente estáveis com necessidades decorrentes do uso de substâncias psicoativas. As CT devem funcionar de forma articulada com a Atenção Básica e os CAPS, os quais são responsáveis pelo encaminhamento e acompanhamento e pela reinserção do usuário na comunidade (Brasil, 2011).

As Estratégias de Desinstitucionalização incluem os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), que são moradias inseridas na comunidade, destinadas a acolher egressos de internação de longa permanência (dois anos ou mais ininterruptos) em hospitais psiquiátricos ou hospitais de custódia. Incluem também o Programa de Volta para Casa (PVC), que visa fortalecer a desinstitucionalização através do provimento de um auxílio reabilitação para esse mesmo público (Brasil, 2011).

Tais estratégias reforçam o sentido da desinstitucionalização para além da desospitalização, a qual se restringe à redução e ao fechamento de leitos. A desinstitucionalização começa com o fechamento das estruturas manicomiais, mas vai além ao propor novos espaços de cuidado, novas formas de lidar com o sofrimento psíquico, uma nova cultura de acolhimento e tolerância às diferenças e um novo lugar social, que facilite a ocupação dos espaços públicos (Amarante; Torre, 2017). O fechamento das instituições sem o devido planejamento e sem o concomitante investimento em serviços de base comunitária integrados pode desencadear a “reinstitucionalização” ou “transinstitucionalização” em prisões ou asilos, bem como o agravamento das condições psiquiátricas (Fulone *et al.*, 2021).

Já o componente da Reabilitação Psicossocial constitui-se por iniciativas de geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais que promovam a formação e qualificação para o trabalho. Destaca-se também a importância

de articular as redes de saúde e de economia solidária com os recursos disponíveis no território, de modo a ampliar a autonomia, a contratualidade e a inclusão social de usuários da rede e seus familiares (Brasil, 2011).

Uma nova Portaria para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial foi promulgada em 2017. Nela, os seguintes serviços foram incorporados à RAPS: Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental / Unidades Ambulatoriais Especializadas; Hospital Psiquiátrico Especializado; Hospital dia e CAPS AD IV (Brasil, 2017). Novas alterações na política de saúde mental e na política sobre drogas foram propostas por meio da Nota Técnica Nº 11/2019, na qual consta que todos os serviços da RAPS são igualmente importantes e devem ser incentivados, ampliados e fortalecidos. Desse modo, o Ministério da Saúde não incentiva mais o fechamento de unidades de qualquer natureza (Brasil, 2019). Ou seja, contrariamente ao que propunha o movimento da RP, o Governo Federal não pretende mais a extinção de leitos em hospitais psiquiátricos e o redirecionamento dos recursos para a criação de serviços substitutivos.

Ainda que a Nota destaque que os Hospitais Psiquiátricos devem ser compreendidos como locais de tratamento, não de moradia, o incentivo às internações em instituições fechadas vai na contramão dos preceitos estabelecidos pelo Relatório Mundial de Saúde da OMS, publicado em 2001 e dedicado à saúde mental, que instigou o fechamento dos hospitais psiquiátricos e a prestação dos cuidados em saúde mental na comunidade (OMS, 2001). A Nota também se mostra dissonante da Declaração de Caracas, documento em que países da América Latina, incluindo o Brasil, comprometem-se a reestruturar a assistência psiquiátrica e rever criticamente o papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico; princípios reafirmados em uma avaliação feita 15 anos após a assinatura da Declaração de Caracas (Brasil, 2005).

O quadro 3 apresenta os componentes da RAPS e seus respectivos pontos de atenção, considerando o arcabouço legal estabelecido até o momento.

Quadro 3 - Componentes e pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Componentes	Pontos de Atenção
Atenção Básica (Brasil, 2011)	a) Unidade Básica de Saúde e Estratégia de Saúde da Família b) Equipe de Consultório na Rua e Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório

	c) Núcleo Ampliado de Saúde da Família: NASF I e II d) Centros de Convivência e Cultura
Atenção Psicossocial Especializada (Brasil, 2011; Brasil, 2017; Brasil, 2019)	a) Centros de Atenção Psicossocial: CAPS I, II, III, CAPS IJ, CAPS AD, AD III e CAPS AD IV b) Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental I, II e III/ Unidades Ambulatoriais Especializadas c) Ambulatório Especializado
Atenção de Urgência e Emergência (B Brasil, 2011)	a) SAMU 192 b) Sala de Estabilização c) UPA 24 horas d) Pronto socorro
Atenção Hospitalar (Brasil, 2011; Brasil, 2017)	a) Hospital Geral b) Serviço Hospitalar de Referência c) Hospital Psiquiátrico d) Hospital Dia
Atenção Residencial de caráter transitório (Brasil, 2011; Brasil, 2017)	a) Unidades de Acolhimento Adulto (UAA) b) Unidades de Acolhimento Infanto Juvenil (UAI) c) Comunidades Terapêuticas
Estratégias de Desinstitucionalização (Brasil, 2011)	a) Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT I e II) b) Programa de Volta pra Casa
Serviços de Reabilitação psicossocial (Brasil, 2011)	a) Cooperativas Sociais b) Empreendimentos Solidários c) Iniciativas de trabalho e geração de renda

Fonte: elaborado pela autora.

A despeito das mais recentes alterações na legislação, entende-se que a premissa de que o cuidado em saúde mental não constitui uma atribuição exclusiva dos serviços especializados e deve ser planejado na lógica da descentralização está mantida. Não há porta única de entrada na RAPS. Os diferentes dispositivos da rede devem estar preparados para acolher o sujeito em sua integralidade, assim como precisam operar de forma articulada para garantir a atenção oportuna, em tempos e lugares certos.

Os avanços da RAPS, como vimos, refletem-se na instituição de uma rede mais plural, com maior número e diversidade de serviços implantados nas cinco regiões. Verifica-se também uma tendência à interiorização da assistência em saúde mental para

municípios de porte pequeno e médio, inclusive de serviços com maior critério populacional (leitos, UA e SRT), além da participação mais efetiva da AB no cuidado (Macedo *et al.*, 2017). Em 2014, alcançou-se a marca de 2.209 CAPS (em 2001, eram 295), quase 40.000 equipes de ESF (praticamente quatro vezes mais que em 2001) e aproximadamente 12.000 NASF em território nacional (FIOCRUZ, 2015).

Uma das razões que favoreceu essa pluralização foi o fato de que, desde 2004, os recursos financeiros correspondentes ao pagamento de leitos psiquiátricos extintos deveriam ser reinvestidos pelo SUS nos serviços de saúde mental de base comunitária, o que foi posto em risco em 2019. A mudança na curva de financiamento era um aspecto comemorado, no entanto, em termos globais, o financiamento nunca deixou de ser insuficiente para dar conta da Atenção Psicossocial de um país populoso e de grandes dimensões (FIOCRUZ, 2015).

O subfinanciamento, assim como o fortalecimento do modelo asilar e a tendência crescente ao uso de práticas medicalizantes pelas equipes, têm comprometido sobremaneira a operacionalização da integralidade na RAPS, mesmo com todos os avanços alcançados. Ao lado da necessidade de institucionalizar a avaliação na esfera da Atenção Psicossocial, a superação destes fatos apresenta-se como um importante desafio da atualidade.

O princípio da integralidade será apresentado no capítulo a seguir, destacando-se sua importância no contexto atual da Atenção Psicossocial. Na sequência, o campo da avaliação em saúde será caracterizado e discutido enquanto estratégia para qualificação da atenção à saúde, em especial no que concerne à Atenção Psicossocial.

4.2 INTEGRALIDADE

A integralidade consiste em uma das diretrizes que organizam o sistema de saúde brasileiro, de acordo com a mais recente Constituição Federal do Brasil (Brasil, 1988). Também está expressa na Lei Orgânica do SUS, em que pese um dos objetivos do sistema consistir na assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas (Brasil, 1990).

A integralidade pode ser compreendida desde diferentes concepções. Para Mattos (2001), há pelo menos três grandes sentidos da integralidade, os quais foram forjados, no Brasil, a partir das críticas movidas pela Reforma Sanitária às práticas, às instituições e à organização do sistema de saúde vigente antes do SUS. São eles: 1. Atributos das práticas dos profissionais de saúde; 2. Atributos da organização dos serviços; 3. Respostas governamentais aos problemas de saúde.

O primeiro sentido, referente às práticas dos profissionais de saúde, remete às discussões decorrentes de uma mudança no ensino médico iniciada nos Estados Unidos, que resultaram na formulação de críticas à postura fragmentária dos médicos naquele país e na concepção de uma Medicina integral (Mattos, 2001). As discussões tiveram origem na publicação do estudo *Medical Education in the United States and Canada – A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*, de autoria de Abraham Flexner, em 1910. Conhecido como Relatório Flexner, tal estudo foi considerado o responsável por fazer avançar a reforma das escolas médicas que estavam em curso à época, gerando implicações de alcance mundial para a formação em saúde. O Relatório possibilitou a reorganização e regulamentação das escolas médicas, em busca de uma almejada excelência na formação médica. No entanto, ao assumir uma postura positivista, em que a doença é considerada um processo biológico e o único conhecimento seguro é o científico, pautado na observação e experimentação, o Relatório Flexner enfatizou uma visão reducionista e unicausal. Como resultado, houve um descrédito em relação às propostas de atenção em saúde que não seguiam esse modelo, ao passo que as dimensões social, psicológica e econômica foram desconsideradas na compreensão do processo de saúde-doença (Pagliosa; Da Ros, 2008).

A resposta a esse modelo deu-se por meio de proposições na formação que produzissem no profissional uma atitude de reconhecer no paciente mais do que um

sistema biológico com lesões ou disfunções, ou seja, reconhecer o conjunto de necessidades de ações e serviços de saúde. Nesse sentido, a integralidade deve ser compreendida como um valor que se expressa na forma como os profissionais respondem aos pacientes que os procuram. Vale destacar que, em muitas situações, a integralidade só se realizará se os processos de trabalho assim o permitirem. Cobranças de produtividade, por exemplo, podem impedir que se preste um atendimento integral (Mattos, 2001).

O segundo sentido da integralidade diz respeito aos modos de organizar as práticas nos serviços. Decorre das críticas feitas ao mecanismo que dissociou, antes da existência do SUS, as ações de saúde pública das práticas assistenciais. As primeiras, não diretamente demandadas pela população, estavam sob responsabilidade do MS, enquanto as segundas eram ofertadas pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) (Mattos, 2001).

Nos anos 80, foram implantadas estratégias como as Ações Integradas de Saúde (AIS) e o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que almejavam incorporar a assistência médica à rede de serviços de saúde pública e ampliar seu acesso, assim como estimular a descentralização (Kalichman; Ayres, 2016). A unificação foi finalmente obtida com a criação do SUS. Nessa perspectiva, a integralidade não é mais uma atitude, mas uma marca da organização do processo de trabalho a partir da apreensão ampliada das necessidades da população atendida. O princípio da integralidade também se aplica à horizontalização dos programas verticalizados do MS (Mattos, 2001).

Por fim, um outro conjunto de sentidos do princípio de integralidade é relativo às configurações das políticas especificamente desenhadas para dar respostas a um dado problema de saúde, ou aos problemas de saúde que afligem determinado grupo populacional. Integralidade, aqui, implica em assumir os sujeitos não mais como objetos descontextualizados, ampliando o horizonte de problemas a serem tratados e respeitando as especificidades dos indivíduos. Assim, o terceiro sentido procura incorporar tanto possibilidades de prevenção como de assistência às políticas de saúde, a exemplo da resposta governamental brasileira à questão da AIDS. Destaca-se, nesse âmbito, a eventual necessidade de transgredir os espaços das políticas setoriais para alcançar a integralidade (Mattos, 2001).

A integralidade, portanto, perpassa as práticas dos profissionais e o cuidado ao usuário, a organização dos programas e serviços de saúde, assim como a construção de

políticas de saúde. Nesse sentido, é preciso empenhar esforços para que o sistema não exclua nenhuma das possibilidades de se promover, prevenir, restaurar a saúde e reabilitar os sujeitos. Ademais, os serviços devem oferecer e combinar diferentes tecnologias de cuidado e as diferentes tecnologias disponíveis nos diversos serviços da rede assistencial precisam ser articuladas. Assim, será possível cuidar das mais variadas necessidades de saúde dos indivíduos, de modo organizado e humanizado (Paim; Vieira da Silva, 2010; Campos, 2003).

Dentre as tecnologias possíveis de serem utilizadas nos diferentes níveis de atenção, reconhece-se no acolhimento, no vínculo e na responsabilização, tecnologias compreendidas como leves (Merhy, 2005), estratégias que melhoram o acesso e configuram-se enquanto práticas integrais. O acolhimento inicia pelo reconhecimento do sujeito em suas dimensões biográfica, ética, familiar e social, consistindo na primeira oportunidade de efetivar as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (Oliveira; Cutolo, 2018; Gomes; Pinheiro, 2005). O vínculo, ao aproximar quem presta serviço de quem o recebe, ajuda a produzir a responsabilização pelo cuidado. Tais tecnologias provocam mudanças nas relações de poder estabelecidas entre técnicos e usuários, de forma que a integralidade passe a representar “um novo modo de ‘andar na vida’, numa perspectiva que coloca o usuário como sujeito de sua própria história” (Gomes; Pinheiro, 2005, p.298).

Outra tecnologia leve que favorece a integralidade consiste na fluidez comunicativa entre os trabalhadores, que tem o potencial de reduzir a distância entre os serviços, facilitar o andar dos usuários por eles e promover resolutividade. Desse modo, quanto mais ocorrerem “trocas mediadas pela linguagem entre os profissionais, maior a unidade do serviço e sua comunicação com os demais recursos da rede, isto é, maior a integralidade do cuidado” (Araújo; Tanaka, 2012, p. 925).

Para Oliveira e Cutolo (2018), a integralidade representa a superação de dicotomias comuns ao âmbito da saúde, como indivíduo e coletivo; saúde e doença; corpo e mente; clínica e saúde pública; teoria e prática. Essa acepção da integralidade implica conhecer a complexidade da vida de sujeitos e de suas contingências e compreender a saúde a partir destes múltiplos aspectos.

A esse respeito, Menéndez (1998) não só salienta a importância do reconhecimento da multicausalidade da maioria dos problemas de saúde, como endossa as proposições da Antropologia e a Epidemiologia Social. As duas disciplinas supõem a existência de algum tipo de evolução do processo saúde/enfermidade/atenção que, para

ser compreendido, pressupõe a reconstrução do processo social e histórico em que estão inseridos os sujeitos. Nessa perspectiva, as condições de vida têm a ver não só com a causalidade, como com a solução dos problemas de saúde. Para o autor, as representações e práticas relativas a cada um dos padecimentos

cumprem várias tarefas fundamentais articuladas entre si, e que vão desde possibilitar uma interpretação e ação com respeito aos padecimentos reconhecidos como ameaçadores até possibilitar articular a relação dos sujeitos e grupos sociais com a estrutura social (Menéndez, 1998, p. 81).

Do ponto de vista legal, um marco notável no percurso para a efetivação da integralidade no SUS consiste na organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS), cujas diretrizes foram estabelecidas pela Portaria nº 4.279/2010. Através das RAS pretende-se “superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS, com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita com efetividade e eficiência” (Brasil, 2010).

Para que os arranjos organizativos das ações e dos serviços de saúde atuem na perspectiva das RAS, faz-se necessária a articulação com sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão. A operacionalização deste aparato segundo o modelo proposto pelas RAS é a chave para alcançar os objetivos estabelecidos pela Portaria, entre eles, promover a integração sistêmica; prover atenção contínua, de qualidade e humanizada; incrementar o desempenho do SUS, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica, eficácia sanitária e eficiência econômica; assegurando, desse modo, a integralidade (Brasil, 2010).

Está prevista ainda a formação de relações horizontais entre os pontos de atenção, em um formato que reconhece a potência da AB para coordenar o cuidado e operar como centro de comunicação, visto que este nível de atenção responde pela resolubilidade dos problemas mais comuns de saúde. Além disso, são fundamentais as análises da situação de saúde; a interoperabilidade entre os sistemas de informação; o trabalho da regulação; as ações de educação permanente e de educação popular em saúde; o planejamento participativo; a valorização dos trabalhadores de saúde e a utilização dos equipamentos e do conhecimento estruturado a partir das relações estabelecidas no ato de cuidar (escuta, vínculo, responsabilização com o cuidado) e não o contrário (Brasil, 2010).

Kalichman e Ayres (2016) consideram que a proposição de redes regionalizadas de atenção à saúde tem o propósito de enfrentar os desafios postos pela centralização/verticalização das propostas programáticas, pela fragmentação da gestão sistêmica do cuidado e pela demasiada ênfase na municipalização. Ao passo que, para Hartz e Contandriopoulos (2004), a indução à descentralização e à regionalização, mediante a integração dos serviços em redes, tem feito parte da agenda reformista dos sistemas nacionais de saúde devido a seu potencial de aumentar sua efetividade e eficiência.

O papel relevante da AB no ordenamento da rede e na consecução da integralidade do cuidado tem sido apontado por diversos autores (Mendes, 2010; Starfield, 2004). Ocorre que, no que concerne ao cuidado em saúde mental, o processo da RP e a orientação expressa pela Portaria 336/2002 designaram aos CAPS a responsabilidade pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no território (Brasil, 2002).

Foi a partir da Portaria 4.279/2010 que estabeleceu as diretrizes para a organização da RAS no SUS (Brasil, 2010) e da publicação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (Brasil, 2017; Brasil 2011) que se formalizou a AB como coordenadora do cuidado de todo o sistema e ordenadora das ações e serviços. A Portaria da RAPS, por sua vez, apregoa que a ordenação do cuidado poderá ser de responsabilidade do CAPS (nos municípios que contam com esse dispositivo) ou da AB (Brasil, 2011). A ênfase dada à AB enquanto coordenadora do cuidado é particularmente relevante quando se considera a realidade de mais de um milhão e meio de cidadãos que vivem em regiões que não contam com outros serviços da RAPS além da AB (Macedo *et al.*, 2017).

Atribuir aos CAPS a função de organização da rede pode resultar no distanciamento dos serviços de AB das ações de saúde mental, além de promover uma dissociação entre saúde mental e outras formas de cuidado, prejudicando a integralidade (Böing; Crepaldi, 2010). De outra parte, uma rede que elenca a AB como coordenadora do cuidado possibilita maior articulação e integração (Hildres; Silva, 2014), além de maior reconhecimento dos sujeitos como seres indivisíveis e sociais (Nasi *et al.*, 2009). A transição de um formato a outro consiste em um dos desafios do campo, visto que nem sempre o CAPS assume este papel centralizador por convicção e sim por pressão de outros pontos de atenção da RAPS (Lima; Guimarães, 2019).

Em um dos primeiros escritos sobre a integralidade nas políticas de saúde mental no contexto do SUS, Alves (2006) atentou para a necessidade de observar duas questões pertinentes ao cuidado: a oferta/seleção e a inclusão/exclusão. Na visão do autor, prevaleceu por muito tempo a premissa de que os serviços deveriam especializar-se no tratamento de apenas um tipo de problema. A substituição do verbo “tratar”, o qual pressupõe um diagnóstico, por “cuidar”, que abre possibilidade para abordar mais de um problema por vez, mudança que ocorreu a partir do final dos anos 80, contribuiu para superar a seleção e a exclusão. Ao combater a segregação, portanto, a integralidade perpassa também questões de natureza ideológica.

No que concerne ao acesso, cabe dizer que a oferta de novos serviços, por si só, não é suficiente. A perspectiva da integralidade na Atenção Psicossocial considera a necessidade de, para além da assistência em saúde, desenvolver práticas de reinserção, lazer, hospitalidade e trabalho, ou seja, propostas que rompam com o modelo biomédico. Assim, para abordar a complexidade dos problemas no âmbito da saúde mental deve-se ter na diversificação e na intersectorialidade componentes indissociáveis da integralidade (Alves, 2006; Nasi *et al.*, 2009).

Para Macedo *et al.* (2017),

a necessidade de avanço não se configura apenas pela abertura de novos serviços, mas especialmente com a integração dos pontos de atenção entre eles em um mesmo município e, principalmente, em uma mesma região de saúde, observando a distribuição e a regularidade de oferta de serviços, os fluxos de demanda e a coordenação integral do cuidado pelas equipes articulando diferentes níveis de atenção. Esse talvez seja o principal desafio posto à Política de Saúde Mental no Brasil, no tocante à organização da assistência na atualidade (Macedo *et al.*, 2017, p. 164).

Trapé *et al.* (2015) identificaram ações de ordem macro, meso e micro sistêmicas que têm contribuído para a integração entre os serviços da rede na perspectiva da atenção psicossocial. No nível macro, a própria proposta da RAPS foi assinalada como um progresso, com a ressalva de, à época, não haver ainda elementos para determinar o sucesso deste modelo; já a implantação dos NASF foi reconhecida como uma estratégia potente no combate à fragmentação entre AB e os CAPS. No nível meso, ou institucional, o trabalho desenvolvido pelas equipes de apoio matricial foi destacado como um arranjo que promove tanto a integração entre os serviços, quanto a integralidade da assistência; de outra parte, o trabalho desenvolvido pelas centrais de regulação, definindo fluxos para a internação com base em critérios clínicos, tem

qualificado os encaminhamentos e servido como suporte às equipes da AB e dos CAPS. Já no nível micro, ou da clínica, a supervisão institucional foi apontada como um arranjo catalisador da rede, que apoia as equipes em seus processos de trabalho e na organização de uma prática clínica que não compartimentaliza os casos.

A integralidade na perspectiva da organização dos processos de trabalho especificamente no CAPS foi discutida por Pereira *et al.*, (2011). Os autores apontaram que a integralidade pode ser potencializada pela elaboração coletiva do PTS, a partir do diálogo e da contratualização entre usuários e técnicos, assim como pela interação entre os profissionais nas reuniões de equipe.

4.3 AVALIAÇÃO EM SAÚDE

Anteriormente tratou-se do quanto as políticas voltadas para a unificação e descentralização do sistema de saúde (AIS e SUDS) contribuíram para a organização do sistema de saúde tendo a integralidade como princípio. De modo semelhante, tais políticas, ao lado da crescente valorização do planejamento em saúde, tiveram papel importante para incluir a avaliação na agenda sanitária brasileira (Furtado; Vieira-Da-Silva, 2016).

Com o advento do SUS, a avaliação das ações e dos serviços de saúde tornou-se atribuição das diferentes esferas que o constituem (Brasil, 1990). Assim como as práticas de planejamento e controle, a avaliação apresenta-se como um caminho estratégico na busca pela garantia dos princípios e das diretrizes do SUS, e pela consequente melhoria nas condições de saúde da população (Brasil, 2015).

Para Tanaka e Melo (2004), a avaliação pode ser entendida como resultado de um julgamento realizado com base em critérios previamente definidos e constitui-se em um elemento do trabalho cotidiano de saúde que não pode ser descolado do contexto do sistema de saúde, do qual é parte necessária. Convém que a avaliação dos serviços de saúde, portanto, leve em consideração a integração dos serviços com a rede de cuidados ofertados.

Uma breve analisada no histórico sobre a avaliação revela que algumas etapas foram necessárias até que se chegasse a tal entendimento. Guba e Lincoln (2011) propuseram a divisão dessa história em quatro gerações, as quais serão apresentadas a seguir.

A avaliação de primeira geração teve suas primeiras influências no campo educacional e caracterizava-se por medir/mensurar. Com o tempo, percebeu-se que os testes escolares resultavam em uma avaliação injusta, puramente técnica, que desconsiderava a participação dos alunos no processo avaliativo e todo seu contexto. Tal crítica conduziu a um formato de avaliação marcado pela descrição, fato que distingue a segunda geração da primeira. O avaliador passou a ser um descritor, o que se revelou insuficiente também. Assim, além de mensurar e descrever, na terceira geração o avaliador passou a emitir um juízo de valor. Tendo como base critérios (bom e ruim) e parâmetros (para comparação), a avaliação passou a facilitar tomadas de decisões, o que levou à necessidade de envolver outras pessoas e considerar o contexto no processo avaliativo (Guba; Lincoln, 2011).

A quarta geração da avaliação, desse modo, surgiu como um modelo construtivista. O processo avaliativo passou a ser estabelecido em conjunto com os participantes, considerando não só contexto, como as demandas do grupo. Posto que a avaliação nesta nova perspectiva é formativa e integrada ao processo de aprendizagem e de mudança da realidade, a apresentação das respostas e dos resultados (*feedback*) tornou-se indispensável. A forma como o avaliador conduz a avaliação, provocando o debate e a negociação entre os grupos, resulta em um processo denominado hermenêutico-dialético (Guba; Lincoln, 2011).

Ou seja, para que o julgamento de valor tenha potencial de aprimorar as práticas, não basta realizar uma avaliação restrita à cobertura e à concentração de serviços. É preciso contemplar a interação entre os profissionais e os usuários, bem como entre os profissionais e os serviços, indicando mudanças que estejam dentro da governabilidade destes atores e que sejam coerentes com o contexto. Destaca-se, nesse sentido, a importância de abranger o maior número de participantes com capacidade de provocar mudanças no processo avaliado (Tanaka, 2017).

Além de aprimorar as práticas, a avaliação que resulta em julgamento de valor embasa e qualifica o processo de tomada de decisão da gestão. Consequentemente, pode minimizar as crises do sistema de saúde e promover a contenção de gastos públicos (Contandriopoulos, 2006).

Do ponto de vista metodológico, distinguem-se dois tipos de avaliação: a avaliação normativa e a pesquisa avaliativa. A primeira busca verificar a conformidade entre os componentes do objeto a ser avaliado tendo como base critérios e normas previamente estabelecidos. Já a pesquisa avaliativa pressupõe o desenvolvimento de um procedimento científico, através do qual será possível estabelecer “relações de causalidade entre os diferentes componentes da intervenção. Visa, assim, compreender o como e o porquê dos resultados” (Champagne *et al.*, 2011, p. 45).

A proximidade estabelecida entre os campos científico, representado pelos grupos de pesquisa das universidades, e o burocrático, relacionado às diferentes esferas do SUS, consiste em uma característica peculiar da avaliação em saúde no Brasil. A avaliação ampliou seu espaço no campo científico principalmente a partir dos anos 1990, com um expressivo aumento dos grupos de pesquisa de avaliação em saúde cadastrados no CNPq. Já na década seguinte, a produção de artigos cresceu substancialmente, o que guarda relação, também, com a indução promovida pelo MS a

partir de financiamento obtido junto ao Banco Mundial (Furtado; Vieira-Da-Silva, 2016; Furtado; Vieira-Da-Silva, 2014).

4.3.1 Avaliação da atenção à saúde mental no SUS

O campo da saúde mental/atenção psicossocial tem sido tomado como objeto de avaliações em uma proporção inferior a outras áreas na esfera do SUS. Algumas características do campo, como a subjetividade que lhe é inerente, além de uma força de trabalho menos afeita à objetivação e sistematização de suas práticas, contribuem para tornar mais desafiadora a criação de parâmetros e indicadores consensuais para avaliação. (Furtado *et al.*, 2017). Apesar desta dificuldade, consta na agenda da OMS o interesse em aumentar a qualidade dos serviços de saúde mental através de instrumentos avaliativos (Bandeira *et al.*, 2000).

Uma primeira experiência institucional de avaliação na esfera da saúde mental foi promovida pelo Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares e Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria). A primeira versão do PNASH, que não incluiu os hospitais psiquiátricos, foi realizada em 2001 e 2002. Já o PNASH/Psiquiatria foi instituído em 2002, um ano após a promulgação da Lei 10.216. Como resultado da última rodada de avaliação, concretizada no período de 2012 a 2014, indicou-se o credenciamento de 27 hospitais psiquiátricos (Brasil, 2018; Brasil, 2016).

O PNASH foi reformulado para tornar-se um programa mais amplo, abrangendo a avaliação dos estabelecimentos de atenção especializada em saúde, ambulatoriais e hospitalares. Assim, a partir de 2004, passou a ser denominado Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde – PNASS (Brasil, 2004).

Já no âmbito da AB, o MS criou o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Seu objetivo é induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da AB, com garantia de um padrão de qualidade que seja comparável nas esferas nacional, regional e local. A avaliação de desempenho das equipes de saúde e da gestão da AB ocorre na Fase 2 do PMAQ-AB, após a contratualização. A avaliação é realizada por instituições de ensino e/ou pesquisa, por meio da verificação de evidências relacionadas aos indicadores contratualizados na etapa anterior, e prevê a realização de uma autoavaliação pelas equipes (Brasil, 2015). Quatro desses indicadores estão diretamente relacionados à saúde mental: proporção de atendimentos em saúde mental, exceto de usuários de álcool e drogas; proporção de

atendimentos de usuário de álcool; proporção de atendimentos de usuário de outras drogas e taxa de prevalência de alcoolismo. Além destes, outros indicadores permitem avaliar aspectos que tangenciam a saúde mental.

Estudos recentes demonstram o crescente interesse na avaliação dos CAPS por grupos de pesquisa acadêmicos, especialmente nas regiões Sul e Sudeste (Costa; Colugnati; Ronzani, 2015; Dantas; Oda, 2014; Silva; Melo; Esperidião, 2012). Esses estudos contribuem parcialmente para que se atinja o objetivo específico IX da RAPS, qual seja, monitorar e avaliar a qualidade dos serviços por meio de indicadores de efetividade e resolutividade da atenção (Brasil, 2011).

O Estudo de Avaliabilidade das ações em saúde dos serviços de Atenção Psicossocial sob a perspectiva da Integralidade, citado na metodologia do presente projeto, consiste no único estudo localizado que toma a integralidade dos serviços da Atenção Psicossocial como objeto. Antes disso, no entanto, Giovanella *et al.* (2002) estabeleceram critérios para avaliação da integralidade da atenção, sugerindo que quatro dimensões sejam consideradas: primazia das ações de promoção e prevenção (campo político de definição de prioridades); garantia de atenção nos diferentes níveis de complexidade da assistência (organização do sistema de atenção); articulação das ações de promoção, prevenção e recuperação (gestão do sistema); abordagem integral do indivíduo e da famílias (cuidado individual).

Para Conill (2004), a avaliação da integralidade vem sendo associada ou confundida com medidas de acesso. Há que se considerar, no entanto, que o acesso a cuidados descontínuos não é suficiente. Assim, para avaliar a integralidade da Atenção Psicossocial, será necessário verificar em que medida o sistema possibilita o acesso dos usuários a cuidados contínuos e a serviços articulados.

5. RESULTADOS

Os resultados desta pesquisa são apresentados na forma de cinco produtos (um ensaio teórico, um capítulo de livro e três artigos científicos), considerando que o regimento do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) de 2022 prevê, em seu artigo 64, que os resultados da tese de doutorado podem ser apresentados por meio de artigos científicos a serem submetidos em revistas científicas.

5.1 Ensaio teórico intitulado “Avanços e retrocessos na efetivação do cuidado integral na política de Saúde Mental do Sistema Único de Saúde”, publicado na Revista *Cadernos brasileiros de Saúde Mental*, v. 15, n. 45, p. 25-33, ano 2023, atualiza a etapa de Revisão de Literatura.

5.2 Artigo 1 intitulado “Integração dos cuidados na política de Saúde Mental dos Sistemas de Saúde brasileiro e português”, submetido à Revista *Contexto & Saúde*, em processo de avaliação, constitui um dos produtos do estágio de doutorado realizado na Universidade NOVA de Lisboa.

5.3 Capítulo de livro intitulado “Proposta de um modelo de avaliação para a Rede de Atenção Psicossocial na perspectiva da Integralidade”, publicado no livro *Avaliação em saúde, redes sociotécnicas e translação do conhecimento*, organizado por Marly Marques da Cruz, Isabel Craveiro, Juliana Fernandes Kabad, Santuzza Arreguy Silva Vitorino, ano 2022, Editora Hucitec, subsidia metodologicamente os artigos subsequentes.

5.4 Artigo 2 intitulado “A integralidade na Rede de Atenção Psicossocial: percepções de gestores, trabalhadores e usuários”, submetido a uma revista do campo da saúde, em processo de avaliação, responde ao primeiro e ao terceiro objetivo específico da pesquisa (identificar as ações que caracterizam a integralidade da Atenção Psicossocial e compreender e caracterizar os aspectos que dificultam e que potencializam a integração entre os pontos de atenção, respectivamente).

5.5 Artigo 3 intitulado “Avaliação da integralidade da Rede de Atenção Psicossocial: Estudo de casos múltiplos”, a ser submetido a uma revista do campo da saúde, responde ao segundo objetivo específico da pesquisa (avaliar a integralidade em municípios brasileiros com diferentes portes populacionais e que apresentem diferentes configurações de serviços de Atenção Psicossocial).

5.1 ENSAIO TEÓRICO

AVANÇOS E RETROCESSOS NA EFETIVAÇÃO DO CUIDADO INTEGRAL NA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Larissa Weber

Cláudia Flemming Colussi

De acordo com a Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde (SUS), um dos objetivos do SUS consiste na oferta de assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas (Brasil, 1990), em uma clara alusão à integralidade. A integralidade compreende não só a oferta e combinação de diferentes tecnologias de cuidado, as quais precisam ser articuladas entre os diversos serviços da rede assistencial. Vislumbra-se também o cuidado das mais variadas necessidades de saúde dos indivíduos, de modo organizado e humanizado, considerando a totalidade do sujeito – em suas dimensões física, mental, social, espiritual (Campos, 2003).

Em um dos primeiros escritos nacionais sobre a integralidade na Política de Saúde Mental, Alves (2006) atentou para a necessidade de observar duas questões pertinentes ao cuidado: a oferta/seleção e a inclusão/exclusão. Na visão do autor, o entendimento de que os serviços deveriam especializar-se no tratamento de apenas um tipo de problema prevaleceu por longo período. A substituição do verbo “tratar”, o qual pressupõe um diagnóstico, por “cuidar”, que abre possibilidade para abordar mais de situação por vez, contribui para superar as práticas de seleção e exclusão.

Ao enfrentar a segregação, portanto, a integralidade perpassa também questões de natureza ideológica e alinha-se ao ideário da Luta Antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica (RP), qual seja, a defesa de um cuidado em liberdade, em serviços de saúde de base comunitária. Até os anos 80, o modelo de tratamento que preponderava, conhecido como manicomial ou asilar, pressupunha a internação prolongada das pessoas em hospitais psiquiátricos, promovendo não só a segregação, como a violação de direitos humanos e o rompimento de vínculos.

O enfrentamento a esse modelo deu-se pioneiramente na Itália, através de um movimento denominado Psiquiatria Democrática Italiana. A RP italiana teve reflexos no Brasil, onde já florescia críticas ao modelo manicomial. Um dos mais importantes atores sociais alinhados ao ideário da Reforma Psiquiátrica (RP) no Brasil tem sido o Movimento da Luta Antimanicomial – o qual representa os usuários, seus familiares e trabalhadores do campo da saúde mental na defesa por uma atenção digna dos serviços de saúde e por mudanças no imaginário social sobre a loucura.

Assim como na Itália, o objetivo principal da RP brasileira era promover a gradativa substituição do sistema centrado no cuidado hospitalar por uma rede integrada de atenção à saúde, garantindo os direitos de cidadania às pessoas com transtornos mentais, em especial aquelas que estiveram internadas por longos períodos nos manicômios. Se outrora preconizava-se que o sujeito em sofrimento psíquico deveria ser isolado para curar-se, a partir da RP a orientação é de reaproximá-lo do seu território de origem e da comunidade – característica fundante do Modo Psicossocial (Costa-Rosa, 2013).

Promover o cuidado da pessoa em seu território, de forma humanizada, possibilita compreendê-la em suas múltiplas dimensões e necessidades – não só no âmbito da saúde mental. Essa característica, portanto, aproxima o Modo (ou a Atenção) Psicossocial de um dos sentidos da integralidade.

Os principais marcos da institucionalização da RP e concomitante construção do modelo de Atenção Psicossocial no Brasil levaram em consideração as proposições das Conferências Nacionais de Saúde Mental, realizadas em 1986, 1992, 2001 e 2010. O fato de a Atenção Psicossocial ter se tornado a política oficial do Ministério da Saúde permitiu a ampliação dos recursos financeiros para a área, do conjunto de instituições que atuam na perspectiva psicossocial e do número dos trabalhadores contratados para as novas instituições (Costa-Rosa, 2013). Esses fatos, somados ao já referido ativismo dos movimentos sociais e dos trabalhadores, favoreceram a construção de uma agenda política comprometida com um modelo de atenção integral, pautado pela defesa dos direitos dos usuários.

Tal agenda começou a tomar forma com a elaboração do Projeto de Lei 3.657/1989, que dispunha sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua

substituição por outros recursos assistenciais e regulamentava a internação psiquiátrica compulsória. Na prática, ainda no final dos anos 80, foram implementados os primeiros serviços de saúde mental de base comunitária no Brasil, denominados Núcleos ou Centros de Atenção Psicossocial (NAPS/CAPS).

Em 2001 foi finalmente promulgada a Lei da Reforma Psiquiátrica, sob número 10.216/2001. A Lei dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (Brasil, 2001). Na sequência, houve a criação de novos serviços - como os Serviços Residencial Terapêutico (SRT), novos programas - como o Programa de Volta pra Casa (PVC), e de uma Política para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas (PAIUAD).

Esta política, que inova ao trazer a integralidade no nome, compromete-se a superar um entendimento que associava o uso de drogas ao comportamento antissocial e/ou criminoso e um modelo de tratamento que tinha como único objetivo a abstinência. Para isso, aposta no aumento do grau de liberdade e de corresponsabilidade daquele que se está tratando, promovendo a construção de redes de suporte social (Brasil, 2003). Ou seja, com a RP e o reconhecimento da redução de danos, as drogas deixam de ser compreendidas como males em si, o que abre caminho para uma nova perspectiva de cuidado (Costa, 2022) – antimanicomial, territorial e integral, na medida em que enfoca as singularidades dos sujeitos e suas relações.

Passados dez anos da promulgação da Lei da Reforma Psiquiátrica, o Ministério da Saúde instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. A RAPS confere ainda mais importância à integralidade no âmbito da saúde mental, visto que um de seus objetivos gerais é garantir a articulação e integração dos pontos de atenção da rede no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências (Brasil, 2011).

Outro de seus objetivos consiste na ampliação do acesso à Atenção Psicossocial da população, em especial das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas e suas famílias (Brasil, 2011), a fim de derrubar as barreiras no acesso desses grupos

tradicionalmente estigmatizados. O que possibilita reconhecê-los como seres multidimensionais, fato imprescindível para fazer valer a integralidade da atenção.

A RAPS é uma das Redes de Atenção à Saúde temáticas propostas pelo Ministério da Saúde, pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT). As Redes Temáticas são componentes da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e sua proposição foi seguida por outros movimentos institucionais, como o fortalecimento da Atenção Básica (AB) e do seu papel como ordenadora das redes. A proposição das Redes Temáticas desencadeou um processo institucional de formulação e gestão de políticas que buscassem superar uma tradição focal, especialista e fragmentada de programas (Souza; Teixeira, 2016). A escolha pela constituição de uma rede específica para a Atenção Psicossocial também mostra coerência com a necessidade de enfrentamento dos alarmantes dados epidemiológicos relativos à saúde mental que são reconhecidos atualmente, tendo como base o princípio da integralidade.

Como um dos componentes da RAPS, a AB tem a incumbência de desenvolver ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, ações de redução de danos e cuidado para usuários de álcool e outras drogas, em articulação com os demais pontos da rede. Além disso, como já foi referido, as equipes das ESF ou UBS têm o papel de coordenar o cuidado.

Já a Atenção Psicossocial Especializada, representada na Portaria pelas diferentes modalidades de CAPS, oferece cuidado às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, por intermédio de um Plano Terapêutico Singular (PTS) - construído pelos usuários, sua família e a equipe. Os CAPS têm base territorial, atuam de forma articulada com os outros pontos da rede e podem dividir a responsabilidade pela ordenação do cuidado com a AB (Brasil, 2011).

A Atenção de Urgência e Emergência é responsável pelo acolhimento, pela classificação de risco e pelo cuidado nas situações de urgência e emergência das pessoas com sofrimento/transtorno mental ou com necessidades decorrentes do uso de substâncias psicoativas. A articulação

com a AB ou com os CAPS se faz fundamental, para que estes intercedam nas situações que necessitem de outras modalidades de cuidado (Brasil, 2011).

No âmbito da Atenção Hospitalar, é oferecido tratamento para casos graves, através de internações de curta duração. Mais uma vez sublinha-se a importância de a internação ser integrada ao PTS (Brasil, 2011). Importante considerar, também no âmbito hospitalar, a relevância da oferta de cuidado em saúde mental como apoio às internações por diferentes motivos.

A Atenção residencial de caráter transitório oferece cuidados contínuos de saúde em ambiente residencial para usuários de substâncias psicoativas com acentuada vulnerabilidade social, que demandem acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório (por até seis meses). Ao passo que as Estratégias de Desinstitucionalização, que incluem os SRT, acolhem egressos de internação de longa permanência (dois anos ou mais ininterruptos) em hospitais psiquiátricos ou hospitais de custódia. As estratégias incluem também o PVC, que provê um auxílio reabilitação mensal (Brasil, 2011).

Por fim, o componente da Reabilitação Psicossocial constitui-se por iniciativas de geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais que promovam a formação e qualificação para o trabalho. Destaca-se também a importância de articular as redes de saúde e de economia solidária com os recursos disponíveis no território, de modo a ampliar a autonomia, a contratualidade e a inclusão social de usuários da rede e seus familiares (Brasil, 2011).

A Portaria da RAPS enfatiza a necessidade de guiar o cuidado a partir da singularidade dos sujeitos, através dos PTS, bem como de dar a devida importância à articulação entre os profissionais e os serviços. A oferta de diferentes ações, em múltiplos pontos de atenção, de forma articulada, configura outro marco fundamental na consolidação da integralidade na Atenção Psicossocial.

Os avanços da RAPS refletem-se na instituição de uma rede mais plural, com maior número e diversidade de serviços implantados nas cinco regiões do país. Uma das razões que favoreceu essa expansão foi o fato de que, desde 2004, os recursos financeiros correspondentes ao pagamento de leitos psiquiátricos extintos deveriam ser reinvestidos pelo SUS nos serviços de saúde mental de base comunitária. Ainda assim, o financiamento nunca

chegou a ser suficiente para dar conta da Atenção Psicossocial de um país populoso e de grandes dimensões como é o caso do Brasil.

De forma resumida, a integralidade avançou na Política de Saúde Mental em três frentes: (I) na criação e expansão dos serviços de base comunitária, cuja característica principal é o cuidado centrado na pessoa; (II) no fortalecimento da saúde mental na Atenção Básica e (III) na integração dos serviços em rede. Contudo, a despeito dessas conquistas, os últimos anos têm sido marcados por retrocessos, desencadeando um novo processo, conhecido como Contrarreforma.

Exemplo disso são as mais recentes mudanças perpetradas pelo Ministério da Saúde na Política Nacional de Saúde Mental, bem como nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas, que desvelam o fortalecimento do modelo asilar. Isso fica evidenciado pela recente inclusão dos hospitais psiquiátricos e das Comunidades Terapêuticas (CT) na RAPS, de modo que o Ministério da Saúde não incentiva mais o fechamento de unidades de qualquer natureza. Ou seja, contrariamente ao que propunha o movimento da RP, o Governo Federal não pretende mais fechar leitos em hospitais psiquiátricos e redirecionar os recursos para a criação de serviços substitutivos, como também aumentou o valor repassado a estes dispositivos (Brasil, 2017).

Ainda que se ressalve que os hospitais psiquiátricos devem ser compreendidos como locais de tratamento, não de moradia, o incentivo às internações em instituições fechadas vai na contramão dos preceitos estabelecidos pelo Relatório Mundial de Saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS), publicado em 2001. Dedicado à saúde mental, o relatório defendeu o fechamento dos hospitais psiquiátricos e a prestação dos cuidados em saúde mental na comunidade (OMS, 2001). Ademais, instituições totais, a exemplo do hospital psiquiátrico, não atuam na lógica da integralidade, de modo que se avizinha um abalo na integração da RAPS.

Outro indicativo de uma Contrarreforma Psiquiátrica pode ser verificado na nova Lei sobre drogas nº 13.840/2019. Sob a justificativa de que há uma necessidade de atualização da legislação da política pública sobre drogas, reorganizou-se o aparato normativo sobre as drogas, a fim de orientar e regulamentar as ações no campo. Nessa perspectiva, a abstinência passou a ter protagonismo novamente no âmbito da assistência, sendo a redução de

danos praticamente suprimida – em uma evidente contradição à PAIUAD. Com isso, instigam-se as internações involuntárias, reinstituindo a lógica manicomial e cada vez menos integral – tanto nos hospitais, quanto nas CT (Costa, 2022).

A coexistência entre os modelos tem sido denominada transição tecnológica. De um lado, tem-se o modelo contra hegemônico, que defende a reinserção social (pela ocupação dos espaços de lazer e trabalho), para além da assistência em saúde, e que ainda carece de investimentos financeiros. De outro, um modelo que privilegia as internações e que tem recebido voluptuosos repasses financeiros, justamente em um momento de contingenciamento e de subfinanciamento dos serviços públicos.

Esse cenário, somado à tendência crescente ao uso de práticas medicalizantes pelas equipes, têm comprometido sobremaneira a operacionalização da integralidade na RAPS, mesmo com todos os avanços alcançados. A superação destes fatos apresenta-se como um importante desafio da atualidade e os parágrafos finais desse ensaio fornecem algumas pistas de por onde agir.

Não obstante os mais recentes retrocessos, entende-se que a premissa de que o cuidado em saúde mental não constitui uma atribuição exclusiva dos serviços especializados está mantida. Não há porta única de entrada na RAPS. Os diferentes serviços integrantes da rede podem, e devem, estar preparados para acolher o sujeito em sua integralidade e têm o poder de fortalecer os PTS alinhados ao modo psicossocial.

Reconhece-se no acolhimento, no vínculo e na responsabilização práticas alinhadas à integralidade possíveis de serem utilizadas nos diferentes componentes da rede. O acolhimento representa a primeira oportunidade de efetivação das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos. O vínculo, ao aproximar quem presta serviço de quem o recebe, ajuda a produzir a responsabilização pelo cuidado. Tais tecnologias provocam mudanças nas relações de poder estabelecidas entre técnicos e usuários, de forma que a integralidade passe a representar uma oportunidade de colocar o usuário como sujeito de sua própria história (Gomes; Pinheiro, 2005).

Trapé *et al.* (2015) identificaram nas seguintes ações estratégias que favorecem a integração entre os serviços da rede na perspectiva da Atenção Psicossocial:

- A atuação dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF), agora denominados equipes eMulti, foi reconhecida por fazer frente à fragmentação entre AB e os CAPS;
- O apoio matricial foi destacado como um arranjo que promove tanto a integração entre os serviços, quanto a integralidade da assistência;
- A implantação das centrais de regulação, ao definir fluxos para a internação com base em critérios clínicos, qualifica os encaminhamentos e oferece suporte às equipes da AB e dos CAPS;
- A supervisão institucional das equipes apoia-as não só em seus processos de trabalho, como na organização de uma prática clínica que não compartimentaliza os casos.

Somadas, essas práticas têm o potencial de oferecer atenção humanizada, oportuna, em tempos e lugares certos – a exemplo do que se espera de uma rede de cuidados integral e integrada, em especial no campo da Atenção Psicossocial. Assim, lutar para que a RAPS não se desmantele é fundamental. Ademais, conferir visibilidade ao seu valor por meio de novos estudos e de pesquisas científicas é outra estratégia de especial relevância nesse processo.

Referências

ALVES, D. S. Integralidade nas Políticas de Saúde Mental. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A., organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006.

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 20 set 1990; Seção 1:018055.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo tecnoassistencial em saúde mental. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva/ Coordenação Nacional de DST/AIDS. A Política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília: 2003, 60p.

CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p.569-584, 2003.

COSTA, P. H. A. “Museu de grandes novidades”: a nova-velha política antidrogas no Brasil. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, Florianópolis, v.14, n.39, p.01-25, 2022.

GOMES, M. C. P. A; PINHEIRO, R. Reception and attachment: integral practices in health care administration in large urban centers. *Interface - Comunic., Saúde, Educ., Botucatu*, v.9, n.17, p.287-301, mar/ago. 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Relatório Mundial da Saúde. Saúde Mental: nova concepção, nova esperança. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde, OMS, Genebra: 2001.

SOUZA, T. P.; TEIXEIRA, R. R. Redes temáticas e a produção do comum: conflitos emergentes de uma nova institucionalidade. In: Pasche, D. F.; Souza, T. P. (Org.). *Redes Estratégicas do SUS e Biopolítica: cartografia da gestão de políticas públicas*. 1ed. Brasília/Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/CEPESC, v. 1, p. 29-40, 2016.

TRAPÉ T. L.; ONOCKO-CAMPOS R., GAMA C. A. P. Mental health network: a narrative review study of the integration assistance mechanisms at the Brazilian National Health System. *Int J Health Sci, Madison*, v. 3, p. 45-53, 2015.

5.2 ARTIGO CIENTÍFICO 1

Integração dos cuidados na política de Saúde Mental dos Sistemas de Saúde brasileiro e português

Larissa Weber

Cláudia Flemming Colussi

Isabel Craveiro

Destaques:

- 1) A política em saúde mental evoluiu nos dois países, seguindo as evidências científicas;
- 2) Ambos os países investiram na desinstitucionalização;
- 3) Expandiu-se o cuidado no nível comunitário com a criação de serviços de referência;
- 4) Estabeleceu-se a integração da saúde mental nos cuidados primários;
- 5) Promoveu-se a integração dos diferentes serviços em uma rede de atenção.

Highlights:

- 1) Mental health policy has evolved in both countries, following scientific evidence;
- 2) Both countries invested in deinstitutionalization;
- 3) Care was expanded at the community level with the creation of reference services;
- 4) The integration of mental health into primary care was established;
- 5) The integration of different services into a care network was promoted.

Resumo: Os cuidados integrais e integrados instigam a centralidade do cuidado na pessoa e promovem bons resultados frente às variadas necessidades de saúde apresentadas pela população, incluindo as demandas relacionadas à saúde mental. O presente trabalho tem como objetivo investigar como os cuidados integrais e integrados estão expressos nas políticas de saúde mental do Sistema Nacional de Saúde português e do Sistema Único de Saúde brasileiro. Para tanto, realizou-se uma pesquisa documental, qualitativa e exploratória. Foram selecionados treze documentos, dentre leis, decretos, portarias e planos dos dois países, submetidos à análise de conteúdo. Os resultados são apresentados em três categorias: desinstitucionalização, cuidado em redes de atenção e protagonismo da Atenção Primária no cuidado em saúde mental. Ambos os países investiram na desinstitucionalização dos utentes e na promoção de cuidados centrados nas necessidades e condições específicas dos indivíduos em serviços extra-hospitalares. Houve expansão do cuidado em saúde mental no nível

comunitário, integrando-o à Atenção Primária e aos demais serviços das redes de atenção. Contudo, nos últimos anos, identificou-se também retrocessos na legislação de um deles. O risco de desassistência e os impactos do isolamento social decorrentes da pandemia da COVID-19 impuseram desafios para a efetivação dos cuidados integrais e integrados. Conclui-se que a integração dos cuidados no campo da saúde mental evoluiu na legislação dos dois sistemas, acompanhando as evidências científicas. Novos avanços dependerão de maior aporte financeiro para a expansão e qualificação das redes. Espera-se que os achados apresentados possam embasar futuras iniciativas que contribuam com a superação dos desafios.

Palavras-chave: Integralidade em Saúde; Saúde mental; Sistemas de Saúde; Serviços de Saúde.

Abstract: Comprehensive and integrated care instigates the centrality of care in the person and promotes good results in the face of the varied health needs presented by the population, including demands related to mental health. The present work aims to investigate how comprehensive and integrated care is expressed in the mental health policies of the Portuguese National Health System and the Brazilian Unified Health System. Documentary, qualitative, and exploratory research was carried out to this. Thirteen documents were selected, including laws, decrees, ordinances, and plans from both countries and submitted to content analysis. The results are presented in three categories: deinstitutionalization, care networks, and the role of Primary Care in mental health care. Both countries invested in the deinstitutionalization of users and the promotion of care focused on the specific needs and conditions of individuals in extra-hospital services. There was an expansion of mental health care at the community level, integrating it with Primary Care and other services in the care networks. However, in recent years, setbacks have also been identified in the legislation of one of them. The risk of lack of assistance and the impacts of social isolation resulting from the COVID-19 pandemic imposed challenges for the implementation of comprehensive and integrated care. It is concluded that integrated care in the field of mental health has evolved in the legislation of both systems, following scientific evidence. New advances will depend on greater financial support for the expansion and qualification of networks. It is hoped that the findings presented can support future initiatives that contribute to overcoming the challenges.

Keywords: Integrated care, Integrality in Health, Mental health, Health systems; Health Services.

Introdução

A magnitude dos agravos em saúde mental, evidenciados com a pandemia de *Coronavirus disease 2019* (COVID-19), tem promovido discussões mundiais sobre a necessidade de compreender a saúde mental de modo interligado à saúde física e aos determinantes sociais da saúde e de reconhecê-la como parte integrante dos direitos humanos e da inclusão social. Considera-se o investimento de mais recursos para a área um pré-requisito para o desenvolvimento sustentável global¹⁻².

Os desafios relacionados à saúde mental no âmbito da saúde pública se fazem sentir tanto pelos países desenvolvidos, quanto entre aqueles em desenvolvimento. A depressão consiste na doença que mais causa incapacitação no mundo, representando 7,5% de todos os anos vividos com incapacidade, em 2015. Os transtornos de ansiedade, por sua vez, correspondem ao sexto contribuinte não fatal para a perda de saúde no mundo, na proporção de 3,4% de todos os anos vividos com incapacidade³. No Brasil, os transtornos depressivos e ansiosos respondem, respectivamente, pela quinta e sexta causas de anos vividos com incapacidade⁴, enquanto em Portugal eles encontram-se na quarta e sexta posição⁵.

As pessoas acometidas por transtornos mentais tendem a receber suporte e atendimento de forma fragmentada, descoordenada e pouco resolutiva, com dificuldade de acesso oportuno e necessário⁶. Um dos caminhos apontados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para tornar os sistemas de saúde mais resolutivos, especialmente na perspectiva do cuidado em saúde mental, consiste na integração da saúde mental aos cuidados gerais e a programas como o de enfrentamento às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Almeja-se, desse modo, impulsionar a continuidade da assistência entre os diferentes níveis do sistema de saúde⁷.

Para a OMS, os serviços de saúde integrados são aqueles que oferecem às pessoas um continuum de cuidados - promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento, manejo de doenças, reabilitação e cuidados paliativos - coordenados nos diferentes níveis e locais de atenção, dentro e fora do setor saúde, de acordo com suas necessidades ao longo da vida⁸. Os cuidados integrados instigam a centralidade na pessoa, apresentando bons resultados frente às variadas necessidades de saúde apresentadas pela população, incluindo as demandas de saúde mental⁹.

Dada a importância da integração dos cuidados no âmbito da saúde mental, o presente estudo investigará como os cuidados integrais e integrados estão expressos no Serviço Nacional de Saúde (SNS) de Portugal e no Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil, com foco na interface desta temática com as políticas de saúde mental.

Método

O estudo caracteriza-se por ser de natureza qualitativa, do tipo exploratório. A análise comparativa entre o SNS e o SUS, com foco nos cuidados integrados e integrais em saúde mental, foi feita a partir de uma pesquisa documental¹⁰.

Um total de treze documentos foram selecionados para o estudo, sete de Portugal e seis do Brasil, considerando os seguintes critérios de inclusão: (I) consistir em leis, decretos, portarias e planos; (II) que relacionam a integralidade do cuidado/integração dos cuidados à política de saúde mental; (III) publicados a partir de 1979, no caso do SNS, e de 1990, no caso do SUS, até 2020. Foram excluídos os documentos que não mencionavam os termos “integralidade”, “atenção integral”, “globalidade”, “integração dos cuidados” ou “cuidado integrado”.

As fontes dos dados de Portugal foram acessadas nos sites do Ministério da Saúde (www.sns.gov.pt), da Direção Geral da Saúde (www.dgs.pt) e do Diário da República Eletrónico (www.dre.pt). Já os dados brasileiros são oriundos dos sites do Ministério da Saúde (antigo.saude.gov.br e www.gov.br/saude) e da Biblioteca Virtual da Saúde (<https://bvsmms.saude.gov.br/>). A coleta dos dados ocorreu em 2021.

Os dados encontrados foram submetidos à análise de conteúdo que possibilitou uma compreensão ampla a respeito da organização dos sistemas a partir dos mecanismos de integração dos cuidados nas políticas de saúde mental. Para tanto, o estudo foi conduzido em três etapas: pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados, inferência e interpretação¹¹, que possibilitaram o estabelecimento de três categorias de análise.

Resultados

A legislação portuguesa estabeleceu um entendimento de cuidado integrado que considera a promoção e vigilância da saúde, a prevenção da doença, o diagnóstico e tratamento dos doentes e a reabilitação médica e social¹² de modo articulado e em rede¹³. No Brasil, a integralidade do cuidado é reconhecida como um dos princípios do SUS e refere-se ao conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, em todos os níveis do sistema. Cabe ao Estado formular e executar políticas econômicas e sociais que reduzam os riscos de doenças e agravos, abarcando, dessa forma, a promoção da saúde¹⁴.

Foram identificados 13 documentos que demonstram mecanismos de integração dos cuidados nas políticas de saúde mental do SNS e do SUS. Os documentos analisados são apresentados no quadro 1.

Quadro 1 – Documentos de Portugal e do Brasil selecionados para análise

País	Documento
Portugal	Lei n.º 36, de 24 de julho de 1998. Lei de Saúde Mental ¹⁵ .
	Decreto-Lei n.º 35/99 de 5 de fevereiro. Estabelece a organização da prestação de cuidados de psiquiatria e saúde mental. Diário da República n.º 30/1999 ¹⁶ .
	Resolução n.º 49/2008. Aprova o Plano Nacional de Saúde Mental (2007-2016) ¹⁷ .
	Decreto-Lei n.º 8/2010 de 8 de janeiro. Cria um conjunto de unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental, destinado às pessoas com doença mental grave de que resulte incapacidade psicossocial e que se encontrem em situação de dependência. Diário da República n.º 19/2010 ¹⁸ .
	Decreto-Lei n.º 136/2015 de 28 de julho. Procede à primeira alteração ao Decreto-Lei n.º 101/2006, que cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, e à segunda alteração ao Decreto-Lei n.º 8/2010, que cria um conjunto de unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental. Diário da República n.º 145/2015 ¹⁹ .
	Relatório da Avaliação do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 e propostas prioritárias para a extensão a 2020 ²⁰ .
	Lei n.º 95/2019. Aprova a Lei de Bases da Saúde e revoga a Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, e o Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de agosto ¹³ .
Brasil	Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental ²¹ .
	Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental ²² .
	Portaria GM nº 2.197, de 14 de outubro de 2004. Redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, e dá outras providências ²³ .
	Portaria GM nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde ²⁴ .
	Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação nº

	3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências ²⁵ .
	Nota Técnica nº 11/2019. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas ²⁶ .

Fonte: elaborado pelas autoras.

A análise dos documentos possibilitou a identificação de três categorias relacionadas à integração dos cuidados. Denominadas: (1) desinstitucionalização, (2) cuidado em redes de atenção e (3) protagonismo da Atenção Primária à Saúde (APS) no cuidado em saúde mental. Tais categorias serão apresentadas a seguir.

Desinstitucionalização

Em Portugal, a Lei da Saúde Mental, de 1998, estabeleceu que o cuidado deve ocorrer prioritariamente a nível comunitário e ser centrado nas necessidades e condições específicas dos indivíduos. Os Serviços Locais de Saúde Mental (SLSM) têm a incumbência de assegurar a prestação de cuidados globais de saúde mental e atuar de forma integrada com os Centros de Saúde e demais serviços¹⁵⁻¹⁶.

Uma década após a publicação da Lei de Saúde Mental, concluiu-se que pouco havia sido investido em equipes de saúde mental comunitárias no país, de modo que o internamento ainda consumia a maior parte dos recursos. Após a definição dos princípios que regulamentam o internamento compulsório, bem como daqueles que organizam os SLSM, foi elaborado o Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 (PNSM)¹⁷.

O PNSM previu a reestruturação dos hospitais psiquiátricos, a criação de novos SLSM com base na comunidade e o direcionamento das internações para os hospitais gerais. Orientou-se, entre outros, pelos seguintes valores e princípios: saúde mental indivisível da saúde em geral (ou seja, os serviços de saúde mental devem estar integrados no sistema geral de saúde); cuidados na comunidade (a indicação de internamento só deve ocorrer após esgotadas as possibilidades de tratamento na comunidade); coordenação e integração de cuidados (de modo a facilitar a continuidade de cuidados); abrangência (a fim de atender às necessidades essenciais de cuidados em saúde mental da área). Há ainda um apelo à intersetorialidade, através da articulação com os Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social, da Educação e da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior¹⁷.

Posteriormente, a nova lei de bases nacional assegurou o compromisso do Estado em promover o bem-estar mental, prevenir as doenças mentais e identificar os riscos a elas associados. Além disso, estabeleceu que os cuidados de saúde mental devem ser centrados na pessoa, reconhecendo suas necessidades específicas, e ofertados através de uma abordagem interdisciplinar e integrada, prioritariamente na comunidade¹³.

No Brasil, a remodelação da atenção à saúde mental foi formalizada pela Lei nº 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Também conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, ela destacou o direito de acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, preferencialmente em serviços comunitários. Assim como em Portugal, preconizou-se que a internação só deve ser indicada diante do esgotamento dos recursos extra-hospitalares²¹.

A necessidade de ampliar a oferta de serviços comunitários de saúde mental levou à criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Os CAPS surgiram antes mesmo da criação do SUS e foram consagrados como os principais serviços de atenção psicossocial especializados em âmbito territorial. Oferecem cuidado às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes ou com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Em comum, as diferentes modalidades de CAPS têm a atribuição de disponibilizar atenção diária; responsabilizar-se pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental e supervisionar as equipes de Atenção Primária à Saúde (APS) no âmbito do seu território²², impulsionando a desinstitucionalização no país.

Contudo, alterações nas políticas de saúde mental e sobre drogas feitas entre 2017 e 2020 acabaram por fortalecer os hospitais psiquiátricos no Brasil. Sob o argumento de que todos os serviços de saúde mental são igualmente importantes e devem ser ampliados e fortalecidos, o Ministério da Saúde não só deixou de incentivar o fechamento, como aumentou o financiamento dessas instituições no período citado. Também as Comunidades Terapêuticas, locais que atendem pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas na lógica asilar, passaram a ser consideradas pontos de atenção da rede²⁵⁻²⁶.

1. Cuidado em redes de atenção

Em Portugal, a reestruturação dos serviços existentes e a criação de estruturas multidisciplinares de cuidados continuados integrados de saúde mental – nomeadamente as equipas de apoio domiciliário, unidades sócio-ocupacionais e unidades residenciais - deu-se no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) e em articulação com os SLSM¹⁸⁻¹⁹. Entende-se por cuidados continuados integrados de saúde mental

o conjunto de intervenções sequenciais de saúde mental e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na reabilitação e recuperação das pessoas com incapacidade psicossocial, entendida como o processo de reabilitação e de apoio social, activo e contínuo, que visa a promoção da autonomia e a melhoria da funcionalidade da pessoa em situação de dependência com vista à sua integração familiar e social (p. 258)¹⁸.

A Rede baseia-se, entre outros, nos princípios da prestação individualizada e humanizada de cuidados, na continuidade dos cuidados entre os diferentes serviços e setores, na multidisciplinariedade e interdisciplinaridade. Estabelece, ainda, um modelo de intervenção integrada e articulada¹⁹.

No Brasil, à medida em que foram implantados novos serviços de cuidado em saúde mental de âmbito comunitário, como Centros de Convivência e Serviços Residencial Terapêutico (SRT), reconheceu-se a necessidade de estabelecer mecanismos de articulação e integração entre eles. Com isso, a partir de 2011, foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas²⁴.

A RAPS consiste em uma das Redes de Atenção à Saúde temáticas propostas pelo Ministério da Saúde brasileiro. Além de promover a integração dos serviços no território, tensiona a ampliação do acesso, diversificação das estratégias de cuidado e qualificação da atenção psicossocial, por meio da oferta de acolhimento, acompanhamento contínuo e atenção às urgências. A diversificação das estratégias dá-se pela oferta de cuidado em pontos de atenção distribuídos pelos seguintes componentes: APS; Atenção Psicossocial Especializada (que inclui os CAPS); Atenção de Urgência e Emergência; Atenção Hospitalar; Atenção Residencial de caráter transitório; Estratégias de Desinstitucionalização e Reabilitação psicossocial. Os pontos

de atenção devem oferecer atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas, que se faz pela construção de Planos Terapêuticos Singulares (PTS)²⁴.

Em 2017, foram criados dois novos pontos de atenção para comporem a RAPS, nomeadamente o CAPS AD tipo IV, direcionado ao cuidado integral e contínuo de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas em municípios com mais de 500.000 habitantes que tenham cenas abertas de uso de drogas, bem como nas capitais estaduais; e a Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental, voltada à atenção integral de pessoas com transtornos mentais moderados, cuja assistência deve ser organizada a partir da APS. Ambos os serviços atuarão de maneira integrada com outros pontos de atenção das redes do SUS e com os serviços do Sistema Único de Assistência Social, garantindo direitos de cidadania, cuidado transdisciplinar e ação intersetorial²⁵.

2. Protagonismo da APS no cuidado em saúde mental

O Relatório da Avaliação do PNSM com propostas prioritárias para sua extensão estabeleceu recomendações para o agora denominado Programa Nacional de Saúde Mental coerentes com os objetivos anteriormente estabelecidos de recrudescer as internações em hospitais psiquiátricos e ampliar o cuidado comunitário em Portugal. Dentre elas, destaca-se: assumir como prioridade a integração da SM nos cuidados primários, além de fomentar a promoção e prevenção em SM, estabelecendo sua difusão e incorporação nas políticas de saúde pública de âmbito nacional²⁰.

No Brasil, já em 2004, o Programa de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas estabelecia os serviços de APS como um componente de cuidado fundamental a esse perfil de usuários, destacando a importância da sua capilaridade e da atuação de modo articulado aos demais serviços²³.

Na década seguinte, a Portaria da RAPS designou que os pontos de atenção do componente APS são responsáveis pela promoção da saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, redução de danos e cuidado para usuários de álcool e outras drogas, em articulação com os demais pontos da rede. Destacou ainda a importância das ações de apoio matricial em saúde mental realizadas pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, vinculados às Unidades Básicas de Saúde ou a Equipes de Saúde da Família. Salientou também que os CAPS (de qualquer modalidade) podem dividir a responsabilidade pela ordenação do cuidado em saúde mental com a APS²⁴.

O quadro 2 apresenta uma comparação entre os principais avanços na Política de Saúde Mental em cada um dos países analisados.

Quadro 2 – Comparação entre os principais avanços na Política de Saúde Mental de Portugal e do Brasil à luz da integralidade

Categorias	Portugal	Brasil
Desinstitucionalização	- Lei nº 36/1998 estabeleceu que o cuidado deve ocorrer prioritariamente a nível comunitário e ser centrado nas necessidades e condições específicas dos indivíduos. O internamento só será indicado após esgotadas as possibilidades de tratamento na comunidade e deve ser, tendencialmente, em hospitais gerais; - PNSM* enfatizou que a saúde mental é indivisível da saúde em geral e deve ser integrada aos cuidados comunitários.	- Lei Federal nº 10.216/2001 estabeleceu que o cuidado deve ocorrer prioritariamente a nível comunitário e ser centrado nas necessidades e condições específicas dos indivíduos. O internamento só será indicado após esgotadas as possibilidades de tratamento na comunidade e deve ser, tendencialmente, em hospitais gerais.
Cuidado em redes de atenção	- A reestruturação dos serviços de saúde mental existentes e a criação de estruturas multidisciplinares de cuidados continuados integrados de saúde mental (equipes de apoio domiciliário, unidades sócio-ocupacionais e unidades residenciais) deu-se no âmbito da RNCCI† e em articulação com os SLSM‡; - PNSM aposta na integração dos cuidados de saúde mental no sistema geral de saúde como estratégia para facilitar o acesso; - Cuidado centrado na pessoa; - Abordagem interdisciplinar.	- Constituição de uma rede temática (RAPS§), composta pelos serviços de APS**, Atenção Psicossocial Especializada (CAPS e unidades ambulatoriais), Urgência e Emergência (Serviço de Atendimento Médico de Urgência, Unidade de Pronto Atendimento, Pronto-Socorro); Atenção Hospitalar (Hospital Geral, Hospital-Dia e, a partir de 2017, Hospitais Psiquiátricos); Atenção residencial de caráter transitório (Unidades de Acolhimento Adulto ou Infanto-Juvenil e Comunidades Terapêuticas); Estratégias de Desinstitucionalização (SRT¶) e Reabilitação Psicossocial (iniciativas de geração de trabalho e renda); - Cuidado centrado na pessoa, plano terapêutico singular elaborado em conjunto com usuários e familiares; - Abordagem interdisciplinar.
Protagonismo da APS no cuidado em saúde mental	- O Relatório da Avaliação do PNSM com propostas prioritárias para a extensão a 2020 assumiu a integração da saúde mental nos cuidados primários como prioridade e estabeleceu como meta aumentar em 25% o registro das perturbações mentais nos cuidados primários.	- O Programa de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (2004) estabeleceu os serviços de APS como um dos componentes de cuidado aos usuários; - Portaria nº 3088/2011 atribuiu aos serviços de APS a atuação na promoção da saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, redução de danos e cuidado para usuários de álcool e outras drogas, em articulação com os demais pontos da rede.

Fonte: elaborado pelas autoras.

*PNSM = Plano Nacional de Saúde Mental

†RNCCI = Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

‡SLSM = Serviço Local de Saúde Mental

§RAPS = Rede de Atenção Psicossocial

** APS = Atenção Primária à Saúde

||CAPS = Centro de Atenção Psicossocial

† SRT = Serviço Residencial Terapêutico

Discussão

Observam-se semelhanças na legislação de ambos os países com o propósito de qualificar as ações e os serviços de saúde mental e oferecer um cuidado integral. Outrora restrita ao confinamento em hospitais psiquiátricos, a oferta de cuidado em saúde mental avançou para fora destas instituições e foi inserida em serviços de base comunitária, acompanhando as evidências científicas²⁷. A promoção do cuidado da pessoa em seu território, de forma humanizada, possibilita compreendê-la em suas múltiplas dimensões e necessidades, não só no âmbito da saúde mental - característica que aproxima a política de saúde mental de ambos os países de um dos sentidos da integralidade, qual seja, a atenção de acordo com suas necessidades apresentadas ao longo da vida.

Tanto em Portugal, quanto no Brasil, foram criados serviços especializados em saúde mental extra-hospitalares, sendo os principais os SLSM, em Portugal, e os CAPS, no Brasil. Até aí, reconhece-se um processo espelhado na Reforma Psiquiátrica (RP) da Itália, país pioneiro na desinstitucionalização e integração dos cuidados em saúde mental na comunidade²⁸. Contudo, nenhum dos dois países implementou uma desinstitucionalização radical, com a extinção dos hospitais psiquiátricos, como ocorrida na Itália.

Portugal iniciou antes do Brasil sua RP; entretanto, o país permaneceu por um longo período arraigado às estruturas hospitalares. As sucessivas alterações na legislação portuguesa sugerem uma dificuldade de efetivar mudanças na prática, o que pode ter relação com aspectos culturais.

Já a RP brasileira promoveu uma expressiva diversificação de serviços extra-hospitalares. O controle social sempre foi favorável à extinção dos hospitais psiquiátricos, deixando isso expresso nos relatórios das quatro conferências nacionais de saúde mental²⁹. Os avanços na área, contudo, estagnaram com a publicação de documentos alinhados à perspectiva manicomial e contrários ao que vinha sendo implantado. A partir de tais mudanças, prevê-se um abalo na integração dos serviços, já que instituições totais, a exemplo do hospital psiquiátrico, não atuam na lógica da integralidade.

O movimento de reforçar a importância dos cuidados em saúde mental no nível primário de atenção, fomentando ações que variam desde a promoção à assistência da saúde mental na APS, foi identificado na legislação de ambos os países. Tal estratégia endossa o entendimento da integralidade como um dos atributos da APS^{30,31}. A oferta de cuidado à SM na APS pode, inclusive, levar à economia de custos, ao diminuir a probabilidade de as pessoas necessitarem de cuidados em situações de crise. Há que se ter atenção, contudo, à formação dos profissionais (força de trabalho com capacidade e confiança de atender demandas de SM), à garantia de ambientes de trabalho que sejam mentalmente saudáveis e à integração com os demais serviços existentes, inclusive de cunho social³².

A aposta na conformação de redes de cuidado para reforçar a integralidade também é elemento comum entre os dois países e justifica-se por aumentar a eficiência, reduzir custos e atender de forma mais eficaz as necessidades das pessoas (ao prestar atenção oportuna, em tempos e lugares certos)³³. As legislações diferem no que diz respeito aos serviços constituintes das redes, sendo que em Portugal os serviços de saúde mental foram inseridos em uma rede já existente, a RNCCI, ao passo que no Brasil optou-se pela organização de uma rede temática, a RAPS.

Uma diferença notável entre os dois países relaciona-se à divulgação de dados concernentes ao campo da saúde mental. O governo português publicou uma avaliação da implementação da PNSM comparando dados de 2016 com os dados de 2005, fundamentando, com isso, as prioridades para os anos subsequentes²⁰. Em relação ao Brasil, houve a interrupção, por parte do MS, na divulgação de dados da área. Desde 2015 o governo não publica o relatório anual *“Saúde Mental em Dados”*, que vinha sendo divulgado desde 2001. Assim, não se tem clareza a respeito das fraquezas e fortalezas da política implementada, tampouco do investimento financeiro destinado aos diferentes pontos de atenção da RAPS, o que pode prejudicar o avanço do cuidado integral e integrado na política de saúde mental.

Os documentos analisados expressaram a importância da interdisciplinaridade, do trabalho em equipe e do cuidado compartilhado como via para fortalecer os cuidados integrais e integrados. Além do aprimoramento do atendimento clínico, a integração entre profissionais acarreta maior apoio e colaboração, bem como melhor compreensão acerca do trabalho desempenhado. A prática pautada pela integralidade remete ainda a uma perspectiva ampliada da clínica, que instiga o cuidado centrado na pessoa e a compreensão do ser humano de modo holístico. Especialmente no âmbito da saúde

mental, essa prática clínica pressupõe a valorização do acolhimento e do vínculo, favorecendo também o engajamento do utente na corresponsabilização do seu tratamento^{34,35}.

Ademais, na medida em que a saúde mental é afetada por uma diversidade de determinantes sociais e econômicos, como acesso a empregos e moradia digna e combate à discriminação e à violência, a reponsabilidade pela promoção da saúde mental e pela prevenção dos transtornos mentais perpassa outros setores da sociedade. Os efeitos de fatores socioeconômicos sobre a saúde das pessoas reforçam a necessidade de elaboração de estratégias que mobilizem diferentes esferas governamentais, na perspectiva da intersetorialidade⁷. Nesse sentido, constatou-se um esforço dos dois países em instigar a intersetorialidade nas políticas de saúde mental^{17,24}.

Deve-se ter em conta, ainda, que a pandemia de COVID-19 gerou desassistência em diferentes sistemas de saúde ao redor do mundo³⁶, prejudicando a integração dos cuidados. O distanciamento social, tão necessário para mitigar a transmissão do vírus, também provocou impactos na integração social, a qual tem especial importância para as pessoas em sofrimento psíquico. Com tudo isso, já se vislumbra um aumento na incidência dos transtornos mentais e uma piora na saúde mental da população em decorrência da pandemia³⁷.

A realização da análise documental possibilitou a comparação de aspectos normativos dos dois países. Tal formato, contudo, impõe limites à compreensão dos entraves e desafios para a efetiva implementação das políticas analisadas nos dois sistemas de saúde.

Conclusão

O estudo possibilitou o reconhecimento da evolução na política de saúde mental do SNS e do SUS à luz dos cuidados integrais e integrados. Percebeu-se um empenho de ambos os países em expandir o cuidado em saúde mental no nível comunitário, integrado à APS e aos demais pontos das redes de atenção, acompanhando as evidências científicas divulgadas pela OMS e centros de pesquisa voltados à área da saúde mental. Nesse sentido, pode-se celebrar os avanços obtidos pelos dois países. Contudo, entende-se que a expansão, diversificação e qualificação das redes de cuidado será tão mais bem sucedida quanto mais aporte financeiro for a elas direcionado.

Ao traçar um paralelo entre a evolução da integração dos cuidados na política de saúde mental do sistema de saúde brasileiro e português, o presente estudo contribui

com a difusão dos benefícios desse modelo de atenção. Em um nível macro, contribui também com a divulgação de estratégias que podem vir a ser adotadas por outros sistemas de saúde. Espera-se que os aspectos ora discutidos contribuam com a construção de vias bem-sucedidas para a superação dos desafios que se impõem, seja por consequência da pandemia de COVID-19, ou mesmo pela carência de recursos financeiros.

Financiamento

Este trabalho teve apoio do Programa de Internacionalização da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), N° processo: 88887.511815/2020-00.

Referências

- 1 Moeti, M; Gao, GF; Herrman, H. Global pandemic perspectives: public health, mental health, and lessons for the future. *Lancet*. 2022 Aug;400(10353):e3-e7.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01328-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01328-9)
- 2 Arias, D; Saxena, S; Verguet, S. (2022). Quantifying the global burden of mental disorders and their economic value. *E Clinical Medicine*. 2022; 54, 101675.
<https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2022.101675>
- 3 World Health Organization (WHO). Depression and Other Common Mental Disorders Global Health Estimates. Geneva: World Health Organization; 2017. [citado em: 23 jan. 2024]. Disponível em:
https://www.who.int/mental_health/management/depression/prevalence_global_health_estimates/en/.
- 4 Global Burden of Disease (GBD), 2016. Brazil Collaborators. Burden of disease in Brazil, 1990-2016: a systematic subnational analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*. 2018 Sep. 1;392(10149):760-775. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31221-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31221-2)
- 5 Portugal. Conselho Nacional de Saúde. Sem mais tempo a perder – Saúde mental em Portugal: um desafio para a próxima década. Lisboa: CNS, 2019.
- 6 Hirdes, JP; Van Everdingen, C; Ferris, J; Franco-Martin, M; Fries, BE; Heikkilä, J *et al*. The interRAI suite of mental health assessment instruments: an integrated system for the continuum of care. *Frontiers in psychiatry*. 2020;10, 926.<https://10.3389/fpsy.2019.00926>

- 7 WHO. Mental Health Action Plan 2013-2020. Geneva: World Health Organization; 2013. [citado em: 23 jan. 2024]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506021>.
- 8 WHO. Continuity and coordination of care: a practice brief to support the implementation of the WHO Framework on integrated people-centered health services, Geneva. 2018.[citado em: 23 jan. 2024]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/274628>.
- 9 Briggs, AM; Valentijn, PP; Thiagarajan,JA; Carvalho, IA. Elements of integrated care approaches for older people: a review of reviews. *BMJ Open*. 2018;8(4), e021194. [10.1136/bmjopen-2017-021194](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-021194).
- 10 Severino, AJ. Metodologia do Trabalho Científico. São Paulo, Brasil: Cortez; 2007. p.
- 11 Bardin, L. Análise de Conteúdo. Lisboa, Portugal: Edições 70; 2009. P.
- 12 Portugal [Internet]. Lei nº 56, de 15 de setembro de 1979. Serviço Nacional de Saúde. Diário da República; 1979. [citado em: 23 jan. 2024]. Disponível em: <https://dre.pt/home/-/dre/369864/details/maximized>.
- 13 Portugal [Internet]. Lei n.º 95/2019. Aprova a Lei de Bases da Saúde e revoga a Lei nº 48/90, de 24 de agosto, e o Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de agosto; 2019 [citado em: 23 jan. 2024]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/95-2019-124417108>.
- 14 Brasil [Internet]. 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; 1990[citado em: 23 jan. 2024]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm.
- 15 Portugal [Internet]. Lei n.º 36, de 24 de julho de 1998. Lei de Saúde Mental; 1998. [citado em: 23 jan. 2024]. Disponível em: <https://files.diariodarepublica.pt/1s/1998/07/169a00/35443550.pdf>.
- 16 Portugal [Internet]. Decreto-Lei nº 35/99, de 5 de fevereiro. Estabelece a organização da prestação de cuidados de psiquiatria e saúde mental; 1999 [citado em: 23 jan. 2024]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/35-1999-169001>.
- 17 Portugal [Internet]. Resolução do Conselho de Ministros n.º 49/2008, de 6 de março. Aprova o Plano Nacional de Saúde Mental (2007-2016); 2008. [citado em: 23 jan. 2024]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/resolucao-conselho-ministros/49-2008-247255>.

18 Portugal [Internet]. Decreto-Lei nº 8/2010, de 8 de janeiro. Cria um conjunto de unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental, destinado às pessoas com doença mental grave de que resulte incapacidade psicossocial e que se encontrem em situação de dependência; 2010. [citado em: 23 jan. 2024]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/8-2010-616776>.

19 Portugal [Internet]. Decreto-Lei nº 136/2015, de 28 de julho. Procede à primeira alteração ao [Decreto-Lei n.º 101/2006](#), que cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, e à segunda alteração ao [Decreto-Lei n.º 8/2010](#), que cria um conjunto de unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental; 2015. [citado em: 23 jan. 2024]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/136-2015-69879425>.

20 Portugal [Internet]. Comissão técnica de acompanhamento da reforma da saúde mental. Relatório da Avaliação do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 e propostas prioritárias para a extensão a 2020. Jul 2017. [citado em: 23 jan. 2024]. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/08/RelAvPNSM2017.pdf>.

21 Brasil [Internet]. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental; 2001 [citado em: 23 jan. 2024]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm#:~:text=LEI%20No%2010.216%2C%20DE,modelo%20assistencial%20em%20sa%C3%BAde%20mental.

22 Brasil [Internet]. Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental; 2002 [citado em: 23 jan. 2024]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html

23 Brasil [Internet]. Portaria nº 2.197, de 14 de outubro de 2004. Redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências; 2004 [citado em: 23 jan. 2024]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2197_14_10_2004.html.

24 Brasil [Internet]. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde; 2011 [citado em: 23 jan. 2024]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html.

- 25 Brasil [Internet]. Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências; 2017 [citado em: 23 jan. 2024]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html
- 26 Brasil [Internet]. Nota Técnica nº 11/2019. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas; 2019 [citado em: 23 jan. 2024]. Disponível em: http://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/cuidados_prevencao_drogas/obid/legislacao/nota_saudemental.pdf.
- 27 WHO; WONCA. Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários Uma perspectiva global Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários; 2009.
- 28 Basaglia, F. Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro, Brasil: Garamond; 2005.
- 29 Nunes, MO; Júnior, JML; Portugal, CM; Torrenté, M. Reforma e contrarreforma psiquiátrica: análise de uma crise sociopolítica e sanitária a nível nacional e regional. Ciênc. saúde coletiva. Dez 2019; 24 (12). <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.25252019>.
- 30 Haggerty, J; Burge, F; Lévesque, JF; Gass, D; Pineault, R; Beaulieu, MD *et al.* Operational definitions of attributes of primary health care: consensus among Canadian experts. Ann Fam Med. 2007; 5(4), 336-44. <http://dx.doi.org/10.1370/afm.682>.
- 31 Starfield, B. Primary care: balancing health needs, services, and technology. UK: Oxford University Press; 1998. P.
- 32 MIND. Mental health in primary care A briefing for Clinical Commissioning Groups. 2016 [citado em: 23 jan. 2024]. Disponível em: https://www.mind.org.uk/media-a/4409/13296_primary-care-policy_web_op.pdf.
- 33 Mendes, EV. As redes de atenção à saúde. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde; 2011. P. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=servicos-saude-095&alias=1402-as-redes-atencao-a-saude-2a-edicao-2&Itemid=965.
- 34 Dobbins, MI; Thomas, AS; Melton, SLS; Lee, S. Integrated Care and the Evolution of the Multidisciplinary Team. Prim Care. 2016; 43(2), 177-90. <https://doi.org/10.1016/j.pop.2016.01.00>.

- 35 Harris, M; Greaves, F; Gunn, L; Patterson, S; Greenfield, G; Car, J *et al.*
Multidisciplinary group performance – measuring integration intensity in the context of the
North West London Integrated Care Pilot. *Int J Integr Care*. 2013 Feb;13: e001.
<https://doi.org/10.5334/ijic.996>.
- 36 Chudasama, YV; Gillies, CL; Zaccardi, F; Coles, B; Davies, MJ; Seidu, S *et al.* Impact
of COVID-19 on routine care for chronic diseases: A global survey of views from
healthcare professionals. *Diabetes Metab Syndr*. 2020 Sep-Oct;14(5):965-
967. <https://doi.org/10.1016/j.dsx.2020.06.042>.
- 37 Brooks, SK; Webster, RK; Smith, LE; Woodland, L; Wessely, S; Greenberg, N *et al.*
The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the
evidence. *Lancet*. 2020; 395, 912-20. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8).

5.3 CAPÍTULO DE LIVRO

Proposta de um modelo de avaliação para a Rede de Atenção Psicossocial na perspectiva da Integralidade

Larissa Weber
Isabel Craveiro
Cláudia Flemming Colussi

Resumo: A integralidade perpassa as práticas de cuidado dos profissionais de saúde, a organização dos programas e serviços de saúde e a construção das políticas da área, com especial importância na esfera da Atenção Psicossocial. Este campo, tradicionalmente pautado pela institucionalização dos usuários, vem construindo políticas mais inclusivas e em rede – fato que evidencia a importância da realização de avaliações que validem as mudanças já operadas na Política de Saúde Mental e subsidiem futuras transformações que se mostrem necessárias. O presente estudo propõe três instrumentos, dois modelos e uma matriz de análise e julgamento, que viabilizam a avaliação das ações e dos serviços da Atenção Psicossocial sob a perspectiva da integralidade no nível municipal, a fim de contribuir para o aprimoramento do cuidado e a qualificação da gestão e da participação social no campo. O modelo avaliativo da integralidade do cuidado foi precedido por um diagrama que identifica os principais actantes do campo. A validação dos instrumentos foi realizada através de oficina de consenso com seis especialistas em avaliação em saúde e/ou profissionais que atuam no contexto da Rede de Atenção Psicossocial. O Modelo Teórico-Lógico apoia-se nos fundamentos das integrações sistêmica, normativa, funcional e do cuidado e envolve as relações entre estrutura, gestão (macro e micro) e o cuidado em suas diferentes modalidades. No Modelo Lógico, os elementos cuidado e gestão foram vinculados às principais atividades, produtos e resultados deles esperados, enquanto a estrutura foi considerada um elemento transversal. Já a matriz compreende as dimensões “elementos essenciais” e “integrações”, cada qual dividida em três sub dimensões, e um total de 16 indicadores. A proposta apresentada busca superar lacunas identificadas na literatura, como a predominância de avaliações focadas na estrutura e na satisfação dos usuários com os serviços, que pouco ou nada consideram a articulação dos pontos de atenção da rede. Como consequência, tem o potencial de contribuir com a produção de evidências e de subsídios para os tomadores de decisões, na perspectiva da translação do conhecimento. Espera-se, por fim, contribuir com a qualificação da rede de saúde dos municípios, de modo a promover melhorias na saúde mental da população.

Palavras-chave: Avaliação em Saúde. Serviços de Saúde Mental. Assistência à Saúde Mental. Integralidade em Saúde.

Abstract: Integrated care is a transversal component to the care practices of health professionals, the organization of health's programs and health's services and the construction of policies in the area, with special importance in

the field of Psychosocial Care. In this area traditionally dominated by the institutionalization of users, there has been the emergence of more inclusive and networked policies. Hence the importance of the evaluations that validate the changes already made in the Mental Health Policy and support future transformations. The study proposes three instruments, two models and a judgment matrix, which enable the evaluation of Psychosocial Care actions and services from the perspective of integrated care at the municipal level, contributing to the improvement of care and qualificate management and social participation. The integrated care's evaluation model was preceded by a diagram that identifies the main actors in the field. The validation of the instruments was carried out through a consensus workshop with six experts in health assessment and/or professionals who work in the context of the Psychosocial Care Network. The Theoretical-Logical Model is based on the assumption of systemic, normative, functional and care integration and involves the relation between structure, management (macro and micro) and care in its different modalities. In the Logical Model, the care and management elements were linked to the main activities, products and expected results, while the structure was considered a transversal element. The judgment matrix comprises the dimensions "essential elements" and "integrations", each one divided into three sub-dimensions, and a total of 16 indicators. The proposal presented seeks to overcome gaps identified in the literature, such as the predominance of evaluations focused on the structure and satisfaction of users with services, largely disregarding the articulation of the network's attention points. The proposal has the potential to contribute to the production of evidence for informed decision-making, from the perspective of knowledge translation. Finally, it is expected to contribute to the qualification of the health network of the municipalities, in order to promote improvements in the populations' mental health.

Keywords: Health Evaluation. Mental Health Services. Mental Health Assistance. Integrality in Health

Introdução

A integralidade do cuidado, mais conhecida internacionalmente como cuidado integrado, perpassa as práticas dos profissionais e o cuidado ao usuário, a organização dos programas e serviços de saúde, assim como a construção de políticas de saúde¹. Tem entre suas finalidades "melhorar os resultados para aqueles com problemas e necessidades crônicas (complexas) de saúde, superando questões relacionadas à fragmentação por meio da articulação ou coordenação de serviços de diferentes provedores ao longo do cuidado contínuo"².

Desse modo, incita o sistema de saúde a ofertar ações contínuas em todos os níveis de complexidade que incidam sobre as condições de vida da população. Para tanto, as ações devem incluir a promoção, prevenção, restauração e reabilitação em saúde e serem ofertadas de modo centrado nos indivíduos, abrangendo suas dimensões biológica, psicológica e social. A combinação e articulação das diferentes tecnologias, a partir de uma

concepção ampliada do processo saúde-doença, possibilita o cuidado das mais variadas necessidades de saúde dos indivíduos de modo humanizado^{3,4}.

Além da humanização, a integralidade está ligada também à construção do direito à saúde e à noção de cidadania. A identificação das possíveis ações de cuidado e a definição de como oferecê-las depende do envolvimento do sujeito para o qual tais ações serão destinadas. Assim, a resposta às diferentes necessidades de saúde é o fundamento da inclusão emancipatória dos sujeitos nas políticas e ações de saúde^{5,6}.

Nesse sentido, percebe-se que a integralidade tem especial importância na esfera da Atenção Psicossocial, campo tradicionalmente pautado pela institucionalização e exclusão dos usuários e que, com o advento da Reforma Psiquiátrica, passou por transformações nas práticas, nos saberes, nos valores culturais e sociais. Como resultado, políticas mais inclusivas e diversificadas têm sido implementadas no Brasil⁷.

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), um marco legal notável no percurso para assegurar aos usuários o conjunto de ações e serviços de que necessitam e efetivar a integralidade consiste na organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS)⁸. A rede, na concepção da Teoria Ator-Rede (TAR), é composta por interações humanas e não humanas, constituindo um sistema coletivo de ação onde tanto as entidades quanto as conexões são relevantes. Ela é compreendida como sociotécnica, posto que os atores humanos agem e se mobilizam em conjunto com outros atores, humanos ou não, estabelecendo alianças em função de objetivos comuns e em busca de apoio à viabilização dos seus projetos^{9,10,11,12}.

No ano seguinte ao surgimento da RAS, foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), uma das redes temáticas propostas pelo Ministério da Saúde e pactuada pela Comissão Intergestores Tripartite¹³. A RAPS é constituída de múltiplos pontos de atenção, articulados entre si e agrupados em sete componentes – Atenção Básica (AB), Atenção Psicossocial Especializada, Atenção Hospitalar, Atenção Residencial de caráter transitório, Urgência e Emergência, Desinstitucionalização e Reabilitação Psicossocial. Tal perspectiva reconhece a importância do cuidado de base territorial e da participação social¹⁴.

A Portaria da RAPS indica que a ordenação do cuidado poderá ser de responsabilidade dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) ou da AB¹⁴. A ênfase dada à AB enquanto coordenadora do cuidado é particularmente relevante quando se considera a realidade de mais de um milhão e meio de cidadãos que vivem em regiões que não contam com outros serviços da RAPS além da AB¹⁵.

No que concerne ao acesso, cabe ressaltar que a oferta de novos serviços, por si só, não se mostra suficiente. A perspectiva da integralidade na Atenção Psicossocial considera a necessidade de, para além da assistência em saúde, desenvolver práticas de reinserção, lazer, hospitalidade e trabalho, ou seja, propostas que rompam com o modelo biomédico. Assim, a diversificação e a intersetorialidade constituem componentes indissociáveis da integralidade^{16,17}.

Tantas transformações evidenciam a importância de se desenvolver atividades avaliativas que validem as mudanças já operadas na Política de Saúde Mental e subsidiem outras mudanças que venham a se mostrar necessárias. Algumas características do campo, como a subjetividade que lhe

é inerente, além de uma força de trabalho menos afeita à objetivação e sistematização de suas práticas, contribuem para tornar maior o desafio de estabelecer parâmetros e indicadores consensuais para avaliação¹⁸.

A despeito desta dificuldade, convém atentar para o fato de que o interesse em aumentar a qualidade dos serviços de saúde mental através de instrumentos avaliativos consta na agenda da OMS¹⁹. Ademais, a Portaria da RAPS estabeleceu entre seus objetivos específicos monitorar e avaliar a qualidade dos serviços por meio de indicadores de efetividade e resolutividade da atenção¹⁴.

Para Tanaka e Melo²⁰, a avaliação é o resultado de um julgamento realizado com base em critérios previamente definidos e constitui-se em um elemento do trabalho cotidiano de saúde que não pode ser dissociado da esfera do sistema de saúde. Além de propiciar o aprimoramento das práticas nos serviços, o julgamento de valor resultante da avaliação possibilita a qualificação dos processos de tomada de decisão e a contenção de gastos públicos²¹, fato especialmente relevante em um contexto de sobrecarga do sistema de saúde e de crise financeira.

Desse modo, a avaliação não se restringe à esfera da cobertura e concentração de serviços, contemplando também a interação entre serviços, profissionais e usuários e a indicação de mudanças que estejam dentro da governabilidade destes atores²². Avaliar a integralidade da atenção ao usuário em sistemas de saúde organizados em rede à luz do referencial da TAR pode promover o aperfeiçoamento do campo da avaliação, favorecendo a participação dos variados atores nesse processo¹⁰.

Frente ao exposto, o presente estudo tem como objetivo propor dois modelos e uma matriz de análise e julgamento (MAJ) que viabilizem a avaliação das ações e dos serviços da Atenção Psicossocial sob a perspectiva da integralidade no nível municipal. A avaliação dos pontos de atenção nesse contexto tem o potencial de contribuir para o aprimoramento do cuidado no campo, além de ofertar meios de qualificar a gestão e a participação social dos diferentes atores envolvidos.

Método

Trata-se de uma das etapas do projeto de pesquisa intitulado “Avaliação das Ações em Saúde dos Serviços de Atenção Psicossocial sob a perspectiva da Integralidade”, desenvolvido no âmbito do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). O estudo foi precedido por um Estudo de Avaliabilidade (EA) envolvendo a mesma temática, que contou com a participação de representantes dos seguintes grupos de interesse: sujeitos que utilizam os serviços de saúde mental; trabalhadores destes serviços; gestores; representantes de universidades e entidades de produção de conhecimento que trabalham com o tema da saúde mental; e representantes de movimentos sociais/membros da sociedade civil²³.

Os produtos do EA foram revistos durante o estágio sanduíche realizado na Universidade NOVA de Lisboa pela primeira autora do estudo. Estes, juntamente com os achados obtidos através de uma revisão integrativa de literatura das avaliações dos serviços de saúde mental no Brasil, e de uma análise documental acerca dos cuidados integrais e integrados na Política de Saúde Mental instituída no Brasil e em Portugal, contribuíram para a

construção de um modelo teórico-lógico, de um modelo lógico e de uma matriz de análise e julgamento (MAJ) com critérios, indicadores e parâmetros.

A validação dos modelos e da MAJ foi realizada por meio de oficina de consenso, para a qual foram convidados 14 participantes, entre especialistas nas áreas de avaliação em saúde e profissionais que atuam no contexto da RAPS. Destes, cinco concordaram em participar das duas etapas de validação dos instrumentos: um sanitarista/professor do Programa de Mestrado Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial e do PPGSC/UFSC; uma dentista/professora do PPGSC/UFSC; uma psicóloga/trabalhadora de um CAPS infanto-juvenil; um psicólogo com experiência na Atenção Básica; e um psicólogo/residente em Saúde Mental. Além destes, um médico/professor dos Programas de Pós-graduação em Saúde Coletiva e em Ensino na Saúde na UFRGS contribuiu com a primeira rodada do estudo.

Para proceder à primeira rodada de consenso, os modelos e a MAJ propostos foram encaminhados por e-mail aos convidados. Os participantes que aceitaram o convite realizaram uma análise inicial do material durante o mês de junho de 2021 e retornaram sua análise também por e-mail. As concordâncias, discordâncias e sugestões foram compiladas em um novo documento debatido pelo grupo de especialistas de forma síncrona, em um espaço virtual, no mês de julho de 2021. Nesta ocasião, alcançou-se consenso quanto aos modelos e à MAJ propostos.

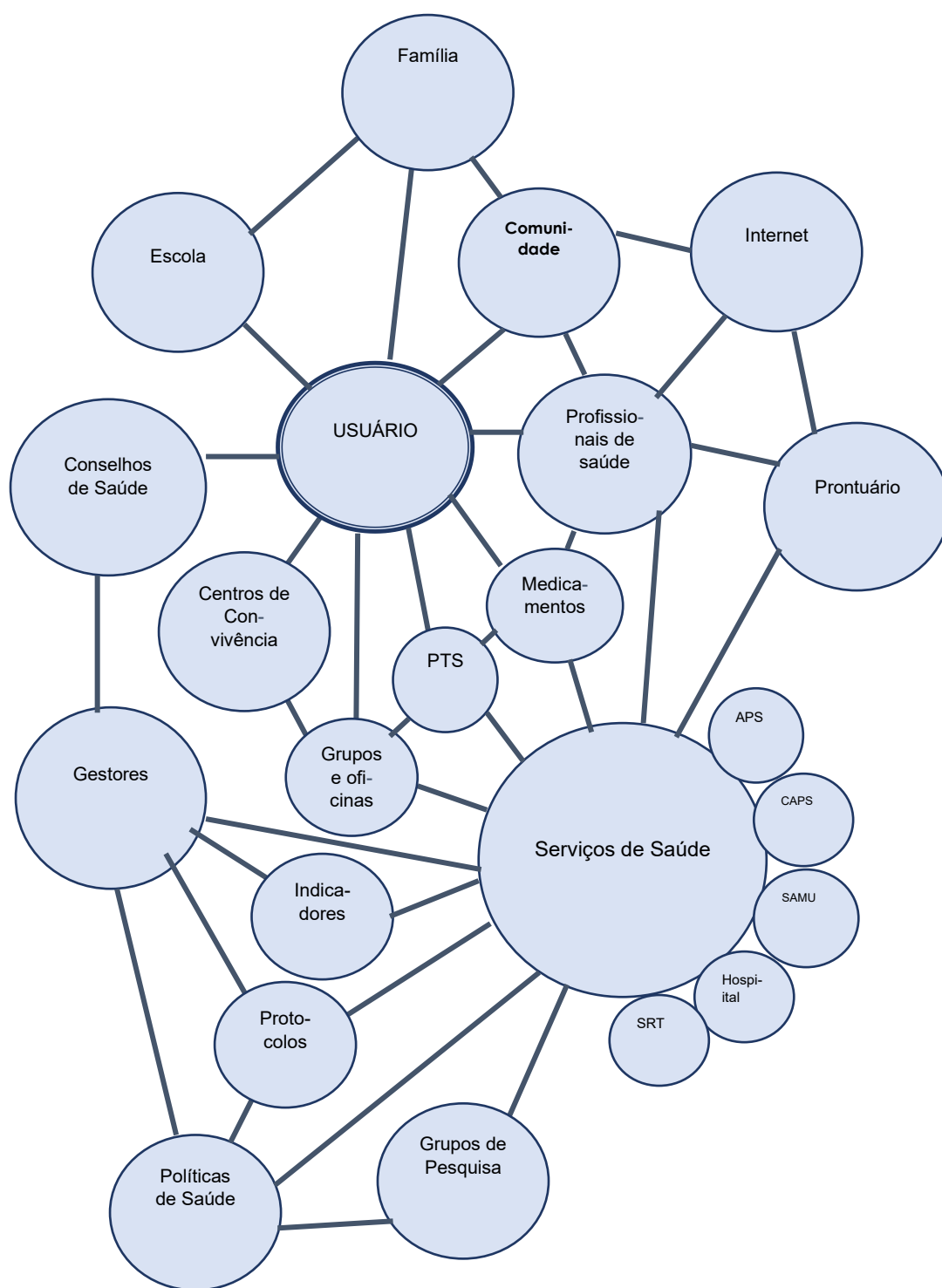
Durante a construção dos modelos e da MAJ, foram identificados os atores que agem nas RAPS, aqui denominados actantes, e foi desenvolvido um diagrama. O termo actante é utilizado pelo fato de se referir a humanos e não-humanos. Um actante é aquele que muda as ações de outros, modificando cenários, e formando conexões^{9,24}. A partir da TAR, buscou-se representar no diagrama as associações entre os actantes, que envolvem instituições, gestores, profissionais, cidadãos, instrumentos normativos, tecnologias, informações em saúde, entre outros²⁵.

O projeto da pesquisa está em consonância com os princípios éticos para pesquisa envolvendo Seres Humanos previstos pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC (CAAE 43341921.5.0000.0121, Parecer Nº 4.624.644).

Resultados

A Figura 1 ilustra o diagrama com os actantes identificados na construção do modelo avaliativo da integralidade do cuidado nas RAPS. Nessa rede de relações destaca-se o usuário, que assume a centralidade de todo o modelo avaliativo desenvolvido, e os serviços de saúde, representados pelos pontos de atenção da RAPS. A atuação dos profissionais de saúde, da educação e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), dos gestores, conselheiros de saúde, pesquisadores da área, familiares e da comunidade também é fundamental para o cuidado integral. Além destes, foram incluídos actantes não humanos, nomeadamente as Políticas de Saúde, os Planos Terapêuticos Singulares (PTS), a internet, os prontuários, os espaços de convivência e socialização, os medicamentos, os indicadores e protocolos em saúde.

Figura 1: Diagrama dos actantes na Integralidade do cuidado nas RAPS



Modelo Teórico-Lógico (MTL)

A construção do MTL teve como base o EA já referido, além de outras referências da literatura e da legislação concernentes à Reforma Psiquiátrica no Brasil e no mundo, à estruturação do Modelo de Atenção Psicossocial, à Política Nacional da Atenção Básica e à integralidade do cuidado. Insere-se, desse modo, em um contexto de tensionamentos políticos, econômicos e sociais.

O MTL apoia-se, em especial, nos fundamentos das integrações sistêmica, normativa, funcional e do cuidado, propostos por Hartz e Contandriopoulos²⁶, adaptados para as particularidades da integralidade no campo da Atenção Psicossocial (Figura 2). Assim, a integralidade da Atenção Psicossocial contempla a integração sistêmica entre os componentes da RAPS e demais serviços do SUS junto a outros setores (Educação, Assistência Social, dentre outros). Essa integração de ordem macro envolve as relações entre estrutura (componentes da RAPS, recursos humanos, sistema informatizado); gestão (macro e micro, incluindo o provimento da estrutura e a governança da rede); e o cuidado em suas diferentes modalidades (desde a promoção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento até a reabilitação psicossocial), expressas pelo acolhimento, pelo acompanhamento por meio de estratégias de cuidado diversificadas e pela atenção à crise. Os sujeitos/comunidades constituem o elemento central do modelo, uma vez que a mobilização da estrutura, da gestão e das ações de cuidado visa responder à complexidade de seus problemas de saúde.

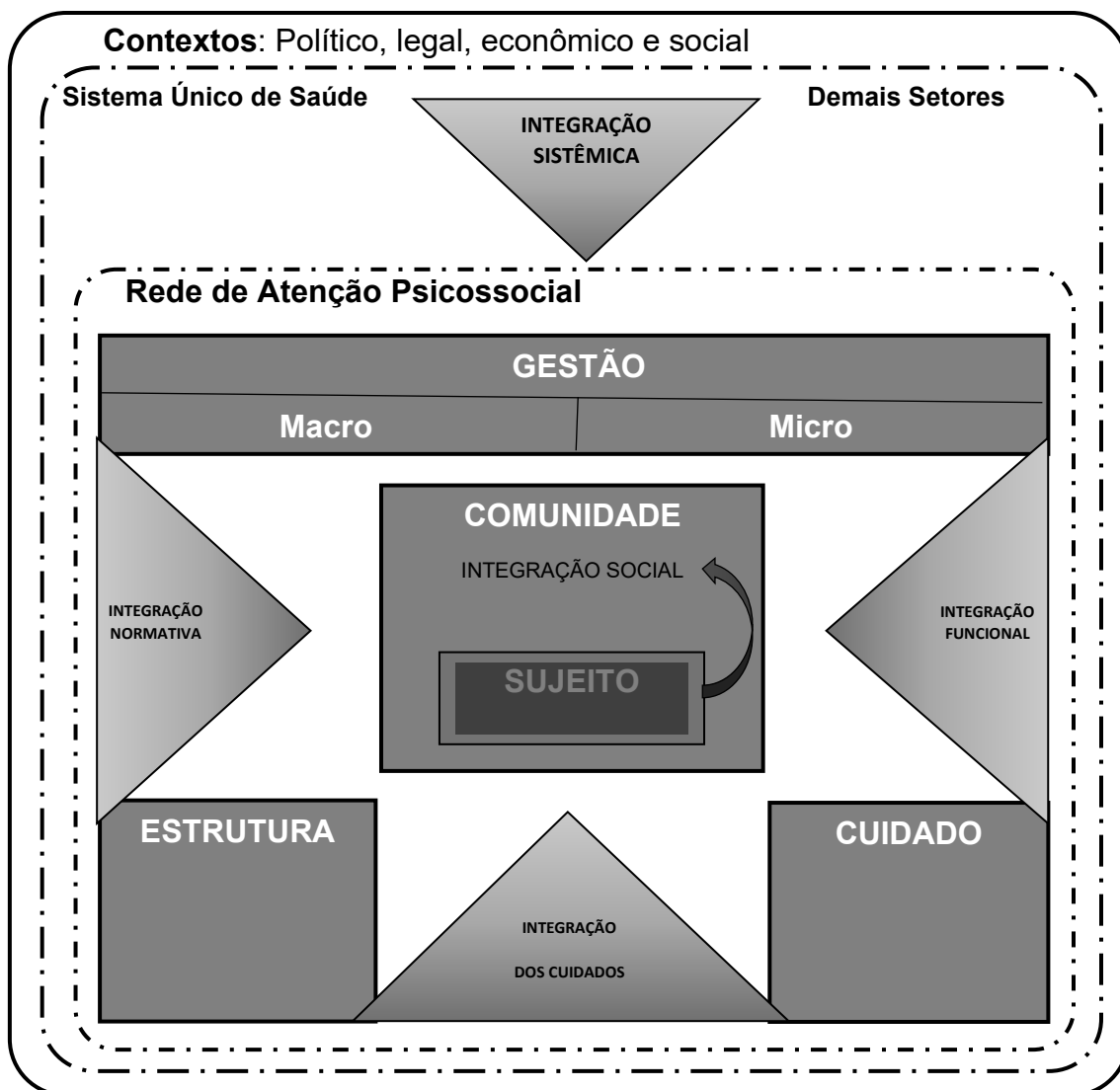
A integração dos cuidados preconiza o foco nos sujeitos e representa a interação entre os serviços e as diferentes modalidades de cuidado ofertadas. Ou seja, envolve a comunicação entre os pontos de atenção, de modo a garantir a globalidade do cuidado e a continuidade das ações de diferentes profissionais e organizações, articuladas no tempo e no espaço.

A integração funcional refere-se a uma gestão do cuidado que assegure coordenação comum, ancorada em estratégias de gestão, do financiamento e da informação. Orienta-se por um sistema de informações capaz de subsidiar decisões sobre o compartilhamento de responsabilidades, atribuições e recursos.

A integração normativa, por sua vez, situa-se no âmbito da macrogestão. Integra gestão e estrutura e compreende a organização dos fluxos entre os serviços, assim como a elaboração de protocolos e a implantação de sistemas de regulação.

Por fim, há a integração social, que reforça a importância da reinserção social dos sujeitos adoecidos por questões relativas à saúde mental e do resgate de seus direitos de cidadania, processos caros ao campo da Atenção Psicossocial. Essa integração opõe-se à exclusão social que imperava com os processos de institucionalização característicos do Modelo Manicomial.

Figura 2: Modelo Teórico Lógico (MTL)



Fonte: elaborado pelas autoras.

Modelo Lógico (ML)

No ML, os elementos cuidado e gestão (macro e micro) foram vinculados às principais atividades e produtos deles esperados. A estrutura foi considerada um elemento transversal, relacionada aos recursos, razão pela qual está localizada em uma coluna a parte. O ML inclui ainda os resultados intermediários e o resultado final esperados.

Abaixo, o ML é representado pela figura 3.

Figura 3: Modelo Lógico (ML)

Recursos/ Estrutura	Elementos		Atividades	Produtos	Resultados Inter-mediários	Resultado Final
Componentes da RAPS	Cuidado		Acolhimento aos usuários	Equipes/ serviços acolhedores	Orientação do cuidado para as necessidades dos sujeitos e da população	
			Oferta de acompanhamento diversificado			
			Promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação			
			Atenção à crise/ cuidado intensivo			
Equipes completas e qualificadas			Corresponsabilidade pelos casos			
Espaços e recursos na comunidade		Micro	Gestão da clínica	Cuidado de base comunitária		Integridade da Atenção Psicos-social
			Realização de reuniões de equipe e rede	Qualificação dos encaminhamentos		
Sistema Informa-tizado	Gest- tão		Educação Permanente em Saúde		Rede Humanizada e integrada	
			Organização dos fluxos e da regulação	Aumento da resolu-bilidade		
			Elaboração de protocolos e de critérios de gravidade e risco			
		Macro	Campanhas de incentivo à participação dos usuários nas reuniões dos Conselhos de Saúde e nas Conferências de Saúde	Participação social na governança e gestão em saúde		
			Implantação da vigilância em saúde			

Matriz de Análise e Julgamento (MAJ)

A MAJ compreende duas dimensões - elementos essenciais (D1) e integrações (D2) - cada qual dividida em três subdimensões (S1, S2, S3, S4, S5 e S6). Nesse caso, a estrutura foi incluída entre os elementos essenciais para que possa ser avaliada também.

D1 – Elementos essenciais

- S1 – Estrutura: recursos físicos e recursos humanos;
- S2 – Cuidado: acolhimento, acompanhamento por meio de estratégias de cuidado diversificadas e atenção à crise;
- S3 – Gestão: provimento da estrutura e governança da rede.

D2 – Integrações

- S4 – Integração dos cuidados: integração entre os serviços e as diferentes modalidades de cuidado, articulando a comunicação entre os pontos de atenção, para garantir a continuidade das ações, a globalidade do cuidado e o foco no sujeito;
- S5 – Integração funcional: refere-se à gestão do cuidado e é orientada por um sistema de informações capaz de subsidiar decisões sobre o compartilhamento de responsabilidades, atribuições e recursos;
- S6 – Integração normativa: compreende a organização dos critérios de encaminhamento e dos fluxos entre os serviços, a partir da integração entre a gestão no nível macro e a estrutura.

Cada subdimensão contém dois ou três indicadores, descritos a seguir.

I1 – Recursos físicos: A qualidade do cuidado inicia pela existência de espaços acessíveis, confortáveis e adequados ao porte populacional do município. Compreende também a disponibilidade de recursos que facilitem a organização dos processos de trabalho, como automóveis, computadores e acesso à internet.

I2 – Recursos humanos: Os recursos humanos devem ser compatíveis com o tamanho do público-alvo a ser atendido, em quaisquer dos componentes da RAPS. O caráter multiprofissional das equipes ajuda a impulsionar a integralidade.

I3 – Acolhimento: De acordo com a Política Nacional de Humanização, consiste em uma postura ética que implica na escuta do usuário, no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento, e na responsabilização pela resolução das demandas identificadas, contando com compartilhamento de saberes. Trata-se de uma tecnologia de cuidado leve fundamental no âmbito da saúde mental.

I4 – Acompanhamento diversificado: Pautado pelo Plano Terapêutico Singular (PTS), corresponde ao conjunto de ações de cuidado voltados aos sujeitos e suas famílias visando o bem-estar psicossocial, para além da clínica individualizada, atualizáveis periodicamente de acordo com os resultados obtidos.

I5 – Atenção à crise: Diante de situações complexas de agravamento ou agudização do sofrimento psíquico, faz-se necessária a intensificação do cuidado multiprofissional, de modo a fortalecer a capacidade dos sujeitos de superar o sofrimento em seu contexto de vida atual.

I6 – Educação Permanente em Saúde: Formação em saúde voltada a profissionais que já se encontram vinculados aos serviços públicos de saúde, a partir das necessidades identificadas pelos próprios profissionais em seu

contexto de trabalho. Em um contexto de reorganização do cuidado em saúde mental em rede, mostra-se uma aliada importante para que essas redes avancem em conformidade com as particularidades de cada município.

I7 – Instrumentos de gestão: Instrumentos elaborados nas esferas municipal, estadual e federal que guiam o processo de tomada de decisões e de aperfeiçoamento do campo da saúde em seus diferentes níveis. É importante que se estabeleçam cada vez mais indicadores e metas concernentes à Atenção Psicossocial como via para consolidar a importância deste campo.

I8 – Controle social: Um dos princípios do SUS, o controle social incita a sociedade civil a participar dos processos de elaboração, implementação e fiscalização das políticas públicas. A participação social foi e continua sendo fundamental no âmbito da Reforma Psiquiátrica e da transição paradigmática do modelo manicomial para o Psicossocial.

I9 – Corresponsabilidade pelos casos: Implica uma responsabilização compartilhada entre as equipes e a superação da lógica de encaminhamentos com base nas referências e contrarreferências, podendo expressar-se através de discussões de casos clínicos e interconsultas, entre outras práticas.

I10 – Promoção e Prevenção no território: A promoção da saúde está relacionada ao reconhecimento e enfrentamento de situações adversas a partir de um enfoque coletivo, incentivando ações comunitárias que tornem os ambientes mais saudáveis, enquanto a prevenção visa evitar fatores de risco e fortalecer os fatores de proteção, atuando sobre as condições sociais e os hábitos de vida. Ou seja, a promoção e a prevenção destacam a relevância dos determinantes da saúde para o incremento na qualidade de vida e preveem intervenções que transcendem o contexto da doença ou dos transtornos mentais.

I11 – Reabilitação psicossocial: Relaciona-se a estratégias de inclusão e de exercício de direitos de cidadania tanto dos usuários quanto de seus familiares, a fim ampliar a autonomia, a contratualidade e a inclusão desses sujeitos. É fortalecida especialmente através de iniciativas de geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais que promovam a formação e qualificação para o trabalho.

I12 – Vigilância em saúde: É compreendida como uma proposta que desloca o foco das doenças para o modo de vida das pessoas, por meio da observação e análise permanentes da situação de saúde da população, contribuindo para a identificação e o controle de determinantes, riscos e danos à saúde de populações. Junto com a promoção, a prevenção, o acompanhamento e a reabilitação, ajuda a garantir a integralidade da atenção, particularmente da Atenção Psicossocial.

I13 – Gestão da clínica: Consiste em um conjunto de tecnologias de micro gestão destinadas a prover uma atenção à saúde humanizada, centrada nas pessoas, efetiva, segura, eficiente, oportuna e equitativa, de grande relevância no contexto do cuidado das pessoas com doenças crônicas, dentre elas as relacionadas à saúde mental.

I14 – Articulação da rede: A articulação entre os pontos de atenção da rede de saúde e de serviços de outros setores consiste em uma das finalidades da implantação da RAPS e em um dos pilares da integralidade da Atenção Psicossocial. Possibilita a interlocução entre equipes, gestão e usuários a fim de mais bem compreender e abordar as demandas do território.

I15 – Regulação: A regulação estabelece prioridades para o atendimento, a partir da classificação de risco. A existência de protocolos e de critérios claros qualifica os encaminhamentos e evita o deslocamento desnecessário do usuário pela RAPS.

I16 – Informatização: Possibilita o compartilhamento de dados entre serviços dos mais variados níveis de atenção da RAPS. Com a digitalização dos dados, as informações clínicas dos usuários ficam concentradas em um único lugar e tornam-se acessíveis a todos os profissionais de saúde envolvidos no cuidado.

A matriz é representada pelas figuras 4 e 5, relativas às duas dimensões: elementos essenciais (D1) e integrações (D2).

Figura 4 – Matriz de Análise e Julgamento (MAJ): Dimensão Elementos Essenciais (D1)

	Indicadores	Medidas	Parâmetros e Pesos
SUBDIMENSÃO ESTRUTURA (S1)	I1 Recursos Físicos	Componentes da RAPS adequados ao porte populacional	Parâmetros por porte populacional ^a Ponto extra: disponibilidade de leitos em HG
		Pelo menos um computador com acesso à internet em cada ponto de atenção*	Não = 0 / Sim = 1
		Veículo disponível para visitas e matriciamento	Nunca = 0 / Às vezes = 1 Sempre = 2
		Serviços de AB acessíveis a PCD (rampa e banheiros adaptados)*	Não = 0 / Sim = 1
		CAPS acessíveis a PCD**	Não = 0 / Sim = 1
		Disponib. de sala para acolhimento em todos os turnos nos CAPS**	Nunca = 0 / Às vezes = 1 Sempre = 2
	I2 Recursos humanos	Composição das equipes mínimas dos CAPS alinhadas às portarias MS*	Não = 0 / Sim = 1
		Existência de equipe para apoio matricial em saúde mental na AB*	Não = 0 / Sim = 1
SUBDIMENSÃO CUIDADO (S2)	I3 Acolhimento	Acolhimento à demanda espontânea nos CAPS**	+24h de espera = 0/ Até 24h = 1 No dia = 2
		Acolhimento à demanda espontânea na AB*	+24h de espera = 0/ Até 24h = 1 No dia = 2
		Tempo de espera para acolhimento nos CAPS quando usuários graves são encaminhados pela rede	+24h de espera = 0/ Até 24h = 1 No dia = 2
	I4 Acompanhamento diversificado	Elaboração de Plano Terapêutico Singular (PTS) nos CAPS**	Não = 0 / Sim = 1
		Programação de visitas domiciliares (VD) nos CAPS**	Não = 0 / Sim = 1 Ponto extra se incluir AB

SUBDIMENSÃO GESTÃO (S3)		Implantação de atendimento remoto nos CAPS**	Não = 0 / Sim = 1
		Grupos e oficinas terapêuticas nos CAPS**	< que um por dia = 0 / Diariamente = 1
		Grupos de orientação para familiares**	Não = 0 / Sim = 1
		Prop. usuários com trat. centrado na medicação (Nº usuários com PTS restrito à consulta psiquiátrica nos últimos 2 meses/Total usuários)*^	+20% = 0 / Até 20% = 1
		Elaboração de PTS na AB para os casos acompanhados e matriciamento*	Não = 0 / Sim = 1
		Programação de VD pelas EqAB dos casos discutidos em matriciamento*	Não = 0 / Sim = 1 Ponto extra se profiss. de SM
		Implantação de atendimento remoto AB*	Não = 0 / Sim = 1
		Grupos e oficinas na AB*	Não = 0 / Sim = 1 Ponto extra p/ PICS
	15 Atenção à crise	Reserva de horários para atendimento à crise nos CAPS**	Não = 0 / Sim = 1
		Busca ativa de casos graves faltosos nos CAPS**	Não = 0 / Sim = 1
		Critérios pactuados entre AB e CAPS/ equipe de apoio matricial para acionar apoio em situações de crise	Não = 0 / Sim = 1
		Atendimento interdisciplinar na internação	Nunca = 0 / Às vezes = 1 Sempre = 2
	16 Educação Permanente em Saúde	Horário para ações de EPS nos CAPS*	Não = 0 / S/ frequência fixa = 1 Mensal = 2/ Semanal = 3
		Horário para ações de EPS na AB*	Não = 0 / S/ frequência fixa = 1 Mensal = 2/ Semanal = 3
		Utilização do Telessaúde no município	Não = 0 / Sim = 1
	17 Instrumentos de gestão	Inclusão da Atenção psicossocial no Plano Municipal de Saúde	Não = 0 / Sim = 1
	18 Controle Social	Realização de assembleias nos CAPS**	< que uma ao mês = 0 Mensal = 2
		Pactuações sobre SM no Conselho Municipal de Saúde no último ano	Nenhuma = 0 / Uma = 1 + que uma = 2

Figura 5 – Matriz de Análise e Julgamento (MAJ): Dimensão Integrações (D2)

	Indicadores	Medidas	Parâmetros e Pesos
SUBDIMENSÃO INTEGRAÇÃO DOS CIDADÃOS (S4)	I9 Corresponsabilidade pelos casos	Reuniões de matriciamento em SM na AB*	Nunca= 0 / Mensal=1 Quinzenal= 2
		Interconsultas com profissionais de SM na AB*	Não = 0 / Sim=1
		Retorno da avaliação realizada nos CAPS dos usuários encaminhados pela AB	Nunca= 0 / Às vezes= 1 Sempre= 2
		Acompanhamento pelo TR em caso de internação	Nunca= 0 / Às vezes= 1 Sempre= 2
		Egressos de longa internação são acompanhados pelas equipes	Nunca= 0 / Às vezes= 1 Sempre= 2
	I10 Promoção e prevenção no território	Abordagem à SM no Programa Saúde na Escola (PSE)	Nenhuma no ano= 0 Uma vez no ano= 1 + de uma vez no ano= 2
		Oferta de Atividade física aberta à comunidade	Não = 0 / Sim=1
		Campanhas de prevenção (sazonais ou não)	Nenhuma no ano= 0 Uma vez no ano= 1 + de uma vez no ano= 2
		Atividades de Educação em Saúde na AB*	Nunca= 0 / S/ frequência fixa= 1 / Semanal= 2
	I11 Reabilitação Psicossocial no território	Atividades de trabalho e geração de renda na rede	Não = 0 / Sim= 2
		Existência de centros de convivência ou espaços afins	Não = 0 / Sim= 2
		Existência de projetos para inserção/ acompanhamento dos usuários no mercado de trabalho (formal ou não)	Não = 0 / Sim= 2
SUBDIMENSÃO INTEGRAÇÃO FUNCIONAL (S5)	I12 Vigilância em Saúde	Mapeamento dos fatores de risco e proteção no território pela EqAB*	Nunca= 0 / Anual=1 Semestral= 2
		Monitoramento/análise indicadores e informações de saúde pelas EqAB*	Nunca= 0 / Anual=1 Semestral= 2
		Monitoramento/análise indicadores e informações pelos CAPS*	Nunca= 0 / Anual=1 Semestral= 2
		Realização e análise de notificações de violência no município	Não = 0 / Sim=1
	I13 Gestão da Clínica	Designação de Técnico de Referência (TR) ou Gerente de Caso (GC) nos CAPS**	< 100% dos usuários: 0 100% dos usuários: 2
		Designação de TR ou GC na AB para casos acompanhados em matriciamento*	Nunca= 0 / Às vezes= 1 Sempre= 2
	I14 Articulação de	Ocorrência de reuniões de rede/ intersetoriais	Nunca= 0 / S/ frequência fixa= 1 / Mensal= 2

	rede		Ponto extra se particip. representantes dos usuários
SUBDIMENSÃO INTERAÇÃO NORMATIVA (S6)	I15 Regulação	Protocolo de encaminhamento ao CAPS	Não = 0 / Sim = 2
		Protocolo para acionar o SAMU	Não = 0 / Sim = 2
		Estabelecimento de critérios de gravidade e risco para internação hospitalar	Não = 0 / Sim = 2
	I16 Informatização	Prontuário eletrônico implantado	Não = 0 / Apenas na AB = 2 AB e at. Especializada = 4
		Prontuário eletrônico integrado entre os pontos da RAPS	Não = 0 / Parcialmente = 2 Totalmente = 4

Discussão

Estudos recentes demonstraram o crescente interesse na avaliação dos CAPS por grupos de pesquisa acadêmicos, especialmente nas regiões Sul e Sudeste^{27,28,29,30}. Tais estudos vêm contribuindo parcialmente para que se atinja o objetivo de monitorar e avaliar a qualidade dos serviços por meio de indicadores de efetividade e resolutividade da atenção¹⁴.

Contudo, são escassos os estudos que avaliem outros pontos de atenção da RAPS, assim como a integração entre os mesmos. A despeito do papel estratégico desempenhado pelos serviços de AB na coordenação do cuidado e ordenação da rede, a proporção de estudos que avaliem o cuidado em saúde mental no âmbito deste componente da RAPS ainda é baixa. A proposta apresentada inova ao buscar superar essas e outras lacunas identificadas na literatura, como a predominância de avaliações focadas na estrutura e na satisfação dos usuários com os serviços, que pouco ou nada consideram a articulação dos pontos de atenção da RAPS²⁷.

Para que se chegasse ao resultado ora apresentado, algumas sugestões propostas na oficina de consenso foram acatadas, resultando em modificações especialmente na representação do ML. Em ambos os modelos foi inserida a subdivisão da gestão em gestão de ordem macro e de ordem micro, a fim de facilitar a identificação dos responsáveis por eventuais falhas (caso elas venham a ser identificadas) ao longo da avaliação, facilitando a orientação dos municípios para a mudança. Para Garcia³¹, a macrogestão está relacionada à formulação de políticas que melhorem o bem-estar social da sociedade, ao estabelecimento de prioridades e à mobilização dos recursos necessários para a implementação das políticas; enquanto a micro gestão refere-se à coordenação dos processos de trabalho desenvolvidos em uma organização, sendo que a maior responsabilidade recai sobre os profissionais dos serviços.

As principais modificações na MAJ relacionam-se a mudanças nos parâmetros e pesos propostos. Atendendo a sugestões, os parâmetros e os pesos da primeira medida foram esmiuçados, privilegiando a cobertura de equipes de Saúde da Família e de CAPS, de acordo com diferentes portes populacionais dos municípios. Em outras medidas, foi inserido o parâmetro

“sem frequência fixa” a fim de pontuar atividades que são realizadas pelos municípios sem uma periodicidade predeterminada.

A opção por elaborar um maior quantitativo de medidas relacionados aos componentes AB e Atenção Psicossocial Especializada justifica-se pelo papel estratégico desempenhados por estes componentes na ordenação da RAPS. A integração da saúde mental na AB fortalece a integralidade na mesma medida em que torna os sistemas de saúde mais resolutivos³².

Assim, valorizar o potencial de organização da rede pela AB contribui para a superação de uma histórica dissociação entre saúde mental e outras formas de cuidado em saúde³³. Reconhece-se aí um dos principais desafios do campo, visto que não raro os CAPS assumem um papel centralizador pela sobrecarga dos outros pontos de atenção da RAPS³⁴.

Os instrumentos refletem uma representação da situação atual, da qual podemos inferir que, após um processo de ampliação e diversificação das ações e dos serviços em um modelo territorial e comunitário, a consolidação do modelo da Atenção Psicossocial perpassa a articulação integrada destes serviços. Almeja-se, com isso, uma rede humanizada e orientada para as necessidades dos sujeitos e da população.

Conclusão

Este estudo produziu um modelo teórico-lógico, um modelo lógico e uma matriz de análise e julgamento das ações dos serviços de Atenção Psicossocial com foco na integralidade. Os modelos amparam a compreensão e possibilitam a operacionalização dos componentes do programa em questão, evidenciando os produtos e resultados esperados. Já a matriz constitui um referencial para a análise e o julgamento dos locais a serem avaliados.

Os instrumentos apresentados poderão ser aplicados em estudos de âmbito municipal, verificando-se a disponibilidade de dados e recursos, a fim de avaliar o panorama dos municípios frente ao aparato legal posto em nosso país e à literatura que subsidia a temática. Entende-se ainda que os instrumentos poderão ser adaptados para avaliações em outros campos, que também se beneficiem de uma organização pautada pela integralidade.

Assim, o estudo tem o potencial de contribuir com a produção de evidências e de subsídios para a tomada de decisões por parte daqueles que têm o poder de as tomar, na perspectiva da translação do conhecimento. Espera-se, por fim, que isso se reflita na qualificação da rede de saúde e produza ganhos em saúde à população.

Referências

1 Mattos RA. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R e Mattos RA (Orgs). Os Sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001, p. 43–68.

2 Nolte E, Pitchforth E. What is the evidence on the economic impacts of integrated care? European Observatory on Health Systems and Policies. Copenhagen; 2014.

- 3 Paim JS, Vieira da Silva LM. Universalidade, Integralidade, Equidade e SUS. BIS. I Boletim do Instituto de Saúde. 2010 [acessado em 16 Mar 2022]; 12(2):109-14. DOI: <https://doi.org/10.52753/bis.2010.v12.33772>.
- 4 Oliveira IC, Cutolo LRA. Humanização como expressão de Integralidade. O Mundo da Saúde. 2012. [acessado 04 Abr. 2022]; 36(3):502-506. Disponível em: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/95/13.pdf
- 5 Mota CS, Trad LAB, Lira A, Dias AL, Queiroz C. A integralidade no cuidado às pessoas com doença falciforme: gestão e pesquisa em dois contextos de vulnerabilidade. Contextos, parcerias e itinerários na produção do cuidado integral: diversidade e interseções /Trad, Leny Alves Bonfim [et al.] (organizadores). Rio de Janeiro: CEPESC /ABRASCO; 2015.
- 6 Ayres JRCM. O cuidado e o espaço público da saúde: virtude, vontade e reconhecimento na construção política da integralidade. In: Pinheiro R, Silva Júnior AG, organizadores. Cidadania no cuidado: o universal e o comum na integralidade das ações de saúde. Rio de Janeiro: IMS, Cepesc-UERJ; 2011. p. 27-44.
- 7 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília; novembro de 2005.
- 8 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília; 2010. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html.
- 9 Oliveira SRA. Redes sociotécnicas e translação do conhecimento. Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical. 2018[acessado em 04 Mar 2022]; 17:97-104. DOI: <https://doi.org/10.25761/anaisihmt.266>
- 10 Alves CKA. Constituição e integralidade da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doença Renal Crônica em Terapia Renal Substitutiva no âmbito estadual: uma avaliação baseada na teoria ator-rede. Recife. Tese [Doutorado em Saúde Pública] – FIOCRUZ; 2017.
- 11 Figueiró AC, Oliveira SRA, Hartz Z, Couturier Y, Bernier J, Socorro MMF, et al. A tool for exploring the dynamics of innovative interventions for public health: the critical event card. Int J Public Health. 2017 [acessado em 16 Mar 2022]; 62(2):177-186. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00038-016-0861-5>
- 12 Latour B. A esperança de Pandora. Bauru: EDUSC; 2001.
- 13 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS. Brasília; 2014; 160 p.

14 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS. Diário Oficial da União; 30 dez 2011.

Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html.

15 Macedo JP, Abreu MM, Fontenele MG, Dimenstein M. A regionalização da saúde mental e os novos desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. Revista Saúde sociedade [Internet]. 2017 [acessado em 16 Jul 2019]; 26(1):155-170.

DOI: <https://doi.org/10.1590/s0104-12902017165827>

16 Alves DS. Integralidade nas Políticas de Saúde Mental. In: Pinheiro R, Mattos R A, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS ABRASCO; 2006. p 167-176

17 Nasi C, Cardoso ASF, Schneider JF, Olschowsky A, Wetze C. Conceito de integralidade na atenção em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica. Rev. Min. Enferm. [Internet] 2009 [acessado em 04 Mar 2022]; 13(1):139-146.

Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/174>

18 Furtado JP, Onocko-Campos R, Trapé TL, Emerich BF, Surjus LTLS. Construção de Indicadores para a Avaliação de CAPS. In: Tanaka OY, Ribeiro EL, Almeida CAL. Avaliação em saúde: contribuições para incorporação no cotidiano. Rio de Janeiro: Atheneu; 2017. p.37-52.

19 Bandeira M, Pitta AMF, Mercier C. Escala de avaliação da satisfação dos usuários em serviços de saúde mental: SATIS-BR. J Bras Psiquiatr [Internet]. 2000 [acessado em 16 Jul 2019]; 49(8): 293-300.

20 Tanaka OY, Melo C. Avaliação de Programas de Saúde do Adolescente: Um modo de fazer. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 2004.

21 Contandriopoulos A. Avaliando a institucionalização da avaliação. Cien Saude Colet [Internet]. 2006 [acessado em 16 Jul 2019]; 11(3): 705-711. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000300017>

22 Tanaka OY, Avaliação em Saúde: Novos Tempos, Novas Construções. In: Tanaka OY, Ribeiro EL, Almeida CAL. Avaliação em saúde: contribuições para incorporação no cotidiano. Rio de Janeiro: Atheneu; 2017. p. 1-9.

23 Souza IJ. A avaliabilidade das ações em saúde dos serviços de Atenção Psicossocial sob a perspectiva da integralidade. Florianópolis. Dissertação [Mestrado em Saúde Coletiva] – UFSC; 2020.

24 Silva P, Cerqueira Barbosa J. Das redes sociotécnicas à cartografia de controvérsias na educação. In: Anais CIET:EnPED:2018 – Educação e Tecnologias: Pesquisa e produção de conhecimento; maio 2018; São Carlos, Brasil.

- 25 Paim MC, Rangel-Santos ML. Observatorios como redes sociotécnicas: la dinámica de la asociación para la actuación en el análisis de políticas y sistemas de salud. *Interface (Botucatu)*. Mar /2020 [acessado em 04 Mar 2022]; 24: e190687. DOI: <https://doi.org/10.1590/Interface.190687>
- 26 Hartz ZMA, Contandriopoulos A-P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. *Cad. Saúde Pública*. 2004 [acessado em 04 Mar 2022]; 20 Sup 2:S331-S336. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csp/2004.v20suppl2/S331-S336/pt>
- 27 Souza IJ, Weber L, Lopes SM, Colussi CF, Nickel DA. Avaliação de Serviços de Atenção Psicossocial no Brasil: Uma revisão integrativa de literatura. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*. 2021 [acessado em 04 Mar 2022]; 13(37): 91-112. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/79908>.
- 28 Costa PHA, Colugnati FAB, Ronzani TM. Avaliação de serviços em saúde mental no Brasil: revisão sistemática da literatura. *Cien Saúde Colet* [Internet]. 2015 [acessado em 16 Jul 2019]; 20(10):3243-3253. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320152010.14612014>
- 29 Dantas CR, Oda AMGR. Cartografia das pesquisas avaliativas de serviços de saúde mental no Brasil (2004-2013). *Physis* [Internet]. 2014 [acessado em 16 Jul 2019]; 24(4):1127-1179. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312014000400008>
- 30 Silva NS, Melo JM, Esperidião E. Avaliação dos serviços de assistência em saúde mental Brasileiros: revisão integrativa da literatura. *Rev. Min. Enferm*. 2012 [acessado em 16 jul. 2019]; 6(2):280-288, abr./jun. 2012. Disponível em <https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/v16n2a18.pdf>.
- 31 Garcia GG. Las reformas de salud y los modelos de gestión. *Revista Panamericana de Salud* [Internet]. 2001 [acessado em 04 Mar 2022]; 9(6):406-412. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/rpsp/v9n6/5390.pdf>
- 32 WHO. Mental health action plan 2013-2020. Geneva: World Health Organization; 2013 [acessado em 15 abr. 2021]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506021>.
- 33 Boing E, Crepaldi MA. O psicólogo na atenção básica: uma incursão pelas políticas públicas de saúde brasileiras. *Psicol. cienc.* [Internet]. 2010 [acessado em 04 Mar 2022]; 30(3):634-649. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932010000300014>
- 34 Lima DKRR, Guimaraes J. Articulação da Rede de Atenção Psicossocial e continuidade do cuidado em território: problematizando possíveis relações. *Physis* [Internet]. 2019 [acessado em 04 Mar 2022]; 29(3):1–20. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312019290310>.

5.4 ARTIGO CIENTÍFICO 2

A integralidade na Rede de Atenção Psicossocial: percepções de gestores, trabalhadores e usuários

Larissa Weber

Cláudia Fleming Colussi

Resumo

O estudo objetiva discutir a compreensão de gestores, profissionais e usuários da Rede de Atenção Psicossocial acerca da integralidade do cuidado. Trata-se de um estudo transversal qualitativo exploratório, realizado em três municípios da Região Sul do país, de distintos portes populacionais. Foram realizadas 15 entrevistas semiestruturadas com um gestor, dois profissionais e dois usuários de cada município, posteriormente submetidas à Análise de Conteúdo. O entendimento sobre a integralidade do cuidado é apresentado em duas categorias: Compreensão dos sujeitos e Articulação dos cuidados. Entre os facilitadores para efetivação da integralidade, sobressaiu-se o fortalecimento da Atenção Primária, informatização, cuidado compartilhado, qualificação profissional, uso de Práticas Integrativas e Complementares, acolhimento e vínculo, e singularidade do cuidado. As barreiras identificadas foram carências estruturais, entraves nos processos de trabalho, preconceito com a saúde mental, vulnerabilidade social, dificuldade de acesso, e insatisfação com atendimento. Incentivo à Educação Permanente em Saúde, aproximação dos pontos da rede, análise de dados de saúde mental, ampliação de investimentos financeiros e corresponsabilização dos usuários são estratégias apresentadas para superar as barreiras em prol da integralidade do cuidado na rede. Espera-se com as estratégias propostas fornecer pistas para a efetivação de um cuidado em saúde mental ainda mais integral e humanizado.

Palavras-chave: Saúde Mental, Integralidade em Saúde, Serviços de Saúde.

Abstract

The study aims to discuss the understanding of managers, workers, and users of the Psychosocial Care Network about integrated care. This is an exploratory qualitative cross-sectional study in three municipalities in the country's Southern Region, with different population sizes. 15 semi-structured interviews were carried out with a manager, two workers, and two users from each municipality, subsequently submitted to Content Analysis. The

understanding of integrated care is presented in two categories: Understanding of individuals and Articulation of care. Strengthening Primary Health Care, computerization, shared care, professional qualification, use of Integrative and Complementary Practices, receptiveness and attachment, and uniqueness of care stood out among the facilitators for achieving integrated care. The barriers identified were structural deficiencies, obstacles in work processes, prejudice against mental health, social vulnerability, difficulty in access, and dissatisfaction with care. Encouragement of continuing health education, approximation of network services, analyzing mental health data, expanding financial investments, and making users co-responsible are strategies presented to overcome barriers in favor of comprehensive care in the network. The proposed strategies are expected to provide clues for the implementation of even more comprehensive and humanized mental healthcare.

Keywords: Mental health, Integrated care, Health Services.

Introdução

Princípio do Sistema Único de Saúde (SUS), a integralidade do cuidado é um conceito abrangente e polissêmico. A Constituição Federal de 1988 define a integralidade a partir da priorização na oferta de práticas preventivas em saúde, sem negligenciar os serviços de assistência (Brasil, 1988). Ao longo do tempo, essa perspectiva foi expandida de modo a abarcar também atividades de promoção da saúde, vigilância e reabilitação, em diferentes níveis de complexidade. Além disso, o tema está relacionado a uma abordagem holística do cuidado em saúde, na qual se consideram as mais variadas dimensões do ser humano – incluindo aspectos físicos, emocionais, sociais e espirituais, que se interconectam e se complementam (Mattos, 2009).

Além destas abordagens, relacionadas respectivamente à organização dos serviços e às práticas profissionais de cuidado em saúde, há uma terceira, que enfoca as respostas aos problemas de saúde, especialmente por parte do governo. Envolve a implementação de políticas e ações intersetoriais a partir de uma compreensão abrangente dos problemas de saúde, incluindo suas causas subjacentes, como os determinantes sociais, promovendo soluções mais efetivas e sustentáveis que considerem a complexidade dos indivíduos e seu contexto (Mattos, 2009).

A literatura internacional utiliza o conceito de “integrated care”, que também guarda relação com a oferta de ações desde a promoção da saúde até os cuidados paliativos, passando pela prevenção de agravos, tratamento e reabilitação em saúde, de acordo com as necessidades ao longo da vida. Além disso, enfatiza a importância da conectividade entre os

serviços intra e intersetoriais, conforme preconizado pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 2016). Em um contexto de recursos finitos, como é o caso dos sistemas de saúde, sustenta-se que a integração dos cuidados em rede reduz atendimentos e procedimentos duplicados e promove a melhora na qualidade dos atendimentos (Mendes, 2011).

Dessa forma, a integralidade do cuidado contrapõe-se ao modelo biomédico, centrado na cura de doenças pela medicalização. Tal contraposição faz-se considerando as condições psicossociais das pessoas e das comunidades onde estão inseridas, pela via do trabalho em equipe interdisciplinar, “reconhecendo a interdependência dos atores e organizações, em face da constatação de que nenhuma delas dispõe da totalidade dos recursos e competências necessários para a solução dos problemas de saúde de uma população em seus diversos ciclos de vida” (Hartz; Contandriopoulos, 2004, p. 331).

No campo da saúde mental, a integralidade da atenção também vai além do modelo biomédico e seu foco na doença como objeto de intervenção. Ela está presente nos dispositivos relacionais – no encontro, no acolhimento, na escuta ativa que busca reconhecer as necessidades para além da demanda explícita, oferecendo respostas singulares para as diferentes situações. Isso implica em reconhecer a importância de uma abordagem multidisciplinar, pautada na clínica ampliada, em que diferentes perspectivas e conhecimentos se complementem para atender às necessidades únicas de cada indivíduo, valorizando sua subjetividade e promovendo uma intervenção mais completa (Jorge *et al.*, 2011; Nasi *et al.*, 2009).

Nessa esfera, a integralidade associa-se ao paradigma psicossocial e antimanicomial, e ao compromisso com a superação de uma oferta de cuidado centrada na hospitalização, medicalização e perda da autonomia. Propõe-se, com isso, um entendimento mais positivo sobre a loucura e a saúde mental, bem como a consolidação de uma rede de cuidados humanizados de base comunitária – a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (Brasil, 2011; Nasi *et al.*, 2009; Olschowsky, 2001).

Considerando a integralidade não somente como um conceito, mas principalmente como um valor a ser manifestado nas práticas dos profissionais de saúde do SUS, este artigo tem como objetivos discutir a compreensão de profissionais e gestores inseridos em diferentes contextos da RAPS acerca do que é a integralidade do cuidado; identificar como a integralidade é operacionalizada na RAPS dos municípios investigados; verificar se a percepção dos usuários sobre o cuidado recebido em tais municípios converge com o princípio da integralidade, fazendo um contraponto com a compreensão dos trabalhadores e gestores.

Metodologia

Trata-se de um estudo transversal qualitativo, de caráter exploratório, realizado em três municípios da Região Sul do país. Um deles possui menos de 20.000 habitantes, nenhuma modalidade de CAPS nem leitos para internação psiquiátrica, e oferece o cuidado em saúde mental majoritariamente na Atenção Primária à Saúde (APS). O outro município tem uma população de aproximadamente 100.000 habitantes, possui 3 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS II, CAPS AD e CAPS IJ) e não dispõe de leitos para internação psiquiátrica. Já o terceiro tem mais de 1.000.000 de habitantes e apresenta pontos de atenção que contemplam todos os componentes da RAPS.

Para alcançar os objetivos elencados, foram realizadas 15 entrevistas semiestruturadas, entre julho e agosto de 2021. Em cada município foram entrevistados um gestor, dois profissionais de saúde e dois usuários da RAPS. Quanto aos usuários, a amostra consiste em quatro homens e duas mulheres, com histórico de tratamento em saúde mental entre um e cinco anos. Os mesmos foram indicados pelos gestores e/ou profissionais entrevistados (Quadro 1).

Quadro 1 – Caracterização dos usuários entrevistados nos 3 municípios

Codificação	Sexo	Local de tratamento no momento da entrevista	Tempo em tratamento
U1	Masculino	CAPS (II e AD)	1 ano e 8 meses
U2	Masculino	CAPS (II e AD)	10 meses
U3	Masculino	CAPS II	2 anos
U4	Masculino	CAPS AD	5 anos
U5	Feminino	ESF/NASF + CAPS regional (psiquiatra)	5 anos
U6	Feminino	ESF	1 ano e 6 meses

Os gestores possuíam formação na área da saúde e trabalhavam em seu município há pelo menos onze anos no momento da entrevista. Os profissionais tinham experiência com apoio matricial e foram indicados por algum membro da gestão do município, com exceção de uma profissional, foi selecionada por conveniência (Quadro 2).

Quadro 2 - Caracterização dos gestores e profissionais de saúde entrevistados nos três municípios.

Codificação	Categoria	Sexo	Formação	Local de atuação	Tempo de serviço no município
G1	Gestor	Feminino	Terapeuta ocupacional	Coordenadora CAPS	11 anos
G2	Gestor	Feminino	Psicóloga	Coordenadora de Saúde Mental	19 anos
G3	Gestor	Feminino	Enfermeira	Secretária Municipal de Saúde	20 anos

P1	Profissional de saúde	Feminino	Terapeuta ocupacional	CAPS (II e AD)	1 ano e 7 meses
P2	Profissional de saúde	Feminino	Psicóloga	NASF	19 anos
P3	Profissional de saúde	Feminino	Técnica de enfermagem	CAPS II	8 anos
P4	Profissional de saúde	Feminino	Enfermeira	UBS	3 anos
P5	Profissional de saúde	Masculino	Psicólogo	NASF	2 anos
P6	Profissional de saúde	Feminino	Psicóloga e acupunturista	ESF	7 anos

As entrevistas com gestores e profissionais foram guiadas pelas seguintes questões: O que você entende por cuidado integral ou integralidade do cuidado? Quais características você acha que indicam que há integralidade do cuidado na RAPS do seu município? Na sua opinião, quais os aspectos que favorecem a operacionalização da integralidade no seu município? E quais dificultam? Que estratégias as equipes utilizam para superar tais dificuldades?

Já aos usuários, foram feitas perguntas sobre o acesso e a qualidade dos atendimentos, se eles tinham técnico de referência (TR) e Plano Terapêutico Singular (PTS), qual a importância das atividades que faziam parte do PTS para seu bem-estar físico e mental, se já tinham sido encaminhados de um serviço a outro, e como avaliavam a comunicação entre os profissionais.

As entrevistas foram realizadas em julho e agosto de 2021, presencial (n=14) ou remotamente (n=1). As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas, e ficarão arquivadas pelo período mínimo de cinco anos. Após a transcrição, procedeu-se à Análise de Conteúdo. O processo de análise seguiu as etapas propostas por Bardin (2009), iniciando pela leitura flutuante do material (pré-análise), seguida pelo desmembramento de trechos das entrevistas em unidades que vieram a ser classificadas em categorias (exploração do material), finalizando com o tratamento dos resultados encontrados, inferências e a interpretação dos mesmos. Buscou-se, primeiramente, compreender, para depois interpretar e dialetizar (Minayo, 2012).

Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido da pesquisa, aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina.

Resultados

A análise dos dados possibilitou a identificação de categorias de análise organizadas em três blocos. No primeiro bloco apresenta-se o entendimento sobre a integralidade do

cuidado, o segundo bloco refere-se aos aspectos que facilitam e dificultam a integralidade e, por fim, foram elencadas estratégias que podem ajudar a superar os desafios relatados. O Quadro 3 sintetiza os resultados encontrados, que serão apresentados em profundidade na sequência.

Quadro 3 –Sistematização das categorias de análise em três blocos

1) CONCEITO DE INTEGRALIDADE	
Compreensão holística dos sujeitos	
Organização/Articulação dos cuidados	
2) FACILITADORES E BARREIRAS PARA EFETIVAÇÃO DA INTEGRALIDADE NA RAPS	
FACILITADORES	BARREIRAS
Fortalecimento da APS	Carências estruturais dos serviços
Cuidado Compartilhado	Entraves nos processos de trabalho
Qualificação profissional e uso de PIC	Dificuldade de acesso
Sistema logístico da Rede de Atenção à Saúde: Informatização	Insatisfação com o atendimento
Acolhimento e vínculo	Resistência/preconceito em relação à saúde mental
Singularidade do cuidado	Rotatividade dos profissionais
	Vulnerabilidade social dos usuários
3) ESTRATÉGIAS PARA SUPERAÇÃO DAS DIFICULDADES	
Educação Permanente em Saúde (EPS)	
Aproximação dos pontos da RAPS	
Priorização da contratação por meio de concurso público	
Instituir a análise de dados de saúde mental	
Ampliar os investimentos financeiros	
Instigar a corresponsabilização	

1. Conceito de integralidade

As definições de integralidade trazidas pelos profissionais e gestores foram agrupadas em duas categorias: “compreensão holística dos sujeitos” e “articulação dos cuidados”.

A primeira categoria revela a preocupação dos entrevistados com a compreensão dos usuários de forma holística, considerando suas mais variadas necessidades de cuidado em saúde (sem restringir-se à saúde mental). Nesse processo de acolhimento às necessidades dos sujeitos, sobressai-se a adoção de uma perspectiva multidimensional de compreensão para além das queixas/demandas explicitadas, conforme os relatos que seguem:

“É ver a pessoa toda, como um todo. Psicossocial, físico, mental, espiritual. Todos os aspectos da vida” (P2).

“É justamente olhar o cidadão como um todo, inclusive onde ele mora, como ele vive, qual é a rede social dele, tudo que você possa imaginar de atenção básica, de média complexidade, alta complexidade” (G1).

“(…) é a gente olhar além da queixa, porque o nosso organismo não é só um ser biológico(…). A pessoa veio, usuário de álcool (...). Mais do que tentar fazer com que ele pare de beber, é tentar entender (...)quem é essa pessoa, (...) o que levou a isso, talvez em outra coisa a gente possa ajudar” (P3).

Os depoimentos dos usuários convergiram com as falas dos profissionais, indicando que a atuação destes é coerente com a compreensão de integralidade que manifestam. Os profissionais atuaram, por exemplo: no incentivo à busca de emprego - “eles mesmos preparavam meu currículo” (U3); e desenvolvimento de habilidades que fizessem os usuários se sentir melhor - “aprendi a gostar da música, a música é uma coisa que faz bem” (U6).

Complementar à anterior, a categoria de articulação dos cuidados demonstra como o cuidado deve ser organizado para ser integral, na percepção dos trabalhadores e gestores. Contempla a perspectiva do cuidado compartilhado, integrando profissionais multidisciplinares da mesma equipe e de outras, inclusive fora do setor saúde, de modo a tecer uma rede de cuidados humanizados.

“(...) acompanhamento de uma equipe multidisciplinar de uma forma integrada com toda a rede. No CAPS tem que ter uma equipe ‘multi’, mas que a gente converse com outros pontos da rede para que se consiga fazer o cuidado integral do sujeito” (G2).

“(...) é a prática integrada entre todos os profissionais que estiverem envolvidos na linha de cuidado. Eu acho que é esse cuidado ampliado, a gente fala muito dessa clínica ampliada também. É o compartilhar com diferentes intervenções e visões (...) integrando todas as necessidades em diferentes níveis” (G3).

A esse respeito, encontramos percepções antagônicas dos usuários, que variam desde um relato sobre a dificuldade na comunicação entre os serviços, premissa básica para a articulação:

“(...) um setor não se comunica com o outro (...) era pra ter uma ligação entre um e outro” (U4).

Até um relato elogioso acerca de como essa integração ocorre na prática:

“No site lá da internação com todos os laudos, o que houve durante a internação vem direto pra cá, eu recebo tudo direitinho, a minha medicação também. Então no meu ponto de vista é um trabalho completo” (U5).

2. Facilitadores e barreiras para a efetivação da integralidade na RAPS

Os aspectos que favorecem a efetivação de um cuidado integral perpassam elementos relativos ao fortalecimento da APS, ao compartilhamento do cuidado, à qualificação profissional, à informatização, ao acolhimento/vínculo e à singularidade do cuidado.

A presença dos Agentes Comunitários de Saúde foi destacada como um fator que favorece o alcance da integralidade, pois eles ampliam a capacidade da equipe de compreender o contexto onde os usuários vivem e potencializam o vínculo necessário com a comunidade para uma atuação mais efetiva. Também foi mencionada a importância de a mesma equipe estar atuando no território há bastante tempo e o papel de coordenação do cuidado que a APS exerce.

“(...) às vezes tem pessoas que têm problema, principalmente mental, ela se camufla tanto, que às vezes ninguém percebe. E um agente de saúde bem preparado vai conseguir conversar com a pessoa e ver realmente se tá bem ou se não tá bem” (U2).

“(...) esse funcionamento, assim, de ter alguém que é responsável pelo cuidado, né, então aquela pessoa não fica assim prá todo mundo ou prá ninguém” (P1).

A potência do cuidado compartilhado foi expressa pelos participantes da pesquisa através do valor conferido às reuniões, às visitas e aos atendimentos em conjunto, de modo a aproximar os profissionais envolvidos no cuidado.

“(...) não é só o profissional de referência, mas toda a equipe costuma conhecer os pacientes. (...) E isso é muito bom, a gente discute o tempo todo, não só nos momentos de reunião de equipe” (P3).

“Às vezes é necessário fazer um atendimento conjunto, atendimento médico, atendimento de enfermagem, atendimento de outra especialidade, (...) alguma integração com a Assistência Social. (...) tem várias dimensões que precisam ser olhadas, ser cuidadas e trabalhadas em equipe” (P1).

Salienta-se que houve reconhecimento do cuidado compartilhado por parte dos usuários, exemplificado por relatos de integração entre profissionais de um mesmo serviço e entre diferentes serviços de saúde.

“No início eu pagava a minha terapia em uma clínica particular, mas (...) minha médica não tinha contato com a minha psicóloga e nem a minha psicóloga com a minha médica. (...) aqui (...) é um trabalho muito junto, muito unido e que não se encontra, eu tenho certeza disso que eu tô falando, que tu não encontra isso no particular” (U5).

A sistematização de uma modalidade específica de cuidado compartilhado, o apoio matricial, foi reconhecida como impulsionadora da integralidade, pelo fomento à ampliação do cuidado coordenado pela APS.

“A gente consegue estabelecer um Colegiado mensal com as psicólogas do NASF (...) para a gente discutir caso por caso de cada unidade de saúde que tem um sofrimento” (G2).

“O NASF faz bastante essa parte de ir nas unidades, de fazer os atendimentos, fazer o matriciamento com os profissionais (...) eu vejo que tem bastante comunicação de quem faz os atendimentos. (...) A gestão também incentiva bastante assim o funcionamento do NASF nessa parte de integralidade” (P1).

No município que não tem equipe NASF, o matriciamento feito pelas equipes do CAPS também foi valorizado. Além disso, destacou-se a presença de psicólogas e estagiárias de psicologia em algumas das unidades de saúde, por propiciar essas trocas e qualificar o cuidado.

Ainda no âmbito do compartilhamento do cuidado, a integração entre Saúde e setores como Assistência Social, Educação, Segurança Pública, Esporte e Lazer foi particularmente reconhecida pelo seu papel junto à reabilitação psicossocial.

“(...) para que de fato a gente consiga reabilitar o sujeito para conviver em sociedade e ter uma evolução” (G2).

“A gente tem uma rede (...) e vamos encontrar os nossos parceiros. Isso é um avanço de construção de integralidade. E também temos essas ações, essas mesmas iniciativas com os outros setores (...) que a gente tem que amarrar as pontas do cuidado ao longo do tempo” (P4).

Da mesma forma, foram exaltadas pelos usuários experiências que envolveram a cooperação intersetorial.

“Desde que eu entrei aqui, eu passei a procurar emprego. (...) Eu comecei a fazer os bicos pra uma empresa (...) a minha família começou a olhar eu um pouquinho diferente, sabe, vendo a mudança. (...) fui orientado a ir lá [no SINE], e o coordenador (...) investiu, acreditou e graças a Deus vou trabalhar, já peguei toda a minha documentação na empresa” (U3).

“Fui convidado a participar do grupo musical lá no P. (...) graças ao CAPS. Eu comecei aqui o grupo musical, aí foi expandido, fui convidado pra participar do coral na igreja” (U6).

A qualificação dos profissionais também foi destacada como uma das características que favorece o atendimento integral. Os profissionais foram reconhecidos como “muito bons”, “muito capacitados”, “com um grau de capacidade teórica grande” e por seu “aperfeiçoamento diferenciando”. Um dos diferenciais identificados foi a capacitação para o uso de PICS.

“(...) isso faz parte da integralidade” (G1).

“(...) a gente percebe um resultado muito melhor” (P4).

“E ela faz aurículo, (...) e ajuda bastante, assim, nas dores do corpo, no sono, na tranquilidade” (U1).

Observou-se, no entanto, que a qualificação a que se referem não diz respeito somente à formação, mas principalmente ao perfil desses profissionais. Termos como “envolvidos”, “dedicados”, “preocupados”, “o cara é humano”, “tem um médico que é disputado a tapa” foram utilizados durante as entrevistas.

O acesso aos dados dos usuários por meio do prontuário eletrônico foi mencionado como outro ponto positivo para a integralidade do cuidado, permitindo a visualização do histórico do usuário, dos atendimentos que recebeu ou está recebendo, subsidiando a tomada de decisão dos profissionais. Também foi destacado o uso do telessaúde como forma de facilitar o acesso aos diferentes cuidados em saúde, ponto este de grande relevância no contexto da saúde mental.

“Quem está no atendimento consegue enxergar o que aconteceu com a pessoa, então eu acho que é favorável. (...) agora a gente consegue fazer consulta por telemedicina, (...) eu consigo chegar na pessoa mesmo quando ela não está próxima de mim, né” (G1).

Nas entrevistas com os usuários, sobressaíram como elementos facilitadores do cuidado o acolhimento, a figura do TR e a elaboração dos PTS.

“E esse CAPS aqui me acolheu de uma forma muito positiva, bastante acolhedora, bastante incentivadora. (...) E me sinto hoje estruturado pro meu recomeço. (...) Pra mim é um prazer vir pra cá. Claro que não era no começo. (...) Eu acho que é através da confiança” (U3).

“[o TR] é uma pessoa que veio na hora certa, né. Ele é orientador, ele é amigo, ele é uma pessoa que escuta o paciente, que orienta (...) veio realmente a calhar com o que eu precisava” (U4).

“(...) uma coisa casa com outra, entendeu? Você faz (...) uma pintura ali, você acabou de fazer um exercício aqui, depois você vai para uma rádio CAPS, que lá você vai narrar alguma coisa, uma história, colocar algum conhecimento ou discutir assuntos diversos. Essas modalidades, quando elas se juntam, o resultado vem pra você”(U3).

Curiosamente, esses elementos, que possibilitam reconhecer o que o outro traz como necessidade em saúde e são tão afeitos à lógica do cuidado integral, não foram trazidos pelos profissionais e gestores como facilitadores da integralidade. Pelos relatos dos usuários foi possível identificar ainda a importância de que o PTS preveja a atenção às situações agudas, que não podem esperar, a fim de promover a integralidade.

“Eu chego aqui, se não tô bem, a primeira coisa já vão me atender, tentam vagar um tempinho para me atender né, isso é muito, muito interessante e importante” (U5).

Quanto aos aspectos dificultadores da integralidade do cuidado levantados pelos entrevistados, destacam-se problemas relacionados à estrutura, aos processos de trabalho, ao preconceito com o campo da saúde mental, às vulnerabilidades sociais, à dificuldade de acesso e à qualidade do atendimento recebido.

As carências identificadas referem-se desde a falta de profissionais e de serviços, até a falta de recursos para o transporte, de modo a comprometer o cuidado integral.

“Os serviços que nós temos são primeiramente insuficientes em quantidade. E aí a gente começa a falhar em qualidade também. Não dá para eu querer substituir manicômio com meia dúzia de serviços, que têm meia dúzia de profissionais. (...) vai dar saudade do manicômio. Pode não dar pro paciente, mas pro familiar vai dar” (P4).

“E a dificuldade eu vejo mais nessa parte de locomoção, do transporte. Isso aí muitas vezes é difícil, porque a demanda é grande” (P2).

Mencionou-se o quanto a rigidez em alguns processos de trabalho pode comprometer o cuidado integral, sobretudo os processos burocráticos.

“Tem equipamentos que burocraticamente não podem fazer algumas coisas, são mais restritos. Aí acho que isso dificulta. É o processo de trabalho de cada equipamento” (G2).

“O que eu percebo, em termos de integralidade, é que a gente formata os serviços de acordo com critérios, tá, e às vezes a gente vai ter muita dificuldade de entender o nosso papel frente ao vínculo com o paciente” (P4).

Também a falta de mecanismos que incentivem e qualifiquem a comunicação e as discussões de caso, ou mesmo a dificuldade de expressar-se com clareza, foi associada a um entrave na integralidade, reconhecido pelos três grupos de participantes.

“A comunicação às vezes atrapalha quando nada acontece, ou acontece meio atravessado sabe, ou às vezes a conduta é tomada lá e a gente só fica sabendo, não existe uma discussão. (...) a comunicação poderia existir de uma maneira mais eficaz para ajudar juntos a pensar na vida daquela pessoa né” (P3).

“A gente não aprendeu a se comunicar direito. Então isso acaba atrapalhando todo o fluxo de trabalho, toda a comunicação de uma unidade, até o próprio profissional com a secretaria” (G1).

“Só que entre os profissionais, assim, às vezes deixa a desejar um pouco (...)um diz uma coisa, daí chega na outra já não acha que é aquilo e já não acha que é tão necessário assim. Eles acabam se achando no direito de anular o que o profissional anterior pediu” (U1).

Ainda no âmbito dos processos de trabalho, refletiu-se acerca dos prejuízos na organização dos serviços provocados pela pandemia.

“A situação da pandemia nos virou de cabeça pra baixo. Tudo que a gente sonhou conquistar em termos de organização do cuidado, dos programas, dos atendimentos programados, do vínculo com o território, foi pervertido pela pandemia e (...) a gente vai ter que reinventar a maneira como faz as coisas. O acesso, ele vai demorar muito tempo a voltar a ser o mesmo” (P4).

Outro indicativo de entraves nos processos de trabalho consiste na dificuldade de acesso a determinados serviços sinalizada pelos usuários, os quais revelaram que o tempo de espera pode comprometer a qualidade e a integralidade do cuidado.

“Tinha que ser mais humanizado, mais voltado a um atendimento mais eficaz às pessoas. Não botar a gente a enfrentar fila” (U6).

“É uma demanda muito grande [de atendimento psicológico], eu acho, pra pouco profissional. (...) E as pessoas sempre deixam para tratar a cabeça por último e é uma coisa que tinha que ser tratada por primeiro” (U2).

Há casos em que, quando consegue acessar o serviço, o usuário avalia o atendimento como pouco satisfatório.

“É complicado, porque pra chegar eu tenho que passar por um clínico geral. E depende, assim, às vezes o clínico vai dar um remédio e a pessoa não vai ficar bem (...)vai dar um remedinho, não vai encaminhar” (U2).

“Aí tem aquela médica lá que só se tu vai morrer, né (risos). Aí o pessoal já sabe a tarde que ela atende e a tarde que é o doutor L., aí se tiver meio doente espera ficar mais pra ir no outro dia (risos)” (U2).

Ou seja, mesmo que se tenha identificado a atuação de profissionais dedicados e afeitos ao campo da saúde mental, há que se reconhecer a coexistência de profissionais menos compromissados. Salienta-se ainda que o preconceito com a saúde mental está presente no cotidiano do trabalho, às vezes com uso de termos pejorativos, comprometendo o cuidado integral. Isso foi evidenciado por falas como:

“A gente tem que melhorar muito é essa desmistificação de que não é exatamente doido” (G1).

A rotatividade dos profissionais é outro fator que prejudica o vínculo e, por consequência, a integralidade, especialmente no âmbito da saúde mental.

“Os postos que têm as pessoas fixas trabalhando, a enfermeira é a mesma, os técnicos são os mesmos, os médicos e médicas são os mesmos que trabalham ali, então há um vínculo em que flui melhor do que aquele em que tem muito rodízio de pessoas, que aí não tem vínculo” (P5).

“Quando você faz tratamento com um psicólogo, você revive aquelas coisas que te machucaram, sabe. Aquelas dores que você teve, aqueles traumas. Aí vem um psicólogo, pega e sai, aí vem o outro no lugar aí você tem que recomeçar tudo novamente. (...) Atrapalha muito no tratamento psicológico, muito” (U1).

Também se reconheceu no empobrecimento da população um obstáculo significativo à integralidade, duramente representado pelo seguinte relato:

“Que angústia você resolve com alguém que tá passando fome, que não tem o que dar para os seus filhos comerem? Então esse empobrecimento da população inviabiliza também isso aqui. Tem muito paciente que eu sei, que eu ligo e o telefone não tá disponível pra receber, eu sei o que é isso, isso significa que o paciente não tem dinheiro pra pagar a conta” (P4).

3. Estratégias para superação das dificuldades

Partindo do entendimento de que o cuidado compartilhado impulsiona a integralidade, foi sugerida a promoção de intercâmbios entre as equipes, a institucionalização do matriciamento (onde ainda não há) e a implementação de micro redes como estratégias para a aproximação e vinculação entre os serviços.

“A gente conhecer um pouco mais como é o outro serviço e quem é essa equipe, eu acho que isso ajudaria nessa aproximação, nessa vinculação. Porque assim, pro tratamento dar certo, esse paciente tem que ter vínculo com a gente, mas pra ele dar certo, as equipes têm que ter vínculo também” (P3).

“Tá caindo de maduro no município a construção das micro redes. Eu acho que o grupo condutor da RAPS tem esse papel que é formar as redinhas, por territórios, e fazer com que elas de fato aconteçam, essa articulação” (G3).

A sugestão da priorização da contratação por meio de concurso público também reforça a importância do vínculo entre colegas de trabalho, de uma mesma equipe ou não, e entre as equipes e os usuários que buscam cuidado - especialmente no caso das equipes de APS, que oferecem cuidado longitudinal.

Outras estratégias verbalizadas foram a ampliação de equipes, serviços e de recursos materiais.

“Especificamente na saúde mental a gente vai ter que fazer um investimento de quantidade nesse momento, porque não tem como ofertar cuidado com a quantidade de serviços e profissionais que nós temos hoje” (P4).

“Muitas vezes a gente não tem internet, porque o telefone funciona através da internet, então a gente precisa melhorar a estrutura, né. A estrutura física: internet, telefonia” (P6).

“Porque se você for ver, as coisas básicas o município não tem. (...) não tem escolinha de futebol, não tem qualquer outra coisa que possa envolver essas crianças. (...) Oportunidades de creche. (...) Eu acho que não tem como ter pessoas com uma mente saudável, se não se trata saudável desde a infância” (U2).

A coleta e análise de dados foi sugerida como instrumento que propicia a integralidade. Essa prática pode ser favorecida pela informatização em curso dos serviços de saúde.

Por fim, refletiu-se sobre a importância de divulgar mais o trabalho desempenhado pelos serviços e o papel dos profissionais, instigando a corresponsabilidade dos usuários no seu cuidado em saúde.

“Eu acho que é o tete-a-tete (...), sentar em cada Unidade de Saúde, convidar as pessoas para entrarem, conhecerem, e (...) fazer com que a pessoa entenda que saúde também é responsabilidade minha e não somente do outro” (G1).

Discussão

As categorias apresentadas representam o entendimento de usuários, trabalhadores e gestores acerca do que é o cuidado integral e integrado e de quais ações são fundamentais para a consolidação de uma RAPS alinhada ao princípio da integralidade. Foi possível reconhecer uma convergência entre o entendimento dos participantes com os conceitos de integralidade mais usuais, sugerindo uma aproximação entre a prática e a teoria.

As definições de integralidade elaboradas pelos trabalhadores e gestores assemelham-se aos resultados de um estudo que explorou a representação do termo integralidade entre trabalhadores da APS de Belém (PA). No referido estudo, o termo foi relacionado à “visão integral do ser humano” e à “articulação dos serviços” (Silva; Miranda; Andrade, 2017).

Tais concepções aproximam-se de duas das três dimensões da integralidade mencionadas na introdução: “práticas profissionais de cuidado em saúde” e “organização dos serviços de saúde” (Mattos, 2006). Também guardam relação com as linguagens que fundamentam a integração em rede reconhecidas por Hartz e Contandriopoulos (2004), que vêm a ser (I) a linguagem clínica (práticas profissionais); (II) a estrutural (fronteiras organizacionais); e (III) a da cooperação (negociações e acordos entre atores e organizações).

A limitação da integralidade ao âmbito da atuação profissional, seja na atenção direta ao usuário ou na relação com outros profissionais e equipes, sugere que há pouco espaço para discussões e proposições de políticas voltadas às causas subjacentes dos problemas de saúde mental, como seus determinantes sociais (entre eles a vulnerabilidade social), o que poderia se dar com mais veemência na esfera do Controle Social dos municípios. A problemática em questão perpassa também a necessidade de fomentar na formação profissional acadêmica e nos espaços de EPS mais reflexões críticas em busca de soluções para os desafios relacionados à atenção psicossocial, tanto na micro quanto na macro política.

As entrevistas com os usuários demonstraram que a concepção dos trabalhadores e gestores acerca da integralidade extrapola o plano teórico e reflete-se em uma prática que contempla ações alinhadas ao cuidado integral e humanizado. Isto pode ser verificado nas experiências positivas dos usuários com o acolhimento, no protagonismo dos mesmos na elaboração de seus PTS, assim como no reconhecimento de vínculos estabelecidos entre eles e os profissionais, especialmente seus TR.

Tal constatação ecoa os achados de um estudo que investigou a compreensão dos usuários sobre o acesso e integralidade no cuidado em saúde mental, no qual os usuários salientaram que o cuidado nesse campo pressupõe uma atenção acolhedora e humanizada, que reconheça suas histórias de vida, subjetividades e condições sociais e que valorize sua liberdade e possibilidade de fazer escolhas (Oliveira; Andrade; Goya, 2012).

A literatura internacional vale-se dos termos “participação do paciente ou usuário”, “colaboração”, “parceria”, “envolvimento do usuário” para referir-se ao papel ativo desempenhado pelo usuário no seu tratamento em saúde mental. A participação baseia-se em ideais de democracia e responsabilidade individual e é estimulada em países que, assim como o Brasil, ocuparam-se em promover a reforma psiquiátrica e/ou modificações nas políticas de saúde mental, no sentido de transformar um modelo hospitalocêntrico, biomédico, centrado no diagnóstico e na remissão de sintomas, em outro modelo que se baseie nas necessidades e nos desejos dos usuários (Jørgensen; Rendtorff, 2017; Solbjør *et al.*, 2013; Storm; Davidson, 2010; Elstad; Eide, 2009).

Nessa perspectiva, a tomada de decisão e os planos de cuidados levam em conta a experiência individual, o conhecimento e as expectativas de cada indivíduo e são compartilhados entre eles e os profissionais, método denominado “tomada de decisão compartilhada” (Shared decision-making - SDM) (Jørgensen; Rendtorff, 2017). Ainda que no presente estudo os usuários reconheçam sua participação na elaboração do PTS, a corresponsabilização foi sinalizada por uma gestora como uma estratégia a ser ampliada de modo a clarificar aos usuários o papel deles próprios, das equipes e dos serviços de saúde na promoção e no cuidado da saúde.

A humanização do cuidado transpareceu também na organização do apoio matricial nos municípios. O apoio matricial em saúde é um arranjo organizacional através do qual uma equipe especializada oferece retaguarda e suporte técnico-pedagógico para a equipe de referência, contribuindo, assim, com a ampliação da eficácia de sua atuação (Cunha; Campos, 2011). Nos municípios em questão, as equipes de APS são as equipes de referência, e o apoio especializado é oferecido por profissionais dos CAPS ou NASF, de modo a impulsionar a integração dialógica e a responsabilidade compartilhada entre os serviços.

O fato de os entrevistados reconhecerem a importância de uma APS fortalecida para a integralidade do cuidado em saúde mental demonstra que, na prática, essas equipes estão assumindo a responsabilidade pela coordenação e condução dos casos que são compartilhados com os serviços especializados. Além disso, a referência aos ACS atesta que o melhor modelo

para a APS no SUS é a ESF, que dinamiza o cuidado por ter maior vínculo com o território. Daí a necessidade de valorização dos profissionais da APS e da qualidade do vínculo de trabalho.

Fator decisivo para a consolidação das práticas mencionadas, reconhecidas como positivas pelos usuários, foi a implantação da Política Nacional de Humanização - a qual completa 20 anos em 2023. Entre seus princípios, constam o protagonismo (individual e social), a corresponsabilidade e a autonomia dos sujeitos coletivos (participação na elaboração e condução dos projetos terapêuticos e nas definições de políticas para a comunidade), a indissociabilidade entre atenção e gestão (inclusão de todos os sujeitos nos processos de produção de saúde) e a transversalidade (reconhecimento de que as diferentes especialidades e práticas de saúde no âmbito do SUS podem considerar a experiência do usuário) (Brasil, 2015).

Outra política do Ministério da Saúde alinhada à atenção humanizada que foi identificada pelos participantes como potencializadora da integralidade no campo da saúde mental, sobretudo na esfera da APS, é a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNIPIC). Ao incrementar a prevenção de agravos e a promoção, manutenção e recuperação da saúde com diferentes abordagens, para além do modelo biomédico hegemônico, com a necessária segurança, eficácia e qualidade, a PNIPIC contribui para o fortalecimento da integralidade da atenção à saúde, o que requer também a interação das ações e serviços que compõem o SUS (Brasil, 2006).

A respeito dessas interações no contexto da RAPS, Lima e Guimarães (2019) identificaram em seu estudo a coexistência de dois modos complementares de articulação: o modo racional de produzir essas interconexões, por meio de sistemas instituídos/institucionalizados; e o modo marcado por forças instituintes que atuam através dos vínculos profissionais, como alternativa aos processos burocráticos. Chama-se a atenção para o fato de que, ainda que potentes, estes últimos podem “camuflar o desejo de fuga de embates e tensões por vezes necessários para fazer fluir a rede” (Lima; Guimarães, 2019, p. 15).

O presente estudo demonstrou o quanto a rigidez e a burocratização de alguns processos de trabalho, assim como a falta de mecanismos que qualifiquem a comunicação entre profissionais/serviços, podem comprometer o cuidado integral. Problematicar os processos de trabalho, por si só, já constitui um exercício à integralidade do cuidado (Silva; Barros, 2010). Os participantes, contudo, foram além, sugerindo a estratégia de instigar mais conexões entre as equipes através de visitas aos outros serviços, especialmente no âmbito das micro redes. O que poderia representar uma via intermediária aos modos revelados por Lima e Guimarães (2019), ao institucionalizar encontros nos cenários atuação, clarificando o

funcionamento dos serviços e as dificuldades que os profissionais que ali atuam enfrentam, favorecendo posturas mais compreensivas e trocas dialógicas.

As demais barreiras mencionadas pelos participantes refletem problemas antigos já sinalizados em outros estudos e que foram agravados no último governo, como a precarização dos vínculos trabalhistas, a vulnerabilidade social e o subfinanciamento da SM (Delgado, 2019; Trapé; Onocko-Campos, 2017). O subfinanciamento fundamenta as críticas a aspectos estruturais não apenas neste, como em estudos anteriores que investigaram a satisfação de usuários e profissionais de CAPS, revelando que os escores mais baixos de satisfação estavam relacionados às condições físicas e ao conforto dos serviços (Silva; Lima; Ruas, 2018; Resende; Bandeira; Oliveira, 2016; Miranda; Souza; Ferreira, 2014; Silva *et al.*, 2012).

Nesse momento de reconstrução das políticas públicas, enaltece-se as estratégias propostas pelos participantes para superar os obstáculos que se interpõem à integralidade do cuidado. Destaca-se que foi possível identificar uma correlação entre elas e as práticas reconhecidas como facilitadoras.

Como limitação do presente estudo, considera-se o fato de a coleta de dados ter ocorrido no contexto da pandemia, período em que estavam suspensas muitas atividades dos serviços. Por outro lado, essa suspensão levou os participantes a valorizarem ainda mais a potência das atividades coletivas no campo da saúde mental.

Outra possível limitação diz respeito à realização das entrevistas no ambiente de trabalho/atendimento, o que se mostrou mais conveniente para os participantes. Houve preocupação de realizá-las em espaços reservados e de forma sigilosa. Ainda assim, o ambiente pode ter deixado os trabalhadores pouco confortáveis para fazer críticas ao funcionamento da rede, assim como pode ter inibido os usuários - especialmente pelo viés de gratidão e pelo vínculo com os profissionais que ali atuam.

Conclusão

A percepção positiva dos participantes sobre a disseminação de práticas de cuidado integrais e processos de trabalho em conformidade com o modelo psicossocial, onde o hospital deixa de assumir o protagonismo do tratamento, não deixa dúvidas quanto à importância da realização da Reforma Psiquiátrica no Brasil. O alinhamento das falas dos profissionais e gestores com os depoimentos dos usuários, na maior parte das categorias, demonstra o quanto os municípios, seja qual for a conformação de sua rede, têm buscado concretizar a integralidade em suas práticas a partir dos recursos disponíveis. As falhas reconhecidas sinalizam sobretudo a importância de uma formação em saúde que valorize a

clínica ampliada, as tecnologias de cuidado leves, o trabalho em equipe e a compreensão dos sujeitos em seu contexto social, além da garantia de um financiamento condizente com a grandeza da RAPS. Espera-se, a partir dos resultados encontrados, especialmente com as estratégias ora propostas, fornecer pistas para a efetivação de um cuidado ainda mais integral e humanizado na RAPS.

Referências

BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. Brasília: 2015. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/politica_nacional_humanizacao_pnh_led.pdf. Acesso em: 12 setembro 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS. Brasília: 2006, 92 p.

CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. S. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. *Saúde soc.*, São Paulo, v.20, n.4, p. 961-970, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000400013>

DELGADO, P. G. Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte. *Trab. educ. saúde*, Rio de Janeiro, v.17, n.2, e0021241, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00212>

ELSTAD, T.A.; EIDE, A. H. User participation in community mental health services: exploring the experiences of users and professionals. *Scand. J. Caring Sci.*, Borås, v.23, p. 674-681, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2008.00660.x>

HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULOS, A-P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.20 (Supl 2), p. 331-336, 2004. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000800026>

JORGE, M. S. B. *et al.* Promoção da Saúde Mental – Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.16, n.7, p. 3051-60, Jul 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000800005>

JØRGENSEN, K.; RENDTORFF, J. D. Patient participation in mental healthcare - perspectives of healthcare professionals: an integrative review. *Scand. J. CaringSci.*, v.32, n.2, p. 490–501, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1111/scs.12531>

LIMA, D. K. R. R; GUIMARÃES, J. Articulação da Rede de Atenção Psicossocial e continuidade do cuidado em território: problematizando possíveis relações. *Physis*, Rio de Janeiro, v.29, n.3, e290310, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290310>

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A., organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 6ª ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESC/ABRASCO, 2009. p. 43-68.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v.17, n.3, p. 621-626, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300007>

MIRANDA, P. O.; SOUZA, O. F.; FERREIRA, T. F. Avaliação da satisfação dos pacientes e familiares em um serviço de saúde mental na cidade de Rio Branco, Acre. J. bras. psiquiatr., Rio de Janeiro, v.63, n.4, p. 332-340, out./dez. 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000042>.

OLIVEIRA, R. F.; ANDRADE, L. O. M.; GOYA, N. Acesso e integralidade: a compreensão dos usuários de uma rede de saúde mental. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v.17, n.11, p. 3069-78, nov. 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001100023>

OLSCHOWSKY, A. O ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental: análise da pós-graduação "Lato Sensu". 2001. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.

RESENDE, K. I. D. S.; BANDEIRA, M.; OLIVEIRA, D. C. R. Avaliação da Satisfação dos Pacientes, Familiares e Profissionais com um Serviço de Saúde Mental. Paidéia, Ribeirão Preto, v. 26, n.64, p. 245-253, mai./ago. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-43272664201612>

SILVA, F. H.; BARROS, M. E. B. Integralidade nas práticas do cuidado em saúde: produção de dispositivos. In: PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G. Por uma sociedade cuidadora. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ/ABRASCO, p.383-391, 2010.

SILVA, M. V. S.; MIRANDA, G. B. N.; ANDRADE, M. A. Diverse meanings of comprehensiveness: between the presupposed and the experienced in a multi-disciplinary team. Interface (Botucatu), v.21, n.62, p. 589-599, jul./set. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0420>

SILVA, N. S.; MELO, J. M.; ESPERIDIÃO, E. Avaliação dos serviços de assistência em saúde mental Brasileiros: revisão integrativa da literatura. Rev. Min. Enferm. Belo Horizonte, v.6, n.2, p. 280-288, abr./jun. 2012. DOI: <https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/v16n2a18.pdf>.

SILVA, S. N.; LIMA, M. G.; RUAS, C. M. Avaliação de Serviços de Saúde Mental Brasileiros: satisfação dos usuários e fatores associados. Ciênc. Saúde Colet., Rio de Janeiro, v.23, n.11, p. 3799-3810, Nov. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.25722016>

SOLBJØR, M.; RISE, M. B.; WESTERLUND, H.; STEINSBEKK, A. Patient participation in mental healthcare: when is it difficult? A qualitative study of users and providers in a mental

health hospital in Norway. *Int. J. Soc. Psychiatry*, v.59, n.2, p. 107–13, mar. 2013. DOI: <https://doi.org/10.1177/0020764011423464>

STORM, M.; DAVIDSON, L. Inpatients' and providers' experiences with user involvement in inpatient care. *Psychiatr. Q.*, v.81, p. 111–25, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11126-009-9122-6>

TRAPÉ, T. L.; ONOCKO-CAMPOS, R. The mental health care model in Brazil: analyses of the funding, governance processes, and mechanisms of assessment. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 51, n.19, p. 1-8, mar. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051006059>.

5.5 ARTIGO CIENTÍFICO 3

AVALIAÇÃO DA INTEGRALIDADE DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: ESTUDO DE CASOS MÚLTIPLOS

Larissa Weber

Cláudia Fleming Colussi

Resumo: A integralidade do cuidado na Atenção Psicossocial requer a adoção de práticas colaborativas e coordenadas entre os serviços. Diante da inexistência de estudos avaliativos nesse escopo, o estudo objetivou avaliar a integralidade da Rede de Atenção Psicossocial em três municípios da Região Sul do Brasil com diferentes portes populacionais e configurações de rede. A Matriz de Análise e Julgamento utilizada compõe-se de duas dimensões, seis sub dimensões e 16 indicadores. Os dados primários provenientes de 15 entrevistas com gestores, profissionais, usuários e observação, e os dados secundários foram triangulados. Identificou-se particularidades nos diferentes cenários. A diversificação do cuidado foi mais expressiva nas redes maiores, e no menor município evidenciou-se a importância da Atenção Básica. Os três tiveram desempenho satisfatório na dimensão “elementos essenciais” e o município maior apresentou melhores resultados nas integrações. Conclui-se que muitos avanços já foram consolidados, sobretudo na oferta de um cuidado qualificado e integral de base territorial.

Palavras-chave: Integralidade em saúde, avaliação em saúde, saúde mental, serviços de saúde.

Abstract: Integrated care in Psychosocial Care requires collaborative and coordinated practices between services. Given the lack of evaluative studies in this scope, the study aimed to evaluate the completeness of the Psychosocial Care Network in three municipalities in the Southern Region of Brazil with different population sizes and

network configurations. The Analysis and Judgment Matrix consists of two dimensions, six sub-dimensions, and 16 indicators. The primary data came from 15 interviews with managers, professionals, users, and observation, and the secondary data were triangulated. Particularities were identified in the different scenarios. The diversification of care was more significant in larger networks, and in the smallest municipality, the importance of Primary Care was evident. All three performed satisfactorily in the “essential elements” dimension and the largest municipality presented better results in integrations. It is concluded that many advances have already been consolidated, especially in providing qualified and comprehensive care on a territorial basis.

Keywords: Integrated care, health evaluation, mental health, health services.

Resumen: La atención integral en Atención Psicosocial requiere la adopción de prácticas colaborativas y coordinadas entre servicios. Dada la falta de estudios evaluativos en este ámbito, el estudio tuvo con el objetivo evaluar la integridad de la Red de Atención Psicosocial entre municipios de la Región Sur de Brasil con diferentes tamaños de población y configuraciones de red. La Matriz de Análisis y Juicio utilizada consta de dos dimensiones, seis subdimensiones y 16 indicadores. Los datos primarios provinieron de 15 entrevistas a directivos, profesionales, usuarios y observación, y los datos secundarios fueron triangulados. Se identificaron particularidades en los diferentes escenarios. La diversificación de la atención fue más significativa en las redes más grandes, y en el municipio más pequeño se evidenció la importancia de la Atención Primaria. Los tres tuvieron un desempeño satisfactorio en la dimensión “elementos esenciales” y el municipio más grande presentó mejores resultados en integraciones. Se concluye que ya se han consolidado muchos avances, especialmente en la prestación de atención calificada e integral a nivel territorial.

Palabras clave: Integralidad en salud, Evaluación en Salud; Salud Mental; Servicios de Salud.

A integralidade do cuidado é um tema essencial no contexto da Reforma Psiquiátrica (RP) e no campo da Atenção Psicossocial (AP). Através da RP, evoluiu-se de um modelo hospitalocêntrico e essencialmente biomédico para um modelo de cuidado em saúde mental (SM) comunitário, que envolve pontos de atenção diversos e equipes multidisciplinares, visando à inclusão social, à qualidade de vida e à extensão dos direitos de cidadania. Tal evolução tem sido marcada por avanços, desafios e retrocessos (Mendes *et al.*, 2021). Ainda assim, há conquistas nas esferas teórica e conceitual, jurídica e política, assistencial e cultural (Costa & Faria, 2021), que disseminaram um modo de atenção humanizado e integral.

A integralidade do cuidado pressupõe o acesso a cuidados abrangentes, que levem em conta diferentes dimensões da saúde, a partir de um entendimento do ser humano como um todo e não compartimentalizado em especialidades. Isso requer a adoção de práticas colaborativas e coordenadas entre os vários serviços de saúde, de modo que não se exclua nenhuma das possibilidades de se promover, prevenir, restaurar a saúde e reabilitar os sujeitos (Paim & Vieira da Silva, 2010) e que se reconheça a interdependência entre SM, saúde física e bem-estar social (Organização Mundial da Saúde, 2001).

A integralidade na AP reconhece a necessidade de envolver uma ampla gama de profissionais e setores para que a subjetividade dos sujeitos seja escutada e prevê a articulação das dimensões políticas, sociais, técnicas e científicas para a proposição de ações e serviços orientados pelo paradigma em questão (Nasi *et al.*, 2009). Acrescenta-

se o imperativo de considerar os marcadores sociais de gênero, raça, classe e sexualidade e seus impactos na SM da população (Borges & Almeida, 2021).

Crucial para alcançar esse propósito é a composição de uma rede de cuidados integrada. Com base nesse preceito, em 2011 foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Brasil. A RAPS impulsionou a qualificação do cuidado em SM, ampliando o acesso dos usuários aos serviços, diversificando as estratégias de cuidado e endossando a importância da articulação entre os diferentes pontos de atenção (Ministério da Saúde, 2011).

Esse cenário de reorientação do modelo de cuidado, caracterizado por mudanças conceituais e práticas, tem sido objeto de poucos estudos avaliativos. A mais recente revisão de literatura relativa à avaliação no campo da SM não identificou pesquisas avaliativas cujo objeto fosse a integração entre os serviços da RAPS (Souza *et al.*, 2021). A proposição de avaliações no âmbito das redes de saúde é ainda incipiente e desafiadora, pela complexidade que a análise das interações entre múltiplos atores e serviços impõe (Moreira & Bosi, 2019).

O presente estudo considera o potencial da avaliação de fornecer embasamento à tomada de decisão com vistas a aprimorar as ações, serviços, redes e sistemas de saúde. Considera também que a organização da RAPS não se dará de forma padronizada no território brasileiro, sendo fundamental atentar para as particularidades de cada município e região no processo de organização de suas redes. Tem, assim, como objetivo avaliar as ações em saúde dos serviços da RAPS sob a perspectiva da integralidade em três municípios da Região Sul do Brasil com diferentes portes populacionais e variadas configurações da RAPS.

Método

Trata-se de um estudo de casos múltiplos, método de investigação que se debruça com profundidade e detalhamento sobre determinado objeto (Yin, 2010), aqui definido como a integralidade no contexto da RAPS de três municípios. A seleção dos casos levou em conta o porte populacional e a composição da RAPS (caso 1: município com menos de 20 mil habitantes, sem CAPS, cuja oferta de cuidado em SM seja oferecida majoritariamente pela AB; caso 2: entre 70 e 150 mil habitantes, com ao menos um CAPS e mais outro serviço dentre os seguintes componentes da RAPS - Atenção Residencial de caráter transitório, desinstitucionalização ou reabilitação psicossocial; caso 3: mais de 150 mil habitantes, com RAPS completa). Além do preenchimento de dois dos três critérios definidores de “casos exitosos” na oferta de ações em SM.

Critério 1: Ter obtido resultado satisfatório na pesquisa “Avaliação das ações em Saúde Mental na Atenção Básica” que avaliou tais ações nos municípios brasileiros a partir do banco de dados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Os municípios avaliados foram divididos de acordo com os portes populacionais para em seguida proceder-se ao cálculo do valor correspondente ao quartil superior em cada um dos três grupos, com o propósito de identificar os municípios mais bem avaliados. Aqueles que apresentaram escore superior ao quartil foram considerados elegíveis para o estudo, sendo este critério obrigatório para o caso 1.

Critério 2: Ter participado do projeto “*Percursos Formativos na RAPS: Intercâmbio entre experiências*”, promovido pelo Ministério da Saúde. O objetivo do projeto era fomentar o desenvolvimento da RAPS através da troca de experiências, mediante a realização de intercâmbio entre profissionais e de contratação de um ativador de redes para os municípios.

Critério 3: Apresentar as mais baixas taxas de internações decorrentes de agravos à SM entre setembro de 2019 a agosto de 2020. Para calcular a taxa, extraiu-se do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) a população estimada dos municípios da Região Sul do Brasil em 2019 e o total de internações decorrentes de Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool ou de outras substâncias psicoativas; Esquizofrenia, Transtornos esquizotípicos e delirantes; Transtornos de humor; Transtornos neuróticos e relacionados com estresse e somatoforme; Retardo mental; Outros transtornos mentais e comportamentais. Também através do DATASUS obteve-se a população estimada dos municípios em 2019, a fim de calcular a taxa de internação em cada município. Os municípios foram novamente separados por portes, visando identificar aqueles que integram o quartil inferior em cada grupo, o que os tornava elegíveis.

Aplicados tais critérios, chegou-se a 24 municípios da região Sul elegíveis para o caso 1; quatro para o caso 2 e quatro para o caso 3. A seleção final dos casos deu-se por conveniência e resultou na escolha de um município de cada estado da região Sul.

Instrumentos

Aplicou-se uma Matriz de Análise e Julgamento (MAJ) elaborada pelas autoras e validada em oficina de consenso em 2021. A MAJ compreende duas dimensões, Elementos essenciais (D1) e Integrações (D2), divididas em três subdimensões, Estrutura (S1), Cuidado (S2) e Gestão (S3); Integração dos cuidados (S4), Integração funcional (S5) e Integração normativa (S6), totalizando 16 indicadores e 52 medidas (Weber *et al.*, 2022). A partir da proposta originalmente publicada, foram feitas as seguintes modificações: as medidas M4 (Serviços de AB acessíveis a PCD) e M5 (CAPS acessíveis a PCD) foram fundidas, bem como M18 (Elaboração de PTS na AB para os casos acompanhados em matriciamento) e M19 (Programação de visita

domiciliar pelas Equipes de AB dos casos discutidos em matriciamento); a M17 (Proporção de usuários com tratamento centrado na medicação) foi excluída.

A soma da pontuação das medidas resultou na pontuação de cada indicador. A pontuação obtida (PO) foi dividida pela pontuação máxima possível do indicador (PM), mediante a aplicação da fórmula “ $\text{escore} = (\sum PO / \sum PM) \times 100$ ”. Ao valor percentual obtido, conferiu-se o seguinte juízo de valor: até 49%: ruim; de 50 a 74%: regular; igual ou acima de 75%: bom. Para a análise das subdimensões, atribuiu-se aos indicadores os seguintes escores: 1 (um) para a classificação “bom”; 0,5 (meio) para “regular”; 0 (zero) para “ruim”. O valor dos indicadores da subdimensão foi somado para obter-se a pontuação da subdimensão. Aplicou-se então a mesma fórmula e o mesmo juízo de valor utilizados para os indicadores. O mesmo procedimento foi feito em relação às dimensões – a partir da soma da pontuação de cada subdimensão e da aplicação da fórmula, atribuiu-se o juízo de valor final.

Participantes

Selecionaram-se 15 participantes, cinco por município: um gestor, dois profissionais e dois usuários. As gestoras eram do sexo feminino, atuavam como Secretária Municipal de Saúde, Coordenadora de Saúde Mental e Coordenadora de CAPS, e tinham vínculo com o município há mais de onze anos. Os profissionais dividiam-se entre cinco mulheres e um homem, atuavam em CAPS (n=2) ou na AB (n=4), com vínculo mínimo de 1 ano e meio. Dentre os usuários havia quatro homens e duas mulheres, em tratamento de SM entre um ano e meio e cinco anos, indicados pelos gestores e/ou profissionais entrevistados.

Procedimentos

Coleta de dados: Os dados primários foram obtidos por meio de entrevistas semiestruturadas e observação direta. As entrevistas foram realizadas em julho e agosto

de 2021, majoritariamente de forma presencial ($n=14$). A condução deu-se por uma única pesquisadora, a partir de um roteiro baseado nos elementos da MAJ. Todas foram gravadas, para posterior transcrição e análise. Os entrevistados foram identificados por letras (G= gestor, P= profissional, U= usuário), seguidas por um número de 1 a 6.

Coletou-se também dados de fontes secundárias, como protocolos, fluxogramas, atas de reuniões, relatórios, memorandos e instrumentos de planejamento. Tais documentos foram representados pela letra D, seguida por um número de 1 a 5. Os dados em questão foram organizados a partir das dimensões e sub dimensões da MAJ. Em outubro de 2023 foram coletados dados secundários de produção ambulatorial e internações hospitalares, respectivamente no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS) e Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS).

Análise dos dados: Os dados de natureza qualitativa foram analisados à luz da Análise de Conteúdo (Bardin, 2009), considerando as sub dimensões e dimensões da MAJ como categorias previamente definidas. Os dados quantitativos, por sua vez, foram transferidos para planilhas em Excel e submetidos à análise descritiva. Tendo em vista que o estudo contou com fontes de dados diversas e mais de uma forma de coleta e de análise dos dados, optou-se por um modelo de análise que favorecesse a consolidação dos achados a respeito do fenômeno investigado, modelo denominado triangulação metodológica (Arias Valencia, 2022).

Considerou-se duas perspectivas de análise dos casos, a simples e a imbricada. A análise simples consistiu na triangulação dos dados das entrevistas, dos documentos, das observações e dos dados secundários, em cada um dos casos. Já na análise imbricada, foram apreciados os aspectos semelhantes e divergentes entre os três casos.

Considerações Éticas

O trabalho foi aprovado por dois Comitês de Ética em Pesquisa com Seres Humanos. As Secretarias Municipais de Saúde dos municípios formalizaram concordância com a pesquisa e os entrevistados assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que assegurou o anonimato, a confidencialidade dos dados e sua utilização exclusivamente para a pesquisa.

Resultados e discussão

A tabela 1 caracteriza os três casos quanto a dados demográficos (IBGE, 2023), composição da RAPS (2023) e dados de produção ambulatorial e hospitalar, nos anos de 2018 (pré-pandemia) e 2021 (ano da coleta de dados).

Tabela 1: Características demográficas (2023), de composição da RAPS (2023) e produção ambulatorial e hospitalar (2018 e 2021) dos casos avaliados.

Características	Ano	Caso 1	Caso 2	Caso 3
População	2023	11.648 habitantes	92.924 habitantes	1.773.733 habitantes
Produto Interno Bruto (PIB) per capita	2023	R\$ 45.245,79	R\$ 59.309,03	R\$ 45.318,46
Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M)	2023	0,737	0,730	0,823
Composição da RAPS	2023	4 ESF 1 UBS 1 NASF 1 Centro de Especialidades 1 CAPS Regional (localizado em outro município, não avaliado no presente estudo)	6 ESF 7 UBS 1 CAPS II 1 CAPS II AD 1 CAPS II IJ 1 Policlínica 1 Serviço de Pronto Atendimento 1 SAMU 1 Hospital Geral 1 SRT (conveniado, localizado em outro município)	55 UBS 53 UBS (com EqSF) 39 NASF 4 Consultórios na Rua 4 CAPS II adulto 6 CAPS III adulto 2 CAPS II IJ 1 CAPS III IJ 1 Ambulatório de Saúde Mental 1 Ambulatório TEA 9 UPA 1 Unidade de Estabilização Psiquiátrica (UEP) 1 Hospital Psiquiátrico 5 SRT
Ações de Promoção e Prevenção em Saúde por habitante/ano (Grupo procedimento 01)	2018	0,57	0,19	1,10
	2021	0,69	0,14	0,32
Procedimentos clínicos realizados nos CAPS por habitante/ano (procedimentos 0301080020 a 0301080399)	2018	-	0,11	0,25
	2021	-	0,16	0,14
Internações por 100.000 hab. Capítulo CID-10: V. Transtornos mentais e	2018	95,17	96,90	254,33
	2021	60,1	142,0	110,1

comportamentais				
-----------------	--	--	--	--

Os três casos alcançaram desempenho satisfatório na dimensão Elementos Essenciais, enquanto a dimensão Integrações foi considerada satisfatória no caso 3 e regular nos casos 1 e 2. A tabela 2 apresenta a pontuação obtida por cada município após aplicação da MAJ.

Tabela2: Resultado da avaliação dos casos a partir da pontuação dos indicadores, das sub dimensões e das dimensões da Matriz de Análise e Julgamento.

Indicadores	Pontuação Casos			Sub dimensões	Pontuação Casos			Dimen- sões	Pontuação Casos		
	1	2	3		1	2	3		1	2	3
I1 Recursos físicos	100	58	75	S1 Estrutura	100	75	100	D1 Elementos essenciais	100	100	100
I2 Recursos humanos	100	100	100								
I3 Acolhimento	100	100	100	S2 Cuidado	100	100	100				
I4 Acompa- nhamento diversificado	100	100	100								
I5 Atenção à crise	100	100	100								
I6 Educação Permanente em Saúde	67	60	80	S3 Gestão	83	83	100				
I7 Instrumentos de gestão	100	100	100								
I8 Controle social	100	75	100								
I9 Correspon- sabilidade pelos casos	80	100	67	S4 Integração dos cuidados	83	100	83	D2 Integrações	67	67	100
I10 Promoção e prevenção no território	83	83	83								
I11 Reabilitação no território	67	83	100								
I12 Vigilância em saúde	67	62	62	S5 Integração funcional	33	50	83				
I13 Gestão da clínica	50	75	75								
I14 Articulação da rede	37	37	75	S6 Integração normativa	100	50	100				
I15 Regulação	100	33	100								
I16 Informatização	75	50	75								

Análise simples

Caso 1

Verificou-se uma expressiva pontuação das medidas relacionadas à AB – um total de 14 das 15 medidas, relacionadas aos indicadores recursos físicos, recursos

humanos, acolhimento, acompanhamento diversificado, atenção à crise, EPS, corresponsabilidade pelos casos, promoção e prevenção e saúde, vigilância em saúde e gestão da clínica.

Os investimentos da gestão na cobertura de 100% de agentes comunitários de saúde - “a gente consegue ter essa integralidade através do que o agente de saúde nos traz de informação sobre aquela pessoa” (G3) – na implantação de equipes multidisciplinares – “NASF faz uma diferença maravilhosa, (...) com essa proposta de fazer as ligações. (...) me ajuda muito nisso, em desenho de fluxo, em encaminhamento, matriciamento” (G3) – assim como nas PICS – “trazer não somente a pessoa que tá com transtorno mental e sim ofertar pro marido, pro filho, uma auriculoterapia, um reiki. Isso faz (...) a gente enxergar a família num todo” (G3) – ajudam a compreender o notório desempenho neste conjunto de medidas.

Acrescenta-se que a AB é referenciada no Plano Municipal de Saúde “como local de organização e ordenação do cuidado ao usuário” (D1), atendendo ao disposto na Política Nacional de Atenção Básica (Ministério da Saúde, 2017). A AB do município oferece atividades de promoção da SM, prevenção de recidivas e tratamento dos casos de menor gravidade - o que ficou evidenciado pela diminuição das internações em SM no mesmo período em que houve incremento das ações de promoção e prevenção em saúde.

A existência de recursos especializados em SM (CAPS e leitos de internação) apenas em outros municípios reforça a necessidade dos municípios de pequeno porte, a exemplo do caso 1, de fortalecerem o cuidado na AB, como também de participarem ativamente das construções coletivas da sua região de saúde. O caso 1 empenha-se em ter representação nas reuniões da Câmara Técnica e da Comissão Intergestores - espaço para planejamento e pactuação dos fluxos de acesso aos serviços de saúde integrantes da

rede de atenção da respectiva região, a partir da análise da situação de saúde (Ministério da Saúde, 2011).

Tais características contribuíram para que o município obtivesse desempenho máximo nas sub dimensões Estrutura (S1), Cuidado (S2) e Integração normativa (S6).

Por outro lado, reconheceu-se certa dificuldade na formalização de fóruns e reuniões dentro do município (intra e intersetoriais), seja para planejamento, discussão de casos ou para EPS, haja vista o baixo desempenho no indicador 14 (Articulação da rede), que refletiu negativamente no desempenho na Integração funcional (S5). Tampouco as reuniões de equipe na AB estavam ocorrendo no período em que os dados foram coletados.

Há uma percepção da gestora de que as discussões de caso em rede ocorrem tardiamente, quando se poderia agir mais preventivamente – “Geralmente é feito quando as coisas se complicam um pouco mais, pela vulnerabilidade das pessoas. (...) a gente às vezes chega tarde em alguns casos” (G3). A necessidade de espaços formais para trocas por vezes é minimizada pela proximidade entre os profissionais– “poderia ter alguma reunião (...) uma integração maior. Claro que pelo contato pessoal que a gente tem, às vezes facilita” (P5).

Há que se destacar que a falta de alinhamento entre os profissionais reflete negativamente no atendimento à população – “Só que entre os profissionais, assim, às vezes deixa a desejar um pouco (...), porque um diz uma coisa, daí chega na outra já não acha que é aquilo e já não acha que é tão necessário assim” (U5).

Os benefícios da articulação dos profissionais e serviços da rede são inúmeros. A atuação multiprofissional evita sobreposição e/ou hiatos assistenciais, quando organizada e implementada de forma colaborativa, com base em um planejamento conjunto. Isso requer, além de encontros regulares e do entrosamento entre os

profissionais, o rompimento com o modelo assistencial uniprofissional e fragmentado. O trabalho colaborativo é especialmente profícuo no contexto das equipes de AB e equipes multiprofissionais, por priorizar um processo de comunicação horizontalizado e de tomada de decisões compartilhadas, considerando as competências de cada núcleo profissional (Brito et al., 2022).

Caso 2

O município destacou-se pelo bom desempenho no indicador Corresponsabilidade pelos casos (I9) e nas subdimensões Cuidado (S2) e Integração dos cuidados (S4). Mesmo sem NASF, oferece boa retaguarda por parte das equipes dos CAPS à AB, tanto na dimensão assistencial – “Se a médica não tá eles pedem para falar com o técnico que vai sempre junto no matriciamento, porque sabe que tá apropriado (...) é uma (...) relação de confiança de profissionais” (P3) – como no papel técnico-pedagógico do matriciamento – “funcionava super bem, porque se discutia casos, se tirava dúvidas, às vezes se inseria uma medicação na discussão do caso, ou às vezes fazia uma interconsulta” (P4). A ausência de NASF também foi contornada pela alocação de psicólogos(as) e estagiários(as) de psicologia em algumas unidades de saúde da AB, apoiando as equipes nas demandas relacionadas à SM.

Contudo, a rede tem seu desempenho prejudicado pela baixa cobertura de AB (43%). Se contabilizadas apenas as ESF, a cobertura é ainda menor (21%). A provável sobrecarga decorrente desse fato reflete em processos de trabalho que desprestigiam ações de promoção e prevenção em saúde, como pode ser observado na Tabela 1. O município prevê um aumento na cobertura da AB para 60% e de ESF para 40% até 2025, além da implementação de dois grupos de Educação em Saúde em cada Unidade de Saúde (D2).

A abordagem da SM na AB carece de mais incentivos – “a gente conseguiu avançar muito na constituição dos CAPS como política pública no município, mas a Atenção Primária, nossa, tem que avançar muito ainda em discussão de saúde mental” (G2). Salienta-se o potencial dessa abordagem em contribuir na redução do estigma, uma vez que os serviços de AB são mais acessíveis e aceitos pelas comunidades. Organizações internacionais sugerem que a AB inclua em sua rotina a promoção da SM, com identificação precoce de transtornos mentais, o tratamento de transtornos mentais comuns, o manejo de casos estáveis, e a referência para outros níveis quando necessário (WHO & WONCA; 2008).

Percebe-se baixo investimento também em ações de EPS, a qual é fundamental para a superação de resistências que ainda são percebidas com o campo da SM e para a qualificação do cuidado em SM na RAPS – “a gente tem profissionais com muito tempo de casa, e a maioria não se vê fazendo acolhimento de saúde mental, ou é um pouco mais difícil” (P4). A EPS proporciona espaços de aprendizagem conjunta, a partir da discussão e análise reflexiva dos problemas cotidianos do trabalho, instrumentalizando individual e coletivamente as equipes para responderem às necessidades da comunidade. Partindo da problematização dos modos como os profissionais exercem o cuidado, viabiliza-se a aprendizagem sobre e por meio do trabalho, ressignificando suas práticas (Fornereto et al., 2023).

A ausência de um calendário institucional de reuniões de rede dificulta a comunicação, a designação dos papéis dos atores e a construção dos fluxos, o que ficou evidenciado na baixa pontuação dos indicadores Regulação (I15) e Articulação da rede (I14) – “Não há nada formal, escrito, que se faça isso, faça aquilo” (P3). Os protocolos e fluxos constituem instrumentos que qualificam o acolhimento e os encaminhamentos, orientam a conduta e aprimoram a articulação entre os serviços, além de evitarem

internações desnecessárias (Cordeiro et al, 2022). Isso se torna sobremaneira relevante em um contexto com rotatividade de profissionais, como é o caso de alguns serviços do município. Por outro lado, foi destacada a importância de não engessar os fluxos para que não se perca de vista a singularidade dos casos – “O caso não existe no papel, o caso existe discutido em equipe” (P3).

Além dos tensionamentos na rede, percebeu-se um funcionamento centrado nos serviços especializados – “nunca foi muito fácil a construção da RAPS, essa articulação de rede, assim, parece muitas vezes que é um movimento de uma direção única (...) muito centrado nos CAPS, nas equipes especializadas” (G2). A dificuldade de articulação da rede deixa transparecer aos usuários que há lacunas na comunicação entre os pontos de atenção – “Era pra ter uma ligação entre um e outro, (...) sobre o atendimento do paciente. (...) se tem alguma formação, um curso, (...) os outros setores não ficam sabendo” (U4).

Caso 3

Foi o único avaliado como satisfatório em todas as sub dimensões e dimensões, com nota máxima nas três sub dimensões da D1 e na sub dimensão Integração normativa (S6), da D2. Dentre os indicadores, destacaram-se EPS (I6) e Reabilitação no território (I11).

Compreende-se a reabilitação como um processo de restituição do poder contratual, ou seja, do valor atribuído a cada sujeito nas interações com a sociedade, impulsionando-o a participar das trocas sociais e a ampliar sua autonomia (Kinoshita, 2001). Nesse sentido, promover a inserção dos usuários na comunidade, inclusive nos espaços de trabalho, faz germinar a reabilitação no município. Os avanços descritos por um usuário da rede usando o xadrez como metáfora ilustram esse processo – “Então eles aqui trabalharam essas pecinhas pequenas. Tu não mexe o rei e a rainha no tabuleiro de

xadrez sem mexer os peões. Então com pequenos avanços, juntando, a rainha saiu também pra tudo que é lado” (U1).

A existência de maior aporte financeiro e de uma RAPS com todos os componentes favoreceu o desempenho do município nas dimensões avaliadas. Ainda assim, há que se salientar que os recursos por si só não são suficientes para o alcance da integralidade do cuidado, sendo necessários processos de trabalho afeitos a essa lógica de cuidado.

A coexistência de mecanismos formais (reuniões de equipe, de colegiado e intersetoriais) e informais (contato telefônico) de articulação constitui um desses processos que justifica o desempenho alcançado. Percebeu-se que a iniciativa parte tanto do CAPS, como da AB, e envolve parceiros como UPA, guarda, SAMU, entre outros: “uma coisa bem prática de ver essa integralidade do cuidado, é justamente esse apoio da rede” (P1).

Outro processo instituído que alavancou o bom desempenho do município é o trabalho a partir dos territórios, longitudinal, com foco no vínculo, o que está na essência da AB – “a territorialidade ela fundamenta muito do trabalho, (...) amplifica a nossa capacidade de atendimento, (...) o vínculo das equipes com o território (...) é fantástico” (P2). Inclusive os profissionais da psicologia e psiquiatria são designados como apoiadores da AB no Plano Municipal de Saúde (D3), que enfatiza a atuação dos mesmos em território definido, identificando parceiros e recursos comunitários e desenvolvendo ações intersetoriais.

A existência de um documento norteador da SM, que contempla as atribuições de cada serviço da RAPS, os critérios de encaminhamento e as diretrizes clínicas para o cuidado às demandas mais frequentes, é outra particularidade do caso (D4). O município também dispõe de Diretrizes Institucionais específicas para os CAPS, a fim

de alinhar e efetivar processos de trabalho afeitos ao modelo de AP (D5). Tais documentos, somados à existência de uma Central de Retaguarda em SM, responsável pela regulação dos leitos nos hospitais, nos CAPS III e na UEP, contribuem para a sistematização do cuidado a partir de critérios técnicos bem definidos e compartilhados por todos.

Os desempenhos menos satisfatórios do caso foram identificados nos indicadores que compõem as sub dimensões Integração dos Cuidados (S4) e Integração Funcional (S5), indicando que há espaço para o município fortalecer ainda mais a corresponsabilidade e vigilância em saúde.

Análise imbricada

A análise imbricada privilegia a comparação dos casos, salientando aspectos convergentes e divergentes entre eles (Tabela 3).

Tabela 3: Aspectos convergentes e divergentes entre os casos avaliados na Região Sul.

Aspectos convergentes	
Favoráveis	Desfavoráveis
Existência de equipe de apoio matricial em SM na AB; Composição das equipes mínimas dos CAPS alinhadas às portarias do MS (N/A ao caso 1); Acolhimento à demanda espontânea nos CAPS e serviços de AB; Elaboração de PTS para todos os usuários nos CAPS e casos acompanhados em matriciamento na AB; Implantação de atendimento remoto; Oferta de grupos e oficinas nos CAPS e na AB; Processos de trabalho que contemplem a atenção à crise e a busca ativa de casos faltosos graves nos CAPS (N/A ao caso 1); Orientação a familiares; Oferta de atendimento interdisciplinar na internação hospitalar; Metas para a SM no Plano Municipal de Saúde; Realização de assembleias nos CAPS (N/A ao caso 1); Pactuações sobre SM no Conselho Municipal de Saúde; Consultas e visitas domiciliares em conjunto com profissionais de SM e da AB; Oferta de atividade física aberta à comunidade; Realização de campanhas de prevenção e atividades de Educação em Saúde; Existência de centros de convivência ou espaços afins; Definição de critérios para encaminhamento ao CAPS.	Mapeamento dos fatores de risco e proteção nos territórios não é feito com regularidade; Dificuldade de incluir usuários nas reuniões de rede; Prontuário eletrônico não integra todos os pontos de atenção da RAPS.

Aspectos divergentes	
Favoráveis	Desfavoráveis
Casos 1 e 2: Equipes de referência acompanham os casos internados; Casos 1 e 3: Estabelecimento de critérios para acionar o SAMU e para indicar internação hospitalar; Casos 2 e 3: Existência de atividades de trabalho e geração de renda na rede e de projetos para inserção/acompanhamento de usuários no mercado de trabalho; Acompanhamento dos egressos de longa internação.	Casos 1 e 2: Dificuldade de sistematizar horários de EPS e de reuniões de rede; Casos 2 e 3: Acessibilidade comprometida nos CAPS e em algumas unidades de AB.

O bom desempenho dos casos na maioria das sub dimensões avaliadas justifica a identificação de mais aspectos favoráveis do que desfavoráveis à integralidade.

Dentre os aspectos convergentes, sobressaiu-se a elevada pontuação da sub dimensão Cuidado, indicando o comprometimento dos profissionais nos diferentes cenários de atuação, com as práticas de acolhimento, com a singularidade e humanização do cuidado e com o atendimento às situações de crise.

O empenho em diversificar o cuidado de forma a evitar internações desnecessárias constitui uma das bandeiras levantadas pela RP e ficou evidente nos três cenários avaliados, na fala dos profissionais – “a gente faz de tudo pra não mandar pra internação (...) porque a nossa ideia é o cuidado em liberdade.” (P1).

Outra situação que exemplifica os escores elevados nessa dimensão é a autonomia proporcionada pelas equipes para os usuários discutirem seus PTS, inclusive em relação à medicação – “Já tiramos alguma medicação, diminuímos outra, (...) na próxima consulta vou falar pra ele que não quero mais remédio pra dormir. (...)vou ficar com o estabilizador de humor, que ainda acho necessário” (U1).

Tal situação guarda relação, possivelmente, com a difusão do Guia da Gestão Autônoma da Medicação (GAM) no Brasil. A GAM visa aumentar o poder de negociação dos usuários nas decisões referentes ao seu tratamento, em especial o medicamentoso. O Guia Brasileiro foi elaborado de modo participativo, prezando pela cidadania e autonomia dos sujeitos. Tem sido difundido como um potente instrumento

de cogestão (Ferrer *et al.*, 2020), contribuindo com o uso mais racional dos medicamentos.

Outro fato que colabora para o cuidado qualificado é a existência de recursos humanos suficientes e capacitados. No presente estudo, os três casos alcançaram desempenho máximo no quesito suficiência. No que diz respeito à capacitação, percebeu-se que os profissionais e gestores entrevistados possuíam familiaridade com os conceitos relacionados à AP e à integralidade, e com outros conceitos que subsidiaram a elaboração do instrumento avaliativo utilizado neste estudo (Weber *et al.*, 2022).

Os municípios também tiveram um desempenho semelhante nas medidas relacionadas à prevenção e à educação em saúde no território. Tais atividades ficaram comprometidas com a pandemia. Entretanto, mesmo com todas as dificuldades daquele período, houve esforço em preservar e adaptar algumas delas, ofertando atividades de forma remota.

Existem boas evidências sobre a usabilidade, segurança, aceitação/satisfação e eficácia das intervenções remotas, conquanto as evidências sobre a qualidade do processo, a relação custo-eficácia e os efeitos em longo prazo sejam ainda limitados. A maioria das ações concentra-se na prevenção ou no tratamento, mas também foram identificadas algumas evidências no âmbito da promoção da SM (Rauschenberg *et al.*, 2021).

Ainda no âmbito da promoção e prevenção, salienta-se que foi levantada a necessidade de maiores investimentos na prevenção em SM infanto-juvenil:

Tem muita criança em (...) famílias de baixa renda, com problemas de droga, prostituição, essas coisas assim. (...) não tem escolinha de futebol, não tem qualquer outra coisa que possa envolver essas crianças. Aí eu acho assim, se a

gente não tratar a raiz, como vai tratar depois? (...) não tem como ter pessoas com uma mente saudável, se não se trata saudável desde a infância (U6).

Segundo o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), as abordagens voltadas à infância e adolescência devem ter como objetivo minimizar os riscos e maximizar os fatores de proteção. Dentre as ações sugeridas destaca-se o apoio às famílias para o cuidado responsivo e reforço dos vínculos afetivos; ações de aprendizagem social e emocional nas escolas, especialmente para crianças e jovens em risco; e os programas de transferência de renda, a fim de aumentar a participação escolar, a segurança alimentar e o acesso a cuidados de saúde e serviços sociais. O combate ao estigma em torno da SM também é estimulado, pois impede crianças e jovens de buscarem apoio (UNICEF, 2021).

O espaço para debater demandas de SM com a população, seja nos Conselhos de Saúde ou nas Assembleias dos CAPS, mostrou-se potente nos três casos. Os três fizeram proposições pertinentes à SM nos planos municipais de saúde. Porém, no caso 2 ficou evidente o imperativo de maior integração - “Ainda é cada um no seu quadrado” (G2).

Entre os aspectos desfavoráveis, identificou-se a baixa regularidade na coleta, análise e monitoramento dos indicadores e das informações de saúde (vigilância em saúde), assim como sua ampla divulgação. Essa prática é de fundamental importância para organização e planejamento das ações em saúde no nível municipal, embasando a tomada de decisões. Ainda que seja mais comum no domínio da AB, convém que as equipes que atuam no âmbito especializado da AP cada vez mais se dediquem a reconhecer as demandas em SM e os recursos dos territórios e a institucionalizar a avaliação das suas práticas como um processo educativo, permitindo a formulação de novas estratégias de cuidado, em articulação com a rede (Campos *et al.*, 2019).

Nesse sentido, também se mostra necessário incentivar maior participação dos usuários nos espaços de decisão. Nos casos analisados, a inclusão dos usuários nas reuniões de rede e/ou de colegiado não é uma realidade, embora a presença de representantes dos usuários possa conferir maior legitimidade aos debates, além de atender ao lema da Luta Antimanicomial “Nada sobre nós sem nós”.

Por fim, percebeu-se que, a despeito de todos os avanços que a implantação do prontuário eletrônico trouxe aos municípios, a falta de integração entre todos os pontos da rede, em especial as emergências e os hospitais, limita a integralidade do cuidado nos três casos. Tal fato é ainda agravado pela dificuldade de comunicação entre sistemas.

Dentre os aspectos divergentes favoráveis, destaca-se as práticas relacionadas à reinserção e reabilitação psicossocial pela via do trabalho, identificadas nos casos 2 e 3. Vale salientar que esses municípios possuem uma rede de serviços mais diversificada, o que contribui para estruturarem atividades de trabalho e geração de renda, assim como projetos para a inserção e/ou acompanhamento de usuários no mercado de trabalho.

Andrade *et al.* (2013) entendem o trabalho como instrumento de reabilitação e de reinserção social e salientam-no como um dos eixos da RP brasileira. O fomento à inserção no trabalho está presente no Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental, no qual foram indicadas duas perspectivas: incentivo às empresas para contratar usuários de modo formal e/ou através da oferta de ações de geração de renda nos próprios serviços, na perspectiva associativa, cooperativa e da autogestão – Economia Solidária (Conselho Nacional de Saúde, 2002).

Tais municípios também acompanham os egressos de longa internação, na ótica da desinstitucionalização, intervindo junto ao sujeito em sofrimento psíquico e sua singularidade, o que se dá a partir do cuidado interdisciplinar e intersetorial, da inclusão social e da promoção da cidadania (Sampaio & Bispo Junior, 2021) – “a gente tenta

manejar esses casos com bem mais delicadeza, porque a gente sabe que tem muito trauma” (P1).

Os casos 1 e 2, por sua vez, acompanham as pessoas encaminhadas para internação hospitalar de curta duração, seja através de contato direto com as instituições ou por meio dos familiares. Sabendo-se que a internação é um momento de maior fragilidade do paciente, esse contato feito pelas equipes de referência é fundamental tanto para a permanência na internação, quanto para a posterior continuidade do cuidado.

Já os casos 1 e 3, cada um à sua maneira, destacaram-se por estabelecer critérios bem definidos de encaminhamento para todos os pontos de atenção, a partir de protocolos e outros documentos. Ambos os municípios também dispõem de uma central própria de regulação das demandas relacionadas à SM.

No que concerne aos aspectos desfavoráveis, a sistematização de espaços de EPS mostrou-se comprometida nos casos 1 e 2, que alcançaram desempenho regular. A articulação da rede por meio de espaços formais de troca mostrou-se ainda mais fragilizada nesses dois casos, com resultado ruim. A justificativa desses dois fenômenos passa pelas dificuldades decorrentes da pandemia; contudo, salienta-se a possibilidade de adaptar os encontros à modalidade online, como foi feito com outras atividades.

Por fim, identificou-se uma estrutura física que prejudica a acessibilidade nos CAPS e em algumas unidades de AB nos casos 2 e 3. Foram identificadas barreiras arquitetônicas, que podem influenciar negativamente as pessoas com deficiência a buscar os serviços de saúde (Araújo *et al.*, 2018). Verificou-se a existência de projetos ou de reformas em andamento em serviços de AB de ambos os municípios para atenuar a situação.

Os resultados encontrados confirmam a consolidação de muitos avanços relacionados ao processo da RP e à estruturação da AP no Brasil, sobretudo na oferta de um cuidado qualificado em SM no território de vida das pessoas – impulsionando o desempenho satisfatório dos três casos na Dimensão 1. A importância da AB nesse contexto ficou evidente, especialmente nos casos 1 e 3, sendo perceptível que no caso 2 houve um deslocamento de parte da responsabilidade da AB para a AP. A diversificação do cuidado foi mais expressiva nas redes maiores, representadas pelos casos 2 e 3, que conseguiram abarcar demandas relacionadas à reinserção social. Já as integrações (D2) mostraram-se mais bem-sucedidas no caso 3, que investiu mais em documentos e encontros formais para orientar os profissionais de toda a rede.

Ainda que se constitua uma tarefa complexa, a avaliação da RAPS sob o enfoque da integralidade, através da aplicação de uma MAJ elaborada para esse fim, permitiu materializar os mecanismos que constituem a integralidade e retratar a realidade de três municípios, mesmo que a partir de recortes. Através da triangulação dos dados, constatou-se que houve convergência no conjunto dos dados analisados - primários (entrevistas e observação) e secundários (oriundos dos Sistemas de Informação e de documentos municipais).

Dentre as limitações do presente estudo, destaca-se a impossibilidade de visitar todos os pontos da rede dos municípios avaliados, a reduzida diversidade de núcleos profissionais participantes (psicologia, terapia ocupacional e enfermagem), assim como a restrição dos casos a três municípios. Além disso, a pandemia de COVID-19 prejudicou a realização de um estudo piloto e afetou a coleta de dados.

A seleção intencional de municípios cujas redes se destacavam seja pela qualidade da AB, pela baixa proporção de internações ou mesmo pela participação em um projeto de ativação da RAPS, teve como objetivo identificar aspectos exitosos que

possam ser replicados em outras realidades. Espera-se, com os achados ora apresentados, contribuir com municípios de diferentes características na qualificação das suas RAPS frente aos desafios impostos pelas crescentes demandas relacionadas à SM.

Referências

Andrade, M. C., Burali, M. A. D. M., Vida, A., Fransozio, M. B. B., & Santos, R. Z. D. (2013). Loucura e trabalho no encontro entre saúde mental e economia solidária. [Madness and work in the articulation of mental health and solidarity economy]. *Psicologia: ciência e profissão*, 33, 174-191. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932013000100014>

Araújo, L. M. D., Araújo, A. E. D., Ponte, K. M. D. A., & Vasconcelos, L. C. A. (2018). Pessoas com deficiências e tipos de barreiras de acessibilidade aos serviços de saúde-revisão integrativa. [Disabled people and types of barriers to the accessibility of health services - integrative review]. *Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online)*, 549-557. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-908478>

Arias Valencia, María Mercedes. (2022). Principles, Scope, and Limitations of the Methodological Triangulation. *Investigación y Educación en Enfermería*, 40(2), e03. Epub September 15, 2022. <https://doi.org/10.17533/udea.ice.v40n2e03>

Bardin, L. (2016). Análise de conteúdo. Edições 70.

Brito, G. E. G. D., Forte, F. D. S., Freire, J. C. G., Moreira, L. B., Paredes, S. D. O., & Silva, S. L. A. D. (2022). Articulação entre a EqSF/AB e o NASF/AB e sua influência na produção do cuidado no contexto da Atenção Primária à Saúde. [Coordination between Primary Care Teams and Family Health Support Units and influence

on Primary Care delivery]. *Ciência & Saúde Coletiva*, 27, 2495-2508.
<https://doi.org/10.1590/1413-81232022276.03942021>

Borges, S. A. C.; Almeida, M. D. (2021). Desafios para uma Reforma Psiquiátrica antimanicomial: Revisitando o manifesto de Bauru. [Anti-Asylum Psychiatric Reform Challenges: Revisiting The Bauru Manifest]. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health*, 13(37), 23–41, 2021.
<https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/80469>.

Campos, D. B., Bezerra, I. C., & Jorge, M. S. B. (2019). Produção do cuidado em saúde mental: práticas territoriais na rede psicossocial. [Production of care in mental health: territorial practices in the psychosocial network]. *Trabalho, Educação e Saúde*, 18, e0023167.
<https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00231>

Conselho Nacional de Saúde (Brasil). (2002). Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. CNS, Brasília, 213 p. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/mental_relatorio.pdf

Costa, P. H. A. Da & Faria, N. C. (2021). "E agora, José"? Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica brasileiras na encruzilhada. ["And now José"? Brazilian Mental Health and Psychiatric Reform at the Crossroads]. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 31(4), e310412. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310412>

Ferrer, A. L., Palombini, A. D. L., & Azambuja, M. A. D. (2020). Gestão Autônoma da Medicação: um olhar sobre dez anos de produção participativa em saúde mental a partir do Brasil [Autonomous Medication Management: a look over ten year of participative mental health production from Brazil]. *Revista Polis e Psique*, 10(2), 1-8.
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2238-152X2020000200001

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2021). Estado Mundial de la Infancia 2021: En mi mente: Promover, proteger y cuidar la salud mental de la infancia. <https://www.unicef.org/es/informes/estado-mundial-de-la-infancia-2021>

Fornereto, A. D. P. N., Sousa, D. F. D., & Martini, L. C. (2023). Educação Permanente em Saúde como estratégia para trabalho colaborativo na Rede de Atenção Psicossocial. [Permanent Education in Healthcare as a strategy for promoting collaborative practice in the Psychosocial Care Network]. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 27, e220221. [://doi.org/10.1590/interface.220221](https://doi.org/10.1590/interface.220221)

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (2023). Censo Demográfico de 2022. <https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/index.html>

Kinoshita, R.T. (2001). Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: Pitta, A.M.F. (org.) Reabilitação Psicossocial no Brasil (p.55-59). Hucitec. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.11.025>

Mendes, D. do C. O., Lucietto, G. C., Reis, J. B., Ferreira, L. F. V. C., Queirós, P. de S., & Fiorati, R. C. (2021). Psychiatric reform: Paths, realities and challenges. *Research, Society and Development*, 10(7), e29610716556. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i7.16556>

Ministério da Saúde (Brasil). (2017). Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, Brasília. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html

Ministério da Saúde (Brasil). (2011). Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Rede de Atenção Psicossocial. *Diário Oficial da União*, Brasília. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html.

Moreira, D. D. J., & Bosi, M. L. (2019). Qualidade do cuidado na Rede de Atenção Psicossocial: experiências de usuários no Nordeste do Brasil. [Quality of care in the Psychosocial Care Network: experiences of users in the Northeast of Brazil] *Physis: Revista de saúde coletiva*, 29. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290205>

Nasi, C., Cardoso, A. S. F., Schneider, J. F., Olschowsky, A., & Wetzel, C. (2009). Conceito de integralidade na atenção em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica. [The concept of integrality in mental healthcare in the context of psychiatric reform]. *Revista Mineira de Enfermagem*, 13(1), 147-152. <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/174>

Organização Mundial da Saúde. (2001). Relatório Mundial da Saúde. *Saúde Mental: nova concepção, nova esperança*. Direção-Geral da Saúde, OMS.

Paim, J. S. & Vieira da Silva, L. M. (2010). Universalidade, integralidade, equidade e SUS. *I Boletim do Instituto de Saúde*, 12(2).

Rauschenberg, C., Schick, A., Hirjak, D., Seidler, A., Paetzold, I., Apfelbacher, C., Riedel-Heller, S.G & Reininghaus, U. (2021). Evidence synthesis of digital interventions to mitigate the negative impact of the COVID-19 pandemic on public mental health: rapid meta-review. *Journal of medical Internet research*, 23(3), e23365. <https://doi.org/10.2196/23365>

Sampaio, M. L., & Bispo Júnior, J. P. (2021). Entre o enclausuramento e a desinstitucionalização: a trajetória da saúde mental no Brasil. [Between cloistering and deinstitutionalization: the mental health trajectory in Brazil]. *Trabalho, Educação e Saúde*, 19. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00313>

Souza, I. J., Weber, L., Lopes, S. M., Colussi, C. F., & Nickel, D. A. (2021). Avaliação de Serviços de Atenção Psicossocial no Brasil: Uma revisão integrativa de literatura. [Evaluation Of Psychosocial Care Services In Brazil: na Integrative Literature

Review]. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 13(37), 91-112.
<https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/79908>.

Weber, L; Craveiro, I.; Colussi, C. F. (2022). Proposta de um modelo de avaliação para a Rede de Atenção Psicossocial na perspectiva da Integralidade. In: Cruz, M. M., Craveiro, I., Kabad, J. F., & Vitorino, S. A. S. (orgs.). Avaliação em saúde, redes sociotécnicas e translação do conhecimento. P. 260-279. Hucitec.

World Health Organization (WHO) & World Organization of Family Doctors (Wonca). (2008). Integrating mental health into primary care: a global perspective.

Yin, R. (2010). Estudo de caso: planejamento e métodos. 4ª ed. Bookman.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa tem caráter pioneiro ao, pela primeira vez, contemplar a integração dos cuidados e dos serviços da RAPS como objeto de avaliação. Sua finalização coincide com um período em que a pesquisadora completa quinze anos como profissional e militante do campo da saúde mental, representando também uma conquista profissional.

O estudo possibilitou o reconhecimento dos elementos que caracterizam a integralidade do cuidado em diferentes etapas da construção da política de saúde mental do SUS, especialmente a partir da implantação da RAPS. A percepção positiva dos participantes sobre a disseminação de práticas de cuidado integrais e processos de trabalho em conformidade com o modelo psicossocial, onde o hospital deixa de assumir o protagonismo do tratamento e a segregação social é condenada enquanto política pública, não deixa dúvidas quanto à importância da Reforma Psiquiátrica como um marco no âmbito da saúde, tanto quanto no campo social no Brasil. O alinhamento das falas dos profissionais e gestores com os depoimentos dos usuários, na maior parte das categorias, demonstra o quanto os municípios, seja qual for a conformação de sua rede, têm buscado concretizar a integralidade em suas práticas a partir dos recursos disponíveis.

As falhas reconhecidas sinalizam sobretudo a importância de uma formação em saúde que valorize a clínica ampliada, as tecnologias de cuidado leves, o trabalho em equipe e a compreensão dos sujeitos em seu contexto social, além da garantia de um financiamento condizente com a grandeza da RAPS. Neste momento em que se materializam novos investimentos por parte do Ministério da Saúde, como a retomada do incentivo financeiro para as equipes multiprofissionais de apoio à AB, agora denominadas eMulti, percebe-se um campo fértil para impulsionar a integralidade na RAPS.

Por outro lado, não se pode perder de vista que, concomitantemente aos avanços, ocorre o vasto financiamento de estabelecimentos desalinhados ao princípio da integralidade. Inseridas na RAPS sem o devido debate com o controle social, mesmo após uma série de denúncias sobre maus tratos virem à tona em diversas regiões do Brasil, as Comunidades Terapêuticas atendem mais a interesses econômicos privados,

que à saúde mental coletiva e colocam em xeque a qualificação do cuidado das demandas relacionadas ao uso prejudicial de álcool e outras drogas.

Ainda que se constitua uma tarefa complexa, a avaliação da RAPS sob a ótica da integralidade, através da elaboração de modelos da Atenção Psicossocial com foco na integralidade e da elaboração e aplicação de uma MAJ projetada para esse fim, mostrou-se viável e apropriada. Enquanto os modelos possibilitaram a operacionalização dos componentes do programa em questão, evidenciando os produtos e resultados esperados, a MAJ permitiu materializar os mecanismos que constituem a integralidade na RAPS.

Por meio da sua aplicação, pode-se retratar a realidade de três municípios a partir de suas potencialidades e fragilidades. O fato de se tratarem de municípios caracterizados como exitosos, selecionados de forma intencional com base em critérios previamente estabelecidos, ressaltou aquilo que de melhor estão oferecendo. A estes municípios será encaminhado um relatório contendo os principais achados da pesquisa em cada um deles (APÊNDICES E, F e G).

O instrumento demonstrou ser adaptável a diferentes contextos, o que possibilita a emissão de juízo de valor independentemente do porte municipal e da composição de RAPS. Sua aplicação em novos cenários oportunizará que outros municípios avaliem sua realidade frente ao aparato legal vigente em nosso país e à literatura que o fundamenta, identificando fatores que comprometem a integralidade da RAPS e qualificando suas redes para superar os desafios impostos pelas crescentes demandas relacionadas à saúde mental. Salienta-se que o instrumento valoriza os processos de trabalho, expressos principalmente através das integrações, de modo que aponta para soluções que não dependem necessariamente do tamanho da estrutura ofertada pelos municípios. Entende-se ainda que os instrumentos podem ser adaptados para avaliações em outros campos, que também se beneficiem de uma organização pautada pela integralidade.

Dentre as limitações do presente estudo, reconhece-se a impossibilidade de visitar todos os pontos da rede dos municípios avaliados; a reduzida diversidade de núcleos profissionais participantes, que coincidentemente ficou restrita à psicologia, terapia ocupacional e enfermagem (tanto entre profissionais, quanto entre gestores); assim como a restrição dos casos a três municípios. Além disso, a pandemia de COVID-19 impossibilitou que a oficina de consenso tivesse uma etapa presencial, prejudicou a realização do estudo piloto que estava previsto e afetou a coleta de dados –

especialmente por se tratar de um momento de suspensão de uma série de atividades nos serviços.

Ainda assim, o estudo contribui com a difusão dos benefícios de um modelo de Atenção Psicossocial centrado nos usuários e integrado em rede, fornecendo pistas, como as facilidades, as barreiras e as estratégias identificadas nas entrevistas para a efetivação de um cuidado cada vez mais acessível, integral e humanizado na RAPS. Tem ainda o potencial de contribuir com a produção de evidências e de subsídios para o planejamento e a tomada de decisões por parte daqueles que têm o poder de as tomar, na perspectiva da translação do conhecimento, superando o entendimento da avaliação com caráter meramente descritivo ou punitivista. Em um nível macro, coopera com a divulgação de estratégias que podem vir a ser adotadas por outros sistemas de saúde.

Conclui-se, por fim, que não só é possível, como oportuno, avaliar se a atenção à saúde mental nos municípios funciona pela ótica da integralidade. Espera-se que os achados ora apresentados sejam difundidos e possam refletir na qualificação de profissionais e serviços de saúde e produzir ganhos em saúde e qualidade de vida à população, bem como respeito às diferenças, nos diversos cenários onde se faz a Atenção Psicossocial.

REFERÊNCIAS

- ACSELRAD, M.; TAVARES, D. B. A medicalização do sofrimento psíquico na cultura do hiperconsumo. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 34, e5825. 2022. <https://doi.org/10.22409/1984-0292/2022/v34/5825>.
- ALVES, D. S. Integralidade nas Políticas de Saúde Mental. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A., organizadores. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006.
- ALVES, C. K. A.; NATAL, S.; FELISBERTO, E.; SAMICO, I. Interpretação e Análise das Informações: O Uso de Matrizes, Critérios, Indicadores e Padrões. In: Samico, I; Felisberto, E; Figueiró, AC; Frias, PG. **Avaliação em Saúde: bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro, RJ. Editora Medbook, 2010.
- AMARAL, C. E. M.; BOSI, M. L. M. O desafio da análise de redes de saúde no campo da saúde coletiva. **Saúde e Sociedade**, v. 26, p. 424-434, 2017.
- AMARANTE, P. D. C. A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica. In AMARANTE, P. D. C. (Coord.). **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2003.
- AMARANTE, P. D. C. Reforma Psiquiátrica e Epistemologia. **Cad. Bras. Saúde Mental**, v. 1, n. 1, jan./abr. 2009.
- AMARANTE, P. D. C.; FREITAS, F. **Medicalização em Psiquiatria**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015.
- AMARANTE, P. D. C., TORRE, E. H. G. Madness and cultural diversity: innovation and rupture in experiences of art and culture from Psychiatric Reform and the field of Mental Health in Brazil. **Interface (Botucatu)**. Botucatu, v. 21, n. 63, p. 763-74, 2017.
- ARAÚJO, A.K.; TANAKA, O.Y. Evaluation of the reception process in mental healthcare in the central-western region of the municipality of São Paulo: analysis of the relationship between psychosocial care centers and primary healthcare units. **Interface (Botucatu)**. Botucatu, v. 16, n. 43, p. 917-28, out./dez. 2012.
- ARBEX, Daniela. **Holocausto brasileiro**. São Paulo: Geração Editorial, 2013.
- BANDEIRA M., PITTA, A.M.F., MERCIER, C. Escala de avaliação da satisfação dos usuários em serviços de saúde mental: SATIS-BR. **J Bras Psiquiatr**. v. 49, n. 8, p. 293-300, 2000.
- BARCELOS, K. R.; WANDEKOKEN, K. D.; DALBELLO-ARAUJO, M.; QUINTANILHA, B. C. A normatização de condutas realizadas pelas Comunidades Terapêuticas. **Saúde em Debate**, v. 45, p. 130-140, 2021.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009.

BASAGLIA, F. **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

BOING, E.; CREPALDI, M. A. O psicólogo na atenção básica: uma incursão pelas políticas públicas de saúde brasileiras. **Psicol. cienc.** vol.30, n.3, 2010.

BORGES, S. A. C.; ALMEIDA, M. D. Desafios para uma Reforma Psiquiátrica antimanicomial: Revisitando o manifesto de Bauru. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health**, [S. l.], v. 13, n. 37, p. 23–41, 2021.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Promulgada em 05 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, 1998.

BRASIL. **Lei nº 10.708, de 31 de julho 2003**. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Brasília, 2003a.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo técnico-assistencial em saúde mental. Brasília, 2001.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017**. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 1.727, de 24 de novembro de 2016**. Dispõe sobre a homologação do resultado final do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares - PNASH/Psiquiatria 2012/2014.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 52, de 20 de janeiro de 2004**. Institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS – 2004.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 106, de 11 de fevereiro de 2000**. Institui os serviços de Residenciais Terapêuticos.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria Nº 189 de 19 de novembro de 1991.** Aprova a inclusão de Grupos e Procedimentos da Tabela do SIH-SUS, na área de Saúde Mental (Hospitais Psiquiátricos).

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **I Conferência Nacional de Saúde Mental. Relatório Final.** Brasília: MS, 1988, 43p.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **II Conferência Nacional de Saúde Mental. Relatório Final.** Brasília: MS, 1994, 63p.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **III Conferência Nacional de Saúde Mental. Relatório Final.** Brasília: MS, 2001b, 68p.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersectorial. Relatório Final.** Brasília: Conselho Nacional de Saúde/MS, 2010, 210p.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. **Nota Técnica nº 11/2019.** Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Brasília: MS, 2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS. COORDENAÇÃO GERAL DE SAÚDE MENTAL. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.** Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE/ DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS. COORDENAÇÃO GERAL DE SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS. **Saúde Mental em Dados – 12.** Ano 10. Brasília: MS, 2015.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA EXECUTIVA/ COORDENAÇÃO NACIONAL DE DST/AIDS. **A Política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas.** Brasília, 2003b, 60p.

CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, 2003. p.569-584.

CASTILLO, E. G.; Ijadi-Maghsoodi, R.; Shadravan, S.; Moore, E.; Mensah, M. O.; Docherty, M.; ... & Wells, K. B. Community interventions to promote mental health and social equity. **Current psychiatry reports**, v. 21, p. 1-14, 2019.

CHAMPAGNE, F.; CONTANDRIOPOULOS, A. P., BROUSSELLE, A.; HARTZ, Z. DENIS, J. A avaliação no Campo da Saúde: Conceitos e Métodos. In: Brousselle, A. (org). **Avaliação: conceitos e métodos.** Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2011.

CHIAVERINI, D.H. *et al.* **Guia prático de matriciamento em Saúde Mental.** Brasília: Ministério da Saúde, Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

COELHO, V.; VOLPE, F.; DINIZ, S.; SILVA, E.; CUNHA, C. Alteração do perfil de atendimento dos hospitais psiquiátricos públicos de Belo Horizonte, Brasil, no contexto da reforma da assistência à saúde mental. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 19, n. 8, p. 3605-3616, 2014.

CONILL, E. M. Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1417-1423, set./out. 2004.

CONTANDRIOPOULOS, A. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 705-11, jul./set. 2006.

COSTA, P. H. A.; COLUGNATI, F. A. B.; RONZANI, T. M. Avaliação de serviços em saúde mental no Brasil: revisão sistemática da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 20, n. 10, p. 3243-3253, 2015.

CRESWELL, J. W.; CLARK, V. L. P. **Mixed Methods Search: Research Methods Series**. Publishing Think, 2015.

DANTAS, C.R.; ODA, A. M. G. R. Cartografia das pesquisas avaliativas de serviços de saúde mental no Brasil (2004-2013). **Physis**. v. 24, n. 4, p.1127-1179, 2014.

DIMENSTEIN, M., AMORIM, A. K. A., LEITE, J., SIQUEIRA, K., GRUSKA, V., VIEIRA, C., ...BEZERRIL, M. C. (2012). O atendimento da crise nos diversos componentes da rede de atenção psicossocial em Natal/RN. **Polis e Psique**. Porto Alegre, v. 2, n. 1, p. 95-127, 2012.

DOWBIGGIN, I. *Inheriting Madness: Professionalization and psychiatric knowledge in nineteenth-century France*. Berkeley: University of California Press, 1991.

FAGUNDES, S. M. S. **Águas da Pedagogia da Implicação: Intercessões da educação para políticas públicas de saúde**. Porto Alegre: Rede Unida, 2020. 458 p.

FAGUNDES, S. M. S. Exigências Contemporâneas. **Saúde Mental Coletiva**. Bagé, v. 2, n. 2, p. 2-4, 1995.

FOUCAULT, M. **História da loucura**. São Paulo: Editora Perspectiva, 1978.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

FULONE, I.; BARRETO, J. O. M.; BARBERATO-FILHO, S.; BERGAMASCHI, C. C.; SILVA, M. T.; LOPES, L. C. Improving Care for Deinstitutionalized People With Mental Disorders: Experiences of the Use of Knowledge Translation Tools. **Front Psychiatry**, n. 12: 575108, 2021 Ap.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ; FUNDAÇÃO CALOUSTE GULBENKIAN. Inovações e desafios em desinstitucionalização e atenção comunitária no Brasil. **Seminário Internacional de Saúde Mental: documento técnico final**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz/Fundação Calouste Gulbenkian, 2015.

FURTADO, J. P.; ONOCKO-CAMPOS, R.; TRAPÉ, T. L.; EMERICH, B. F.; SURJUS, L. T. L. S. Construção de Indicadores para a Avaliação de CAPS. In: Tanaka, O. Y.; Ribeiro, E. L.; Almeida, C. A. L. **Avaliação em saúde: contribuições para incorporação no cotidiano**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017.

FURTADO, J. P.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. A avaliação de programas e serviços de saúde no Brasil enquanto espaço de saberes e práticas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 12, p. 2643-2655, dez, 2014.

FURTADO, J. P.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Entre os campos científicos e burocráticos — a trajetória da avaliação em saúde no Brasil. In: Akerman, M.; Juarez Pereira Furtado, J. P. (org). **Práticas de avaliação em saúde no Brasil: diálogos**, 2016.

GADELHA, D. B. C.; CATANIO, P. A. G. Aplicação do conceito de integralidade em sua dimensão política no discurso da atenção psicossocial. **Diversitas Journal**, v. 6, n. 4, p. 3930-3948, 2021.

GIOVANELLA, L.; LOBATO, L. V. C.; CARVALHO, A. I.; CONILL, E. M.; CUNHA, E. M. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 60, p. 37-61, jan./abr. 2002.

GOMES, F. M. D. A.; CINTRA, A. M. D. O.; RICAS, J.; VECCHIA, M. D. Saúde mental infantil na atenção primária à saúde: discursos de profissionais médicos. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, p. 244-258, 2015.

GOMES, M. C. P. A.; PINHEIRO, R. Reception and attachment: integral practices in health care administration in large urban centers. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v. 9, n. 17, p. 287-301, mar./ago. 2005.

GUBA, E. G.; LINCOLN, Y. **Avaliação de quarta geração**. Campinas: Editora da Unicamp, 2011.

HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULOS, A. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. **Cad. Saúde Pública** [online], Rio de Janeiro, v. 20, suppl.2, p. S331-S336, 2004.

HILDRES, A.; SILVA, M. K. R. Apoio matricial: um caminho para a integração saúde mental e atenção primária. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 102, p. 572-581, jul./set. 2014.

IGLESIAS, A.; AVELLAR, L. Z. Matriciamento em Saúde Mental: práticas e concepções trazidas por equipes de referência, matriciadores e gestores. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.24, n.4, jan./abr. 2019.

INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION. Psychosocial risks and work-related stress [Internet]. Geneva: International Labour Organization (ILO): 1996-2024. Disponível em: https://www.ilo.org/global/topics/safety-and-health-at-work/areasofwork/workplace-health-promotion-and-well-being/WCMS_108557/lang-en/index.htm.

ITÁLIA, **Lei 180 de 13 de maio de 1978**. Controles e tratamentos sanitários voluntários e obrigatórios.

LEANDRO-FRANÇA, C.; MURTA, S. G. Prevenção e promoção da saúde mental no envelhecimento: conceitos e intervenções. **Psicologia: Ciência e profissão**, v. 34, p. 318-329, 2014.

LIMA, D. K. R. R.; GUIMARAES, J. Articulação da Rede de Atenção Psicossocial e continuidade do cuidado em território: problematizando possíveis relações. **Physis** [online]. Rio de Janeiro, v. 29, n. 3, p. 1 – 20, nov. 2019.

LIMA, M.; JUCÁ, V. J. S.; NUNES, M. O.; OTTONI, V. E. Signs, meanings and practices of crisis management in psychosocial care centers. **Interface (Botucatu)**. Botucatu, v.16, n.41, p.423-34, abr./jun. 2012.

LIRA, G. F. C.; OLIVEIRA, A. Desafios na sustentação dos princípios da luta antimanicomial. **Argum.**, Vitória, v. 15, n. 3, p. 111-125, 2023.

LOBOSQUE, A. M. Debatendo alguns desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4590-4602, 2011.

LOPES, S. M. **Avaliação da saúde mental na atenção básica**: construção de um instrumento avaliativo e sua aplicação em diferentes portes populacionais de municípios brasileiros. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Florianópolis, 2021.

MACEDO, J. P.; ABREU, M. M.; FONTENELE, M. G.; DIMENSTEIN, M. A regionalização da saúde mental e os novos desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 155-170, 2017.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. In: Pinheiro, R. e Mattos, R. A. (Orgs.). **Os Sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006, p. 43 – 68.

MENDES, E., V. As Redes de Atenção à Saúde. **Ciênc. Saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

MENÉNDEZ, E. L. Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes. **Estudios sociológicos**, p. 37-67, 1998.

MERHY E. E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2005.

MINAYO, M. C. S. Conceito de avaliação por triangulação de métodos. In: Minayo M. C. S., Assis S. G., Souza E. R. **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R.; CONSTANTINO, P.; SANTOS, N. C. Métodos, técnicas e relações em triangulação. In: Minayo M. C. S., Assis S. G., Souza E. R.

Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

MOREIRA, T. Participação, deliberação e políticas públicas: a dinâmica das Conferências Nacionais de Saúde Mental. **Cadernos Gestão Pública e Cidadania**, São Paulo, v. 19, n. 65, p. 228-241, jul./dez. 2014.

NASI, C.; Cardoso, A. S. F.; Schneider, J. F.; Olschowsky, A; Wetze, C. Conceito de integralidade na atenção em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica. **Rev. Min. Enferm.**; Belo Horizonte, v. 13, n. 1, p. 139-146, jan./mar., 2009.

OLIVEIRA, I. C.; CUTOLO, L. R. A. Integralidade: algumas reflexões. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, n. 42, v. 3, p. 146-152, 2018.

OLIVEIRA, M. A. N. Do desencadeamento psicótico à retomada do laço social: a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) como dispositivo estratégico. **Revista Mental**, Barbacena, v. 14, n. 26, p. 1-16, 2022.

OLIVEIRA, S. R. A. Redes sociotécnicas e translação do conhecimento. **Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical**, Lisboa, n. 17, p. 97-104, 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Relatório Mundial da Saúde. **Saúde Mental: nova concepção, nova esperança**. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde, OMS, 2001.

PAGLIOSA, F. L.; DA ROS, M. A. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 32 n. 4, p. 292-299, out./dez. 2008.

PAIM, J. S.; SILVA, L. M. V. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. **I Boletim do Instituto de Saúde**. Instituto de Saúde, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, 2010.

PANDE, M. N. R.; AMARANTE, P. D. C. Desafios para os Centros de Atenção Psicossocial como serviços substitutivos: a nova cronicidade em questão. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 2067-2076, 2011.
<https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000400006>.

PASSOS, R.G. “Holocausto ou Navio Negreiro?”: inquietações para a Reforma Psiquiátrica brasileira. **Argum**, Vitória, n. 10, v. 3, p.10-22, 2018.

PEDUZZI, M. A articulação de enfoques quantitativos e qualitativos na avaliação em saúde: contemplando a complexidade dos objetos. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, n. 4, v. 7, p. 126-128, ago, 2000.

PEREIRA, D. B.; COIMBRA, V. C. C.; KANTORSKI, L. P.; OLIVEIRA, M. M. SOARES, M. C. S.; SCHRADER, G.A integralidade no cotidiano das práticas em um Centro de Atenção Psicossocial. **Cogitare Enferm**, Curitiba, v. 16, n. 3, p. 430-436, jul./set. 2011.

PITTA, A. M. F. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. **Ciênc. Saúde Colet.**, São Paulo, v. 16, n. 12, p. 4579-4589, 2011.

RIO GRANDE DO SUL, **Lei nº 9.716**, de 07 de agosto de 1992. Dispõe sobre a Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul, determina a substituição progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos por rede de atenção integral em saúde mental, determina regras de proteção aos que padecem de sofrimento psíquico, especialmente quanto às internações compulsórias e dá outras providências.

SANCHES, V. N. L.; AMARANTE, P. D. D. C. Estudo sobre o processo de medicalização de crianças no campo da saúde mental. **Saúde em Debate**, v. 38, p. 506-514, 2014.

SANCHES, L. R.; VECCHIA, M. D. Reabilitação psicossocial e reinserção social de usuários de drogas: revisão da literatura. **Psicol. Soc.**, Recife, v. 30, n. 14, 2018.

SANDER, J. A caixa de ferramentas de Michel Foucault, a reforma psiquiátrica e os desafios contemporâneos. **Psicol. Soc.**, Recife, v. 2, n. 2, p. 382-387, mai./ago. 2010.

SANTOS, R. B.; ZAMBENEDETTI, G. Compreendo o processo de medicalização contemporânea no contexto da saúde mental. **Salud & Sociedad**, v. 10, n. 1, p. 22-37, 2019.

SILVA, N. S.; MELO, J. M.; ESPERIDIÃO, E. Avaliação dos serviços de assistência em saúde mental Brasileiros: revisão integrativa da literatura. **Rev. Min. Enferm.** v. 6, n. 2, p. 280-288, abr./jun., 2012.

SOUZA, I. J. A avaliabilidade das ações e serviços de atenção psicossocial sob a perspectiva da integralidade. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Florianópolis, 2020.

SOUZA, I. J.; WEBER, L.; LOPES, S. M.; COLUSSI, C. F.; NICKEL, D. A. (2021). Avaliação de Serviços de Atenção Psicossocial no Brasil: Uma revisão integrativa de literatura. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 13, n. 37, p. 91-112, 2021.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO/ Ministério da Saúde, 2004, 726p.

TANAKA, O.Y. Avaliação em Saúde: Novos Tempos, Novas Construções. In: Tanaka, O. Y.; Ribeiro, E. L.; Almeida, C. A. L. **Avaliação em saúde: contribuições para incorporação no cotidiano**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017.

TANAKA, O.Y.; MELO, C. **Avaliação de Programas de Saúde do Adolescente: Um modo de fazer**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2004.

TEIXEIRA, M. O. L. Pinel e o nascimento do alienismo. **Estud. pesquis. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 540-560, 2019.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 9, p. 25-59, 2002.

TRAPÉ T.L.; ONOCKO-CAMPOS R. The mental health care model in Brazil: analyses of the funding, governance processes, and mechanisms of assessment. **Rev Saúde Pública**, v. 51, n. 19, p. 1-8, 2017.

TRAPÉ T. L.; ONOCKO-CAMPOS R., GAMA C. A. P. Mental health network: a narrative review study of the integration assistance mechanisms at the Brazilian National Health System. **Int J Health Sci**, v. 3, p. 45-53, 2015.

WHO. **Depression and Other Common Mental Disorders Global Health Estimates**. Geneva: World Health Organization, 2017.

WHO. **Mental health action plan 2013-2020**. Geneva: World Health Organization, 2013.

WHO. **Promoting Mental Health**. Geneva: World Health Organization, 2004.

WHO. **The top 10 causes of death** [Internet]. Disponível em <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>. Geneva: World Health Organization, 2020.

WHO. **World Mental Health Report: Transforming mental health for all**. Geneva: World Health Organization, 2022.

YASUI, S. **Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira [online]**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010, 190 p. Loucura & Civilização collection.

YIN, R. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 4ª ed. São Paulo: Bookman, 2010.

ZAPPELLINI, M. B.; FEUERSCHÜTTE, S. G. O Uso da Triangulação na Pesquisa Científica Brasileira em Administração. **Administração: Ensino e Pesquisa**, v. 16, n. 2, p. 241-273, 2015.

APÊNDICE A - Avaliação de serviços de atenção psicossocial no Brasil: uma revisão integrativa de literatura

Evaluation of Psychosocial Care Services in Brazil: an integrative literature review

Ian Jacques de Souza
Larissa Weber
Sued Macedo Lopes
Claudia Flemming Colussi
Daniela Alba Nickel

Resumo:

A Reforma Psiquiátrica (RP) transformou o arcabouço jurídico e o universo técnico-assistencial no campo da saúde mental. A avaliação neste campo, contudo, mostra-se menos comum que em outras áreas. O objetivo deste artigo é revisar os estudos avaliativos dos serviços integrantes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), publicados de 2011 a 2019. Foram selecionados 46 artigos, analisados por pares, considerando ano, local, serviços, metodologia, natureza e forma de coleta dos dados e o perfil dos participantes envolvidos nas avaliações. Os serviços mais avaliados foram os Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), em especial os que oferecem cuidado a questões relacionadas ao álcool e outras drogas (CAPS AD), e a perspectiva psicossocial prevaleceu frente ao modo asilar. Sobressaiu-se a abordagem qualitativa com dados primários, obtidos em sua maioria através de entrevistas, observações e escalas de satisfação, as quais mostraram usuários/famíliares satisfeitos, com possível viés de gratidão. Conclui-se que estudos avaliativos contribuem com a qualificação da RAPS e a proteção das conquistas já alcançadas, especialmente quando apresentam metodologia participativa.

Palavras-chave: Avaliação em Saúde; Serviços de Saúde Mental; Assistência à Saúde Mental.

Abstract:

The Psychiatric Reform transformed the legal framework and the technical-assistance universe in the field of mental health. Evaluation in this field, however, is less common than in other areas. The purpose of this article is to review evaluative studies of health services that compose the Psychosocial Care Network (RAPS), published from 2011-2019. A total of 46 articles were selected, and analyzed by peers, considering year, place, services, methodology, data collection and participants. The services most taken were the Psychosocial Care Center (CAPS), and those who offers care for issues related to alcohol and other drugs (CAPS AD), and a psychosocial perspective prevailed in the asylum mode. The qualitative approach with primary data was highlighted, mostly withdrawn through interviews, observation and satisfaction scales, which resulted in pleased users / family members, with a possible gratitude bias. It is concluded that evaluative studies contribute to the qualification of the RAPS and the protection of historic achievements, especially when they present participatory methodology.

Keywords: Health Evaluation; Mental Health Services; Mental Health Assistance.

1 INTRODUÇÃO

O histórico da atenção à Saúde Mental no Brasil é marcado por uma perspectiva de exclusão e reclusão em manicômios. Mudanças substanciais neste paradigma foram propostas por movimentos sociais, especialmente a partir de 1970, resultando em um processo conhecido como RP, que, aliada à Reforma Sanitária, provocou transformações no arcabouço jurídico e no universo técnico-assistencial do cuidado em saúde mental (AMARANTE E NUNES, 2018).

A Lei 10.216/01, marco legal da Política de Saúde Mental, difundiu um ideal pautado pela atenção territorial, de base comunitária e substitutiva ao hospital psiquiátrico (BRASIL, 2001). Fato que concedeu maior destaque à Atenção Básica (AB) no cuidado em saúde mental e promoveu o aumento de investimentos financeiros federais em serviços substitutivos, como os CAPS (BRASIL, 2015).

A expansão dos serviços substitutivos e a necessidade de articulá-los entre si resultou na criação da RAPS (BRASIL, 2011). Porém, contrariando o movimento contra hegemônico desencadeado pela RP, o Governo Federal a partir de 2016 passou a fazer modificações que promoveram um novo fortalecimento do modelo manicomial (DELGADO, 2019).

Um campo de transformações e disputas, com alta prevalência de transtornos mentais na população brasileira (WHO, 2018), constitui um cenário relevante para a avaliação em saúde. Assim, como os serviços da RAPS vem sendo avaliados? O presente estudo teve como objetivo revisar as produções científicas brasileiras de avaliação dos serviços que compõem a RAPS, publicadas de 2011 a 2019.

3 METODOLOGIA

A revisão integrativa de literatura investigou a produção acadêmica de avaliações em serviços de Atenção Psicossocial e considerou seus pressupostos teórico-metodológicos. Iniciou-se pela elaboração do problema de pesquisa, seguida pela coleta dos dados, e análise dos resultados (BOTELHO, CUNHA E MACEDO, 2011; MENDES, SILVEIRA E GALVÃO, 2008).

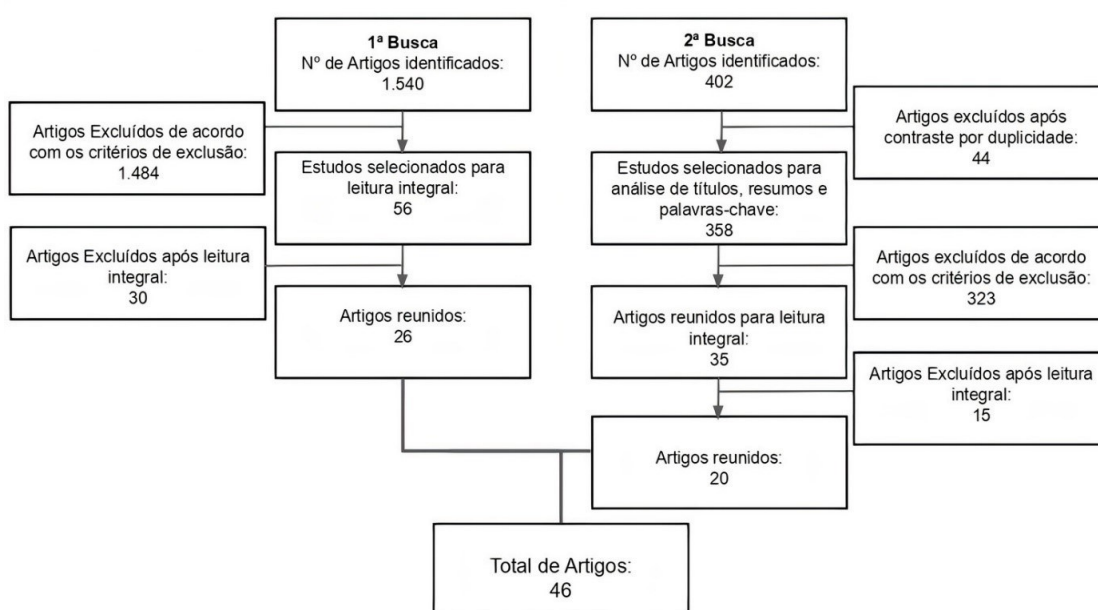
A busca foi realizada na base de dados da Biblioteca Virtual de Saúde: Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Índice Bibliográfico Español em Ciencias de la Salud (IBECS) e Scientific Electronic Library Online (SciELO), entre janeiro e março de 2019. Consideraram-se os seguintes descritores, retirados da plataforma de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Serviços de Saúde Mental; Atenção Psicossocial; Rede de Atenção Psicossocial, *and* Avaliação; Avaliação em Saúde; Avaliação de Serviços de Saúde.

Os critérios de inclusão foram: 1) pesquisas avaliativas tendo como objeto os serviços de saúde mental brasileiros; 2) estudos realizados após a regulamentação da Lei 3.088/2011; e 3) estudos em Português, Espanhol ou Inglês. Os critérios de exclusão

foram: 1) artigos não declaradamente de cunho avaliativo; 2) trabalhos de intuito psicométrico ou avaliação psicológica; e 3) artigos de acesso restrito mediante pagamento.

A busca inicial reuniu 1.540 artigos. A partir da análise dos títulos, dos resumos e das palavras-chave, e aplicando-se os demais critérios de exclusão, restaram 56 artigos para leitura integral. A identificação de trabalhos não contemplados motivou uma segunda busca com novos descritores: avaliação de serviços de saúde, avaliação dos serviços, *and*, atenção psicossocial, saúde mental, rede de atenção psicossocial. 1.947 artigos foram reunidos, aos quais foram aplicados os mesmos procedimentos, restando 35 novos artigos. Após leitura integral restaram por fim 46 artigos, conforme processo de seleção exposto na Figura 1.

Figura 1- Processo de seleção dos Artigos utilizados



Fonte: Os autores (2020).

4 RESULTADOS

As informações de autoria, ano da publicação, objeto da avaliação, local e tipo de estudo são apresentados no Quadro 1.

Quadro 4- Estudos de avaliação de serviços de saúde na RAPS no Brasil, 2011 a 2019.

Autores, ano	Objeto	Local	Tipo de estudo
Bessa, Araújo Filho, Azevedo, Salvetti e Torres (2019)	CAPS I	Oeste do RN	Estudo avaliativo com delineamento não experimental

Duarte, Pereira, Olschowsky e Carvalho (2019)	CAPS AD III	Oeste do RS	Avaliação de 4ª geração, abordagem hermenêutica-dialética
Soares, Farinasso, Golçalves, Machado, Mariano, Santos (2019)	CAPS III	Londrina-PR	Estudo correlacional
Costa, Ronzani e Colugnati (2018)	CAPS AD	Juiz de Fora- MG	Exploratório de corte transversal
Silva, Lima e Ruas (2018)	CAPS II, III, IJ, AD e AD III	MG	Estudo transversal e correlacional
Alves, Kantorski, Coimbra, Christello e Silveira (2017)	CAPS	Alegrete-RS	Estudo de caso, participativo, hermenêutico-dialético
Azevedo, Salvetti e Torres (2017)	CAPS	RN	Estudo transversal. Avaliação normativa
Bosque, Oliveira, Silva, Claro e Fernandes (2017)	CAPS AD	AP	Estudo descritivo, transversal
Buriola, Marcon, Kantorski e Matsuda(2017)	Emergência psiquiátrica de HG	local não referido	Estudo de caso. Avaliação de 4ª geração
Eslabão, Coimbra, Kantorski, Guedes, Nunes, Demarco (2017)	ESF	Pelotas – RS	Estudo descritivo e exploratório
Guedes, Olschowsky, Kantorski e Antonacci, (2017)	CAPS II	SC	Pesquisa qualitativa, avaliação de 4ª geração
Moreira e Onocko-Campos (2017)	CAPS	Baixada Santista- SP	Estudo de caso. Avaliação de 4ª geração
Onocko-Campos, Furtado, Trapé, Emerich e Surjus, (2017)	CAPS III	SP	Não é mencionado

Pagliace, Maftum, Lacerda, Kantorski, Nimtz e Brusamarello (2017)	Unidade Infantil de HG	Oeste do PR	Estudo de caso. Avaliação de 4ª geração
Pinho, Silva, Siniak, Folador e Araújo (2017)	CAPS AD	Região metropolitana de Porto Alegre – RS	Estudo de caso. Pesquisa avaliativa baseada na 4ª geração
Pinho, Wetzel, Schineider, Olschowsky, Camatta, Kohlraush, Santos, Eslabão (2017)	CAPS AD e outro ponto da rede	Região metropolitana de Porto Alegre – RS	Estudo de caso
Pinho e Siniak (2017)	CAPS AD	Viamão – RS	Recorte de estudo de caso
Silva e Lima (2017a)	CAPS	Médio Paraopeba-MG	Estudo transversal
Silva e Lima (2017b)	CAPS I, II, III, AD e IJ	Médio Paraopeba-MG	Avaliação normativa
Surjus e Onocko-Campos (2017)	CAPS III	SP	Não é mencionado
Resende, Bandeira e Oliveira (2016)	CAPS III	São João del Rei-MG	Não é mencionado
Costa, Colugnati e Ronzani (2015)	Serviços de SM	Brasil	Revisão de literatura
Duarte, Viana e Olschowsky (2015)	CAPS AD	Fronteira Oeste-RS	Avaliação construtivista, responsiva, abordagem hermenêutico-dialética
Thiengo, Fonseca, Abelha e Lovisi (2015)	CAPS IJ	Rio de Janeiro-RJ	Estudo epidemiológico seccional

Dantas e Oda (2014)	Serviços de SM	Brasil	Levantamento bibliográfico
Azevedo, Oliveira, Melo, Salvetti, Vasconcelos (2015)	CAPS III	Caicó- RN	Pesquisa avaliativa e descritiva
Kantorki, Cortes, Guedes, Franchini e Demarco (2014)	SRT	Caxias do Sul-RS	Estudo de caso. Avaliação de 4ª geração, hermenêutico-dialética
Miranda, Souza e Ferreira (2014)	Ambulatório de SM	Rio Branco-AC	Estudo transversal
Santos e Cardoso (2014)	Serviço de internação parcial	Interior de SP	Não é mencionado
Antonacci, Kantorski, Willrich, Argiles, Coimbra, Bielemann (2013)	SRT	Alegrete – RS	Estudo descritivo e transversal. Avaliação de 4ª geração. Estudo de caso.
Kantorski, Jardim e Quevedo (2013)	CAPS I e CAPS II	Região Sul-BR	Estudo descritivo
Ramos e Guimarães (2013)	Hospital referência em Psiquiatria	RN	Pesquisa exploratória e descritiva
Araujo e Tanaka (2012)	CAPS adulto e UBS	São Paulo-SP	Hermenêutica filosófica
Kohlrausch (2012)	ESF	Porto Alegre- RS	Avaliação de 4ª geração
Oliveira, Andrade e Goya (2012)	CAPS II e CAPS AD	Fortaleza-CE	Estudo exploratório
Onocko-Campos, Campos, Ferrer, Correa, Madureira, Gama, Dantas,	UBS	Campinas, SP	Estudo avaliativo hermenêutica gadameriana, descritivo, transversal

Nascimento (2012)			
Silva, Bandeira, Scalon e Quaglia, (2012)	Serviços de SM	local não referido	Estudo transversal, correlacional. Pesquisa avaliativa, somativa
Silva, Melo e Esperidião (2012)	Serviços de SM	Brasil	Revisão de literatura
Brêda, Ribeiro, Silva, Silva e Costa (2011)	CAPS I e CAPS II	AL	Estudo de Caso
Camatta, Nasi, Adamoli, Kantorski e Schneider (2011)	CAPS II	Porto Alegre- RS	Avaliação de 4ª geração
Onocko-Campos e Baccari (2011)	CAPS III	Campinas-SP	Avaliação de abordagem hermenêutico-crítica
Duarte e Kantorski (2011)	CAPS I	Extremo Sul- RS	Avaliação de 4ª geração. Estudo descritivo e analítico.
Oliveira, Guedes, Oliveira e Lima Júnior (2011)	ESF e CAPS II	Cajazeiras, PB	Estudo exploratório
Pinho, Kantorski, Wetzel, Schwartz, Lange, Zillmer (2011)	CAPS	Joinville-SC	Avaliação de 4ª geração
Vinha (2011)	Serviços para dependentes químicos	Piracicaba-SP	Não é mencionado
Wetzel, Kantorski, Olschowsky, Schneider e Camatta (2011)	CAPS	Pelotas-RS	Método Comparativo Constante

Fonte: Os autores (2020). *Legenda:* AD=álcool e outras drogas; LJ=Infanto-juvenil; UBS=Unidade Básica de Saúde; SM=Saúde Mental; ESF= Estratégia de Saúde da Família; SRT= Serviço Residencial Terapêutico; HG= Hospital Geral.

Os estudos foram publicados principalmente entre 2011 e 2017, majoritariamente nas regiões brasileiras Sul e Sudeste, com destaque para a produção de

13 (28,3%) estudos no RS. O ponto de atenção mais avaliado foi o CAPS, sendo o CAPS AD com maior frequência (n=9; 19,5%). A Tabela 1 apresenta a distribuição de frequência com que cada modalidade de CAPS foi avaliada.

Tabela 1- Distribuição das modalidades de CAPS avaliados

MODALIDADE DE CAPS AVALIADO*	QUANTIDADE (%)
CAPS AD	9 (19,5%)
CAPS III	8 (17%)
CAPS II	8 (17%)
CAPS I	6 (10,9%)
CAPS IJ	3 (6,5%)
CAPS AD III	2 (4,3%)

Fonte: Os autores (2020).

*Sete estudos (15%) não especificaram a modalidade de CAPS avaliado.

Em menor proporção, outros pontos de atenção da RAPS também foram avaliados: SRT e UBS foram avaliados em dois estudos cada (4,3%), enquanto ESF, Ambulatório de Saúde Mental, Emergência Psiquiátrica de HG, Hospital de referência para o atendimento em Psiquiatria e Unidade Infantil de HG foram avaliados uma vez cada (2,2%). Identificou-se ainda cinco (10,9%) estudos que não descreveram o serviço avaliado.

Quanto ao tipo de estudo, dez (21,7%) foram classificados como estudo de caso, nove (19,6%) como estudo transversal e seis (13,0%) como descritivo. Predominaram estudos de abordagem qualitativa (n=26; 56,5%) e com dados primários (n=36; 78,3%), conforme apresentado na Tabela 2.

Tabela 2 - Distribuição dos estudos segundo abordagem e natureza dos dados utilizados.

Abordagem	Natureza dos dados			Total
	Primário	Secundário	Ambos	
Quantitativa	13	1	0	14
Qualitativa	21	2	3	26

Quanti-quali	2	3	1	6
Total	36	6	4	46

Fonte: Os autores (2020).

Dezenove artigos (41,3%) foram descritos como estudos avaliativos na metodologia, 14 (30,4%) dos quais referiram se tratar de avaliações de quarta geração, ainda que nem todos tenham evidenciado participação das partes interessadas em todas as etapas da avaliação, ou apresentado juízo de valor.

Tabela 3 - Distribuição dos estudos segundo emissão de juízo de valor e participação das partes interessadas.

Juízo de Valor	Participativo		Total
	Sim	Não	
Sim	3	6	9
Não	15	19	34
Total	18	25	43

Fonte: Os autores (2020).

A principal forma de levantamento de dados foi a entrevista (n=24, 52,2%), seguida por observações (n=18, 39,1%) e instrumentos de medida baseados em escalas (n=9, 19,6%), principalmente ligadas à satisfação. Quanto à população de estudo, os trabalhadores foram abordados em 27 (58,7%) dos artigos, os usuários em 19 (41,3%), os familiares em 16 (34,8%) e os gestores em dez (21,7%). Mais da metade (52,0%) abordou exclusivamente um dos grupos, e três estudos (6,5%) abordaram os quatro grupos.

5 DISCUSSÃO

Se enaltece o esforço empenhado para avaliar os serviços da RAPS, principalmente CAPS, bem como o número de estudos identificados com a perspectiva psicossocial. Além disso, a expansão do número de estudos avaliativos, que teve seu auge em 2017, contribui para a sistematização do campo, construção de políticas públicas e produção de evidências.

A concentração dos estudos avaliativos nas regiões Sul e Sudeste está coerente com a distribuição regional dos grupos de pesquisas avaliativas no Brasil (CRUZ, OLIVEIRA E CAMPOS, 2019), e com os resultados de outras revisões de literatura sobre o tema (COSTA *et al.*, 2015; DANTAS E ODA, 2014; SILVA *et al.*, 2012). Destaca-se a indução exercida pelo CNPq e Ministério da Saúde ao projeto CAPSUL (BRASIL, 2005).

Historicamente, a avaliação foi classificada em quatro gerações: medir/mensurar; descrever; emitir juízo de valor com critérios e parâmetros; e posteriormente, agregou a participação ao processo avaliativo, compreendidas como processo hermenêutico-dialético (GUBA e LINCOLN, 2011). No campo da saúde, a avaliação deve implicar na participação de diversos atores na produção conjunta de sentidos e significados do cotidiano (SANTOS FILHO, 2014).

Nas avaliações revisadas, os trabalhadores participaram de um maior número de estudos. Ainda assim, destacam-se três avaliações de CAPS AD que envolveram os quatro grupos de interesse (PINHO *et al.*, 2017a; PINHO *et al.*, 2017b; PINHO E SINIAK, 2017). Parte dos estudos com trabalhadores focaram em questões de estrutura, pertinentes ao espaço físico e às condições de trabalho. Tais dificuldades ajudam a endossar a necessidade de maior financiamento da Política de Saúde Mental do país, como demonstrado por outros autores (MACEDO *et al.*, 2017; TRAPÉ E ONOCKO-CAMPOS, 2017).

Quanto à participação dos usuários e familiares, observou-se uma maior ocorrência em pesquisas de satisfação. Seus resultados comumente indicam pessoas satisfeitas, mesmo quando não oferecido o cuidado adequado. A elevação das taxas de satisfação poderia ser explicada pelo viés de gratidão, dado a tendência de omissão de críticas, especialmente ao avaliar serviços públicos e/ou profissionais com quem têm vínculos (ESPERIDIÃO e TRAD, 2005; STANISZEWSKA e AHMED, 1999; BERNHART *et al.*, 1999).

A avaliação de quarta geração tende a diminuir esse viés, pois requer a inclusão e o compromisso dos grupos de interesse em todas as etapas do processo avaliativo. Alguns dos estudos analisados mostraram-se alinhados com a perspectiva de quarta geração de caráter hermenêutico-dialético. No entanto, observaram-se divergências quanto ao recorte e à aplicação do estudo, a carência de elementos como a definição ou explicitação de critérios, indicadores, parâmetros e emissão de juízo de valor, além de não declarar a presença dos participantes em todas as etapas.

De um modo geral, os estudos avaliativos no campo da Atenção Psicossocial têm características mais próximas das três primeiras gerações de avaliação, podendo apresentar limitações como: tendência ao gerencialismo; incapacidade de acomodar o pluralismo de valores e comprometimento exagerado ao paradigma científico de investigação (GUBA e LINCOLN, 2011). Alternativamente, defende-se a proposição de estudos embasados em um processo construtivista, responsivo, interativo, e que tenha sentido formativo e transformador, a provocar mudanças significativas para melhoria do sistema, e não somente um instrumento burocrático (KANTORSKI *et al.*, 2014; WETZEL *et al.*, 2011).

A participação dos usuários e familiares na construção e implementação das políticas públicas na área da saúde mental é elemento fundamental do processo de RP no Brasil (YASUI, 2010). Há que se avançar no protagonismo desses atores, de forma que seu papel nos processos avaliativos vá além de respondentes de escalas. Iniciativas de avaliação participativa contribuem como ferramentas de gestão democrática, o que contribui com a solidez do modelo de atenção. Exemplo disso seria a participação de usuários e familiares na elaboração de um Índice da Atenção Psicossocial, com

indicadores que representem os principais componentes da Política de Saúde Mental, como meio de subsidiar a qualificação das práticas de cuidado neste âmbito (TRAPÉ e ONOCKO-CAMPOS, 2017).

Esperava-se encontrar maior número de avaliações de relações entre os pontos da RAPS. Ainda que a AB se caracterize como um serviço essencial da rede (BRASIL, 2011), e apesar da expressiva procura por serviços na AB motivada de problemas psíquicos (ONOCKO-CAMPOS *et al.*, 2011), apenas três estudos avaliaram o cuidado em saúde mental em UBS ou ESF. Além disso, nenhum estudo avaliou Consultórios na Rua, Centros de Convivência e Núcleos Ampliados de Saúde da Família, serviços que potencializam o cuidado em saúde mental na AB e na RAPS.

Tais avaliações poderiam contribuir na desconstrução da ideia de que o cuidado em saúde mental se faz exclusivamente nos serviços especializados. Visto que os CAPS não abrangem todos os municípios brasileiros de pequeno porte, mesmo que se configurem como serviços estratégicos, a AB constitui o principal ou o único componente da RAPS a ofertar cuidado em saúde mental em muitos locais.

Dados de 2016 indicavam que os estados do Acre, Tocantins e Roraima não contavam com CAPS IJ e CAPS AD, e os CAPS AD III são ainda menos numerosos (MACEDO *et al.*, 2017). O que poderia ajudar a compreender a baixa avaliação de tais modalidades em relação às demais.

Quanto às limitações desse estudo, considera-se que elas perpassam o fato de que os descritores utilizados pelos autores nem sempre correspondem à essência dos artigos, haja vista a necessidade de realizar uma segunda rodada de buscas. Além disso, as informações fornecidas nos títulos, resumos e na metodologia eventualmente não são suficientes para classificar/caracterizar os artigos encontrados. De outra parte, estima-se que alguns serviços podem ter realizado avaliações sem a intencionalidade de divulgar os resultados em publicações científicas. O acesso a tais avaliações poderia ter enriquecido o estudo.

6 CONCLUSÃO

Este artigo oferece um panorama das pesquisas avaliativas brasileiras em serviços da RAPS, sobretudo suas características metodológicas e os serviços avaliados. Por um lado, podemos enaltecer a capacidade dos pesquisadores em utilizar metodologias de acordo com as características dos contextos estudados, por outro, são percebidas dificuldades na concepção e operacionalização dos estudos. O desafio posto perpassa a proposição e estruturação de pesquisas avaliativas como um todo, por roteiros ou modelos que permitam certa inventividade e consistência teórico-metodológica (FERNANDES, RIBEIRO e MOREIRA, 2011).

Ao evidenciar as fortalezas dos serviços componentes da RAPS, os estudos avaliativos cumprem importante papel a favor do campo da Atenção Psicossocial, que vêm sofrendo ataques desde 2016. Exemplo disso é a expressiva quantidade de estudos que tomaram os CAPS como objeto, demonstrando o papel estratégico que eles ocupam na RAPS.

Por fim, percebeu-se o quanto é preciso avançar no debate acerca da construção de indicadores, medidas e parâmetros que conduzam à uma avaliação operativa dos serviços, de modo que seus resultados subsidiem o planejamento e avanço da RP. Importa também que esta construção seja coletiva e envolva a participação dos distintos atores e que os resultados encontrados sejam transmitidos de maneira acessível. Com isso, dar-se-á um valioso passo em direção à qualificação e à consolidação do modelo da Atenção Psicossocial na Política de Saúde Mental brasileira, na garantia de proteção das conquistas democráticas celebradas até o momento.

REFERÊNCIAS

- ALVES, P. F.; KANTORSKI, L. P.; COIMBRA, V. C. C.; OLIVEIRA, M. M.; SILVEIRA, K. L. Indicadores qualitativos de satisfação em saúde mental. *Saúde debate*, 41(spe), 50-59, mar. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042017s05>. Acesso em: 16 jul. 2019.
- AMARANTE, P.; NUNES, M. O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciênc. Saúde coletiva*, 23(6), 2067-2074, jun. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>. Acesso em: 16 jul. 2019.
- ANTONACCI, M. H.; KANTORSKI, L. P.; WILLRICH, J. Q.; ARGILES, C. T. L.; COIMBRA, V. C. C.; BIELEMANN, V. L. M. Estrutura e fluxo da rede de saúde como possibilidade de mudança nos serviços de atenção psicossocial. *Rev. Esc. Enferm. USP*, 47(4), 891-898, ago. 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420130000400017>. Acesso em: 16 jul. 2019.
- ARAUJO, A. K.; TANAKA, O. Y. Avaliação do processo de acolhimento em Saúde Mental na região centro-oeste do município de São Paulo: a relação entre CAPS e UBS em análise. *Interface (Botucatu)*, 16(43), 917-928, dez. 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832012005000054>. Acesso em: 16 jul. 2019.
- AZEVEDO, D. M.; OLIVEIRA, A. M.; MELO, G. S. M.; SALVETTI, M. G.; VASCONCELOS, Q. L. D. A. Q.; TORRES, G. V. Avaliação da assistência em saúde num centro de atenção psicossocial na perspectiva dos profissionais. *Revista Brasileira de Pesquisa Saúde*, 16(2), 109-116, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.21722/rbps.v0i0.9293>. Acesso em: 16 jul. 2019.
- AZEVEDO, D. M.; SALVETTI, M.; TORRES, G. V. Qualidade da assistência em saúde mental: desenvolvimento de um instrumento de avaliação. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, 7, 1-10, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.19175/recom.v7i0.1685>. Acesso em: 16 jul. 2019.
- BERNHART, M. H.; WIADNYANA, I. G. P.; WIHARDJO, H.; POHAN, I. Patient satisfaction in developing countries. *Soc Sci Med.*, 48(8), 989-996, 1999. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(98\)00376-1](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(98)00376-1). Acesso em: 16 jul. 2019.
- BESSA, M. S.; ARAÚJO FILHO, J. D.; AZEVEDO, D. M.; SALVETTI, M. G.; TORRES, G. V. Avaliação de resultados da assistência em saúde mental por usuários. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, 23(1), 89-96, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.22478/ufpb.2317-6032.2019v23n1.32173>. Acesso em: 16 jul. 2019.
- BOSQUE, R. M.; OLIVEIRA, M. A. F.; SILVA, N. N.; CLARO, H. G.; FERNANDES, I. F. A. L. Satisfação dos trabalhadores, usuários e familiares dos Centros De Atenção Psicossocial em álcool e outras drogas. *Revista de enfermagem da UFPE*, 11(11), 4598-4606, 2017. Disponível

em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i1a231199p4598-4606-2017>. Acesso em: 16 jul. 2019.

BOTELHO, L. L. R.; CUNHA, C. C. A.; MACEDO, M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. *Gestão e Sociedade* [Internet], Belo Horizonte, 5(11):121-136, mai. ago. 2011 Disponível em: <https://www.gestaoesociedade.org/gestaoesociedade/article/view/1220>. Acesso em: 20 dez. 2020.

BRASIL. *Edital MCT-CNPq / MS-SCTIE-DECIT / CT-Saúde – N° 07/2005*. Seleção pública de propostas para apoio às atividades de pesquisa direcionadas ao estudo de Saúde Mental. Brasília: MS, 2005. Disponível em: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/agosto/20/saude-mental2005.pdf>. Acesso em: 16 jul. 2019.

BRASIL. *Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011*. Rede de Atenção Psicossocial. Brasília, DF: MS, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 16 jul. 2019.

BRASIL. Presidente da República. *Lei n. 10.216, de 06 de abril de 2001*. Proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília: DF, 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm#:~:text=LEI%20No%2010.216%2C%20DE,modelo%20assistencial%20em%20sa%C3%BAde%20mental. Acesso em: 16 jul. 2019.

BRASIL. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. *Saúde Mental em Dados – 12, Ano 10, n° 12*. Brasília, 2015. Disponível em: https://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf. Acesso em: 16 jul. 2019.

BRÊDA, M. Z.; RIBEIRO, M. C.; SILVA, P. P. A. C.; SILVA, R. C. O.; COSTA, T. F. Avaliação dos centros de atenção psicossocial do estado de alagoas: a Opinião do usuário. *RevRene*, 12(4), 817-24, out/dez. 2011. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/4348/3334>. Acesso em: 16 jul. 2019.

BURIOLA, A. A.; MARCON, S. S.; KANTORSKI, L. P.; MATSUDA, L. M. Compreendendo a dinâmica assistencial do serviço de emergência psiquiátrica utilizando a avaliação de quarta geração. *Revista eletrônica de enfermagem*. 19(54), 1-10, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.5216/ree.v19.43489>. Acesso em: 16 jul. 2019.

CAMATTA, M. W.; NASI, C.; ADAMOLI, A. N.; KANTORSKI, L. P.; SCHNEIDER, J. F. Avaliação de um centro de atenção psicossocial: o olhar da família. *Ciênc. Saúde coletiva*, 16(11), 4405-4414, nov. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001200013>. Acesso em: 16 jul. 2019.

COSTA, P. H. A.; COLUGNATI, F. A. B.; RONZANI, T. M. Avaliação de serviços em saúde mental no Brasil: revisão sistemática da literatura. *Ciênc. saúde coletiva*, 20(10), 3243-3253, out. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320152010.14612014>. Acesso em: 16 jul. 2019.

COSTA, P. H. A.; RONZANI, M.; COLUGNATI, F. A. B. No meio do caminho tinha um CAPSAD: centralidade e lógica assistencial da rede de atenção aos usuários de drogas. *Ciênc.*

saúde coletiva, 23(10), 3233-3245, out. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182310.12572018>. Acesso em: 16 jul. 2019.

CRUZ, M. M.; OLIVEIRA, S. R. A.; CAMPOS, R. O. Grupos de pesquisa de avaliação em saúde no Brasil: um panorama das redes colaborativas. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, 43(122), 657-667, nov. 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201912201>. Acesso em: 16 jul. 2019.

DANTAS, C. R.; ODA, A. M. G. R. Cartografia das pesquisas avaliativas de serviços de saúde mental no Brasil (2004-2013). *Physis*, Rio de Janeiro, 24(4), 1127-1179, out./dez. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312014000400008>

DELGADO, P. G. Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte. *Trab. educ. saúde (Online)*, Rio de Janeiro, 17(2), 1-4, mai. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00212>. Acesso em: 16 jul. 2019.

DUARTE, M. L. C.; PEREIRA, L. P.; OLSCHOWSKY, A.; CARVALHO, J. de. Avaliação de quarta geração: atendimento aos familiares de usuários de crack. *Revista de Enfermagem da UFSM*, Santa Maria, 9(12), 1-20, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.5902/2179769229057>. Acesso em: 16 jul. 2019.

DUARTE, M. L. C.; VIANA K. R.; OLSCHOWSKY, A. Avaliação de usuários de crack sobre os grupos de familiares no centro de atenção psicossocial. *Cogitare Enferm.*, 20(1), 81-88, Jan/Mar. 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v20i1.37597>. Acesso em: 16 jul. 2019.

DUARTE, M. L. M. de L. C.; KANTORSKI, L. P. Avaliação da atenção prestada aos familiares em um centro de atenção psicossocial. *Rev. Bras Enferm*, Brasília, 64(1), 47-52, jan./fev. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v64n1/v64n1a07.pdf>. Acesso em: 16 jul. 2019.

ESLABÃO, A. D.; COIMBRA, V. C. C.; KANTORSKI, L. P.; GUEDES, A. C.; NUNES, C. K.; DEMARCO, D. A. Além da rede de saúde mental: entre desafios e potencialidades. *Revista online de pesquisa Cuidado é Fundamental*, Rio de Janeiro, 9(1), 85-91, jan/mar. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i1.85-91> . Acesso em: 16 jul. 2019.

ESPERIDIÃO, M.; TRAD, L. A. B. Avaliação de satisfação de usuários. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, 10(sup), 303-312, set./dez. 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000500031>. Acesso em: 16 jul. 2019.

FERNANDES, F. M. B.; RIBEIRO, J. M.; MOREIRA, M. R. Reflexões sobre avaliação de políticas de saúde no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 27(9), Rio de Janeiro, 1667-1677, set. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000900002>. Acesso em: 16 jul. 2019.

GUBA, E. G.; LINCOLN, Y. S. *Avaliação de quarta geração*. Campinas, SP: Editora da UNICAMP, 2011.

GUEDES, A. C.; OLSCHOWSKY, A.; KANTORSKI, L. P.; ANTONACCI, M. H. Transferência de cuidados: processo de alta dos usuários de um centro de atenção psicossocial. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Pelotas, 19(42), 1-9, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.5216/ree.v19.43794>. Acesso em: 16 jul. 2019.

KANTORSKI, L. P.; CORTES, J. M.; GUEDES, A. C.; FRANCHINI, B.; DEMARCO, D. de A. O cotidiano e o viver no Serviço Residencial Terapêutico. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Pelotas, 16(4), 759-68, out/dez. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.5216/ree.v16i4.22923>. Acesso em: 16 jul. 2019.

- KANTORSKI, L. P.; JARDIM, V. M. R.; QUEVEDO, A. L. A. Avaliação de estrutura e processo dos centros de atenção psicossocial da região sul do Brasil. *Ciênc. cuid. saúde*, 12(4), 728-735, out./dez. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v12i4.10867>. Acesso em: 16 jul. 2019.
- KOHLRAUSCH, E. R. Avaliação das ações de saúde mental relacionadas ao indivíduo com comportamento suicida na Estratégia Saúde da Família. Tese de Doutorado, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/69802>. Acesso em: 16 jul. 2019.
- MACEDO, J. P.; ABREU, M. M.; FONTENELE, M. G.; DIMENSTEIN, M. A regionalização da saúde mental e os novos desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. *Saúde soc.*, São Paulo, 26(1), 155-170, jan./mar. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0104-12902017165827>. Acesso em: 16 jul. 2019.
- MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm.* [Internet], Florianópolis, 17(4):758-64, out./dez. 2008. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0104-07072008000400018&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em 20.dez. 2020
- MIRANDA, P. O.; SOUZA, O. F.; FERREIRA, T. F. Avaliação da satisfação dos pacientes e familiares em um serviço de saúde mental na cidade de Rio Branco, Acre. *J. bras. psiquiatr.*, Rio de Janeiro, 63(4), 332-340, out./dez. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000042>. Acesso em: 16 jul. 2019.
- MOREIRA, M. I. B.; ONOCKO-CAMPOS, R. T. Ações de saúde mental na rede de atenção psicossocial pela perspectiva dos usuários. *Saúde soc.*, São Paulo, 26(2), 462-474, abr./jun. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0104-12902017171154>. Acesso em: 16 jul. 2019.
- OLIVEIRA, F. B.; GUEDES, H. K. A.; OLIVEIRA, T. B. S.; JÚNIOR, J. F. L. (RE) Construindo cenários de atuação em saúde mental na Estratégia Saúde da Família. *Rev. Brasileira, em Promoção da Saúde*, Fortaleza, 24(2), 109-115, abr./jun. 2011. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/2060>. Acesso em: 16 jul. 2019.
- OLIVEIRA, R. F.; ANDRADE, L. O. M.; GOYA, N. Acesso e integralidade: a compreensão dos usuários de uma rede de saúde mental. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, 17(11), 3069-3078, nov. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001100023>. Acesso em: 16 jul. 2019.
- ONOCKO-CAMPOS, R. O.; BACCARI, I. P. A intersubjetividade no cuidado à Saúde Mental: narrativas de técnicos e auxiliares de enfermagem de um Centro de Atenção Psicossocial. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, 16(4), 2051-2058, abr. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000400004>. Acesso em: 16 jul. 2019.
- ONOCKO-CAMPOS, R. O.; CAMPOS, G. W.; FERRER, A. L.; CORRÊA, C. R. S.; MADUREIRA, P. R.; GAMA, C. A. P.; DANTAS, D. V.; NASCIMENTO, R. Avaliação de estratégias inovadoras na organização da Atenção Primária à Saúde. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, 46(1), 43-50, dez. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102011005000083>. Acesso em: 16 jul. 2019.
- ONOCKO-CAMPOS, R. O.; FURTADO, J. P.; TRAPÉ, T. L.; EMERICH, B. F.; SURJUS, L. T. L. S. Indicadores para avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial tipo III: resultados de um desenho participativo. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, 41(spe), 71-83, mar. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042017s07>. Acesso em: 16 jul. 2019.

- ONOCKO-CAMPOS, R. O.; GAMA, C. A.; FERRER, A. L.; SANTOS, D. V. D.; STEFANELLO, S.; TRAPÉ, T. L.; PORTO, K. Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, 16(12), 4643-4652, dez. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001300013>. Acesso em: 16 jul. 2019.
- PAGLIACE, Â. G. S.; MAFTUM, M. A.; LACERDA, M. R.; KANTORSKI, L. P.; NIMTZ, M. A.; BRUSAMARELLO, T. Avaliação do cuidado à criança e ao adolescente com transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa em tratamento no hospital geral. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, 28, 1-14, jul. 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072019000100350&tlng=en. Acesso em: 16 jul. 2019.
- PINHO, L. B.; KANTORSKI, L. P.; WETZEL, C.; SCHWARTZ, E.; LANGE, C.; ZILLMER, J. G. V. Avaliação qualitativa do processo de trabalho em um centro de atenção psicossocial no Brasil. *Revista Panamericana de Saúde Pública*, 30(4), 354-60, 2011. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/9512/v30n4a09.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 16 jul. 2019.
- PINHO, L. B.; SILVA, A. B.; SINIAK, D. S.; FOLADOR, B.; ARAÚJO, B. A. Análise da articulação da rede para o cuidado ao usuário de crack. *Rev. baiana enferm.*, 31(1), 1-9, 2017b. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v31i1.16654>. Acesso em: 16 jul. 2019.
- PINHO, L. B.; SINIAK, D. S. O papel da atenção básica no cuidado ao usuário de crack: opinião de usuários, trabalhadores e gestores do sistema. *SMAD Ver Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drog.*, 13(1), 30-36, jan./mar. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v13i1p30-36>. Acesso em: 16 jul. 2019.
- PINHO, L. B.; WETZEL, C.; SCHNEIDER, J. F.; OLSCHOWSKY, A.; CAMATTA, M. W.; KOHLRAUSCH, E. R.; SANTOS, E. O.; ESLABÃO, A. Domingues. Avaliação dos Recursos Intersetoriais na composição de redes para o cuidado ao usuário de crack. *Escola Anna Nery*, Rio de Janeiro, 21(4), 1-8, out. 2017a. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0149>. Acesso em: 16 jul. 2019.
- RAMOS, D. K. R.; GUIMARÃES, J. Novos serviços de saúde mental e o fenômeno da porta giratória no Rio Grande do Norte. *Rev Min Enferm.*, 17(2), 440-445, abr./jun. 2013. Disponível em: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20130033>. Acesso em: 16 jul. 2019.
- RESENDE, K. I. D. S.; BANDEIRA, M.; OLIVEIRA, D. C. R. Avaliação da Satisfação dos Pacientes, Familiares e Profissionais com um Serviço de Saúde Mental. *Paidéia*, Ribeirão Preto, 26(64), 245-253, mai./ago. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-43272664201612>. Acesso em: 16 jul. 2019.
- SANTOS FILHO, S. B. Pesquisa em Humanização: articulações metodológicas com o campo da Avaliação. *Saúde Transform. Soc.*, Florianópolis, 5(2), nov. 2014. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-70852014000200002. Acesso em: 16 jul. 2019.
- SANTOS, A. F. O.; CARDOSO, C. L. Familiares cuidadores de usuários de serviço de saúde mental: Satisfação com serviço. *Estudos de Psicologia*, Natal, 19(1), 13-21, jan./mar. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2014000100003>. Acesso em: 16 jul. 2019.
- SILVA, M. A.; BANDEIRA, M.; SCALON, J. D.; QUAGLIA, M. A. C. Satisfação dos pacientes com os serviços de saúde mental: a percepção de mudanças como preditora. *J. Bras.*

Psiquiatr., Rio de Janeiro, 61(2), 64-71, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0047-20852012000200002>. Acesso em: 16 jul. 2019.

SILVA, N. S.; MELO, J. M.; ESPERIDIÃO, E. Avaliação dos serviços de assistência em saúde mental Brasileiros: revisão integrativa da literatura. *Rev. Min. Enferm.*, 6(2), 280-288, abr./jun. 2012. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/v16n2a18.pdf>. Acesso em: 16 jul. 2019.

SILVA, S. N.; LIMA, M. G. Assistência Farmacêutica na Saúde Mental: um diagnóstico dos Centros de Atenção Psicossocial. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, 22(6), 2025-2036, jun. 2017a. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.25722016>. Acesso em: 16 jul. 2019.

SILVA, S. N.; LIMA, M. G. Avaliação da estrutura dos Centros de Atenção Psicossocial da região do Médio Paraopeba, Minas Gerais. *Epidemiol. Serv. Saúde.*, Brasília, 26(1), 149-160, Jan./Mar. 2017b. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/s1679-49742017000100016>. Acesso em: 16 jul. 2019.

SILVA, S. N.; LIMA, M. G.; RUAS, C. M. Avaliação de Serviços de Saúde Mental Brasileiros: satisfação dos usuários e fatores associados., *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, 23(11), 3799-3810, nov. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.25722016>. Acesso em: 16 jul. 2019.

SOARES, M. H.; FARINASSO, A. L. C.; GONÇALVES, C. S.; MACHADO, F. P.; MARIANO, L. K. F. R.; SANTOS, C. D. Sobrecarga e satisfação dos familiares de pacientes com esquizofrenia. *Cogitare enfermagem*. V. 24, e54729, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v24i0.54729>. Acesso em: 16 jul. 2019.

STANISZEWSKA, S.; AHMED, L. The concepts of expectation and satisfaction: do they capture the ways patients evaluate their care? *Journal of Advanced Nursing* 29(2): 364-372, 1999. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10197936/>. Acesso em: 16 jul. 2019.

SURJUS, L. T. L. S.; ONOCKO-CAMPOS, R. T. Indicadores de avaliação da inserção de pessoas com deficiência intelectual na Rede de Atenção Psicossocial. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, 41(spe), 60-70, mar. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042017s06>. Acesso em: 16 jul. 2019.

THIENGO, D. L.; FONSECA, D.; ABELHA, L.; LOVISI, G. M. Satisfação de familiares com o atendimento oferecido por um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) da cidade do Rio de Janeiro. *Caderno de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 23(3), 298-308, jul./set. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462X201500030172>. Acesso em: 16 jul. 2019.

TRAPÉ, T. L.; ONOCKO-CAMPOS, R. The mental health care model in Brazil: analyses of the funding, governance processes, and mechanisms of assessment. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, 51(19), 1-8, mar. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051006059>. Acesso em: 16 jul. 2019.

VINHA I. R. Cenário da assistência em saúde mental/ uso de substância psicoativas na região de saúde de Piracicaba, São Paulo, Brasil. *SMAD Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drog*, 7(1), 25-31, jan./abr. 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v7n1/05.pdf>. Acesso em: 16 jul. 2019.

WETZEL, C.; KANTORSKI, L. P.; OLSCHOWSKY, A.; SCHNEIDER, J. F.; CAMATTA, M. W. Dimensões do objeto de trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial. *Ciênc. saúde*

coletiva, Rio de Janeiro, 16(4), 2133-2143, abr. 2011. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000400013#:~:text=As%20dimens%C3%B5es%20do%20objeto%20de%20trabalho%20em%20um%20Caps%20foram,rela%C3%A7%C3%A3o%20com%20usu%C3%A1rios%20e%20familiares. Acesso em: 16 jul. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Mental health atlas 2017*. Geneva: WHO; 2018. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272735/9789241514019-eng.pdf?ua=1>. Acesso em: 16 jul. 2019.

YASUI, S. Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira [online]. Rio de Janeiro, RJ: Editora FIOCRUZ, Loucura & Civilização collection, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788575413623>. Acesso em: 16 jul. 2019.

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA

Trabalhadores e gestores

- 1) O que você entende por cuidado integral ou integralidade do cuidado?
- 2) Quais características você acha que indicam que há integralidade do cuidado na Rede de Atenção Psicossocial do seu município?
- 3) Como é o acesso dos usuários aos serviços de Atenção Básica? E aos serviços especializados em saúde mental?
- 4) Como é feita a gestão do cuidado das pessoas com demandas de cuidado em saúde mental?
- 5) Como você avalia as relações entre os serviços da rede? Conte um pouco sobre como é feita a comunicação entre os serviços.
- 6) Na sua opinião, quais os aspectos que favorecem a operacionalização da integralidade no seu município?
- 7) E quais dificultam? Que estratégias as equipes utilizam para superar tais dificuldades?

Usuários

- 1) O que você espera dos serviços de saúde da sua cidade quando tem alguma demanda de cuidado em saúde mental?
- 2) Como é o acesso aos serviços de Atenção Básica na sua cidade? E aos serviços especializados em saúde mental?
- 3) Você tem algum profissional de referência?
- 4) Alguma vez você foi encaminhado de um serviço para outro? Como foi?
- 5) Como você avalia a comunicação entre os profissionais desses diferentes serviços?

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos você a participar voluntariamente da pesquisa intitulada “Avaliação das ações em saúde dos serviços de Atenção Psicossocial sob a perspectiva da Integralidade”, de autoria da psicóloga Larissa Weber, doutoranda do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina, sob orientação da professora doutora Cláudia Flemming Colussi. Leia atentamente o que se segue e pergunte qualquer dúvida que tiver.

O estudo tem por objetivo avaliar as ações em saúde dos serviços de Atenção Psicossocial sob a perspectiva da integralidade no nível municipal. Sua participação contribuirá com esta avaliação.

Este estudo segue as normas éticas contidas na Resolução 510/2016 (Normas de Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais), Lei 10.2016/01 (Proteção e Direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais) e Lei 8.080/90 (Lei Orgânica do SUS). Após suas dúvidas serem esclarecidas, no caso de concordar em fazer parte da pesquisa, assine o seu nome ao final deste documento e rubrique as duas páginas. O documento possui duas vias, uma delas será de sua posse e a outra ficará com a pesquisadora responsável, que também assinará e rubricará o termo. Você terá acesso ao seu registro de consentimento sempre que solicitado e poderá retirá-lo a qualquer momento. Em caso de recusa da participação desta pesquisa você não terá nenhuma penalidade.

A sua participação será por meio de uma entrevista individual, em local privativo, com duração aproximada de 30 a 45 minutos, conduzida pela pesquisadora responsável. A entrevista individual será gravada em arquivos digitais que posteriormente serão transcritos. O material dessa pesquisa será arquivado por cinco anos e, após esse prazo, destruído. Os dados serão analisados de uma forma geral, não aparecendo em nenhum lugar o seu nome ou outro dado que possa identificar os/as participantes. Sendo assim, assegura-se o sigilo de sua identidade e sua privacidade. Além disso, a pesquisa garante o respeito a quaisquer expressões de receio ou dúvida, sem imposição ou constrangimento cultural, e assegura também o direito de resguardar resposta em qualquer situação.

A participação nesta pesquisa poderá trazer riscos mínimos, relacionados à remota possibilidade de quebra involuntária do sigilo das informações obtidas nas entrevistas, e desconfortos relativos à eventual exposição a cansaço ou constrangimento e aborrecimento para responder as perguntas. Destaca-se que você tem a liberdade de não responder alguma pergunta se assim preferir e de interromper sua participação ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem justificativa e sem qualquer prejuízo. Na hipótese de haver quebra de sigilo, a potencial consequência consiste na exposição de suas ideias, o que pode interferir nos relacionamentos profissional e pessoal. Em caso de dano material ou imaterial decorrente da pesquisa e devidamente comprovado, é assegurada assistência imediata por meio de ressarcimento financeiro ou indenização (conforme legislação vigente). Como também poderão ser ressarcidas despesas decorrentes das atividades dessa pesquisa, como alimentação e transporte, não representando ônus aos participantes. A não participação na pesquisa não trará nenhum tipo de prejuízo a você, nem ao seu trabalho. Já os benefícios da pesquisa são a oportunidade de contribuir para a qualificação do atendimento à população nos serviços de saúde mental.

Rubricas do
pesquisador e
do
participante

Conforme as especificações descritas na primeira parte deste documento, eu,, declaro que fui informado/a dos objetivos da pesquisa de maneira clara e detalhada e que aceito participar da mesma de forma livre e sem constrangimentos. Durante o contato com a pesquisadora pude esclarecer minhas dúvidas e estou certo/a de que a qualquer momento poderei solicitar novas informações.

Estou ciente de que meus dados serão confidenciais e terei liberdade de retirar meu consentimento de participação na pesquisa, se julgar oportuno, a qualquer momento, sem que isto traga prejuízo à minha vida pessoal.

Através do presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, as pesquisadoras Larissa Weber e Cláudia Flemming Colussi, vinculadas ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina, estão autorizadas a utilizar as informações disponibilizadas pelas entrevistas, sem quaisquer benefícios de ambas as partes. Libero a utilização das produções mencionadas para fins científicos e de formação (livros, artigos, slides e demais formatos de divulgação), em favor das pesquisadoras, de acordo com o previsto em Lei resguardando os direitos dos participantes. Estou ciente de que os resultados decorrentes desta pesquisa são de livre acesso aos participantes, caso solicitado, e ficarão sobre custódia das pesquisadoras por até cinco anos, respeitando os sigilos éticos.

Qualquer dúvida, poderei entrar em contato com a pesquisadora Larissa Weber, estudante do programa de Doutorado em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina, pelo telefone 51. 99681-8395, ou e-mail issaweber@hotmail.com.

Declaro que recebi cópia do presente Termo de Consentimento.

..... de de 2021.

Assinatura do participante
Nome:

Assinatura da pesquisadora
Larissa Weber

APÊNDICE D - TERMO DE ACEITE INSTITUCIONAL

Declaro estar de acordo com a realização da pesquisa “Avaliação das ações em saúde dos serviços de Atenção Psicossocial sob a perspectiva da Integralidade” no município de _____. O estudo, de responsabilidade da doutoranda Larissa Weber e da professora Dra. Cláudia Flemming Colussi, vinculadas ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina, tem como objetivo geral avaliar as ações em saúde dos serviços de Atenção Psicossocial sob a perspectiva da integralidade no nível municipal. Os objetivos específicos são: identificar as ações que caracterizam a integralidade da Atenção Psicossocial; compreender e caracterizar os aspectos que dificultam e que potencializam a integração entre os pontos de atenção; avaliar a integralidade em municípios brasileiros com diferentes portes populacionais e que apresentem diferentes configurações de serviços de Atenção Psicossocial e criar um guia de avaliação com um conjunto de indicadores voltados à integralidade da Atenção Psicossocial direcionado aos municípios brasileiros.

A instituição está ciente de sua responsabilidade como instituição coparticipante do projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança dos dados que serão coletados, fazendo cumprir as disposições éticas relativas à pesquisa, em especial a Resolução CNS nº 466/2012.

_____, _____ de _____ de 2021.

APÊNDICE E - RELATÓRIO COM O RESULTADO DA AVALIAÇÃO E PROPOSIÇÃO DE RECOMENDAÇÕES PARA O FORTALECIMENTO DA INTEGRALIDADE NA RAPS DO CASO 1

O presente relatório tem como base os dados coletados no município em 2021, para a pesquisa intitulada “Avaliação das ações em saúde dos serviços de Atenção Psicossocial sob a perspectiva da integralidade”, cujo objetivo geral era avaliar as ações em saúde dos serviços constituintes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) sob a perspectiva da integralidade no nível municipal.

Os dados foram obtidos a partir da entrevista com uma gestora, dois profissionais de saúde (um do NASF, outra de ESF) e duas usuárias em tratamento de saúde mental; da observação direta nos serviços; da análise de documentos relacionados à RAPS disponibilizados pelo município e da análise de dados extraídos do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

A avaliação deu-se a partir da aplicação de uma Matriz de Análise e Julgamento (MAJ) elaborada especialmente para esse fim e validada em oficina de consenso por especialistas e trabalhadores das áreas da avaliação em saúde e saúde mental. A MAJ compreende duas dimensões, Elementos essenciais (D1) e Integrações (D2), divididas em três subdimensões, Estrutura (S1), Cuidado (S2) e Gestão (S3); Integração dos cuidados (S4), Integração funcional (S5) e Integração normativa (S6), totalizando 16 indicadores e 52 medidas (Weber *et al.*, 2022).

A análise dos dados revelou uma expressiva pontuação das medidas relacionadas à Atenção Básica (AB) – um total de 14 das 15 medidas, referentes aos indicadores recursos físicos, recursos humanos, acolhimento, acompanhamento diversificado, atenção à crise, Educação Permanente em Saúde (EPS), corresponsabilidade pelos casos, promoção e prevenção e saúde, vigilância em saúde e gestão da clínica.

Os investimentos da gestão na cobertura de 100% de agentes comunitários de saúde, na implantação de uma equipe multidisciplinar de NASF, assim como o investimento nas Práticas Integrativas e Complementares (PICS) ajudam a compreender o notório desempenho neste conjunto de medidas.

Acrescenta-se que a AB é referenciada no Plano Municipal de Saúde “como local de organização e ordenação do cuidado ao usuário”, atendendo ao disposto na Política Nacional de Atenção Básica (Ministério da Saúde, 2017). A AB do município oferece atividades de promoção da saúde mental, prevenção de recidivas e tratamento

dos casos de menor gravidade - o que ficou evidenciado pela diminuição das internações em saúde mental no mesmo período em que houve incremento das ações de promoção e prevenção em saúde.

A existência de recursos especializados em saúde mental (CAPS e leitos de internação) apenas em outros municípios reforça a necessidade dos municípios de pequeno porte, a exemplo do caso 1, de fortalecerem o cuidado na AB, como também de participarem ativamente das construções coletivas da sua região de saúde. O caso 1 empenha-se em ter representação nas reuniões da Câmara Técnica e da Comissão Intergestores - espaço para planejamento e pactuação dos fluxos de acesso aos serviços de saúde integrantes da rede de atenção da respectiva região, a partir da análise da situação de saúde (Ministério da Saúde, 2011).

A proposição de critérios bem definidos de encaminhamento para todos os pontos de atenção, a partir de protocolos e outros documentos, assim como a existência de uma central própria de regulação das demandas relacionadas à saúde mental são outros elementos a serem positivamente destacados. Com isso, o município alcançou nota máxima na sub dimensão Integração normativa (S6).

Sobressaiu-se também o desempenho máximo nas sub dimensões Estrutura (S1) e Cuidado (S2). A elevada pontuação da S2 indica o comprometimento dos profissionais, nos diferentes cenários de atuação, com as práticas de acolhimento, com a singularidade e humanização do cuidado e com o atendimento às situações de crise. Contribui para esse fato a existência de recursos humanos suficientes e capacitados. O município não só alcançou desempenho máximo no quesito suficiência, como foi possível perceber que os profissionais e gestor entrevistados possuíam familiaridade com os conceitos relacionados à Atenção Psicossocial (AP) e à integralidade, e com outros conceitos que subsidiaram a elaboração do instrumento avaliativo utilizado neste estudo.

O município também teve um desempenho satisfatório nas medidas relacionadas à prevenção e à educação em saúde no território. Tais atividades ficaram comprometidas com a pandemia. Entretanto, mesmo com todas as dificuldades daquele período, houve esforço em preservar e adaptar algumas delas, ofertando-as de forma remota. Ainda no âmbito da promoção e prevenção, salienta-se que foi levantada a necessidade de maiores investimentos na prevenção em saúde mental infanto-juvenil.

O espaço para debater demandas de saúde mental com a população mostrou-se potente, especialmente no Conselho Municipal de Saúde. Também se identificou

proposições pertinentes à saúde mental no Plano Municipal de Saúde. Ainda assim, se mostra necessário incentivar maior participação dos usuários em outros espaços de decisão, como reuniões de rede e/ou de colegiado. A presença de representantes dos usuários confere maior legitimidade aos debates, além de atender ao lema da Luta Antimanicomial “Nada sobre nós sem nós”.

Por outro lado, reconheceu-se certa dificuldade na formalização de fóruns e reuniões dentro do município (intra e intersetoriais), seja para planejamento, discussão de casos ou para EPS, haja vista o baixo desempenho no indicador 14 (Articulação da rede), que refletiu negativamente no desempenho na Integração funcional (S5). Tampouco as reuniões de equipe na AB estavam ocorrendo no período em que os dados foram coletados.

Há uma percepção da gestão de que as discussões de caso em rede algumas vezes ocorrem tardiamente, quando se poderia agir mais preventivamente. Entretanto, a necessidade de espaços formais para trocas por vezes é minimizada pelos próprios profissionais pela proximidade entre eles. Há que se destacar que a falta de alinhamento entre os profissionais reflete negativamente no atendimento à população.

Os benefícios da articulação dos profissionais e serviços da rede são inúmeros. A atuação multiprofissional evita sobreposição e/ou hiatos assistenciais, quando organizada e implementada de forma colaborativa, com base em um planejamento conjunto. Isso requer, além de encontros regulares e do entrosamento entre os profissionais, o rompimento com o modelo assistencial uniprofissional e fragmentado. O trabalho colaborativo é especialmente profícuo no contexto das equipes de AB e equipes multiprofissionais, por priorizar um processo de comunicação horizontalizado e de tomada de decisões compartilhadas, considerando as competências de cada núcleo profissional (Brito *et al.*, 2022).

Entre os aspectos desfavoráveis, identificou-se também a baixa regularidade na coleta, análise e monitoramento dos indicadores e das informações de saúde (vigilância em saúde), assim como sua ampla divulgação. Essa prática é de fundamental importância para organização e planejamento das ações em saúde no nível municipal, embasando a tomada de decisões. Ainda que seja mais comum no domínio da AB, convém que as equipes que atuam no âmbito especializado da AP cada vez mais se dediquem a reconhecer as demandas em saúde mental e os recursos dos territórios, que permitem a formulação de novas estratégias de cuidado, em articulação com a rede.

Por fim, percebeu-se que, a despeito de todos os avanços que a implantação do prontuário eletrônico trouxe aos municípios, a falta de integração entre todos os pontos da rede, em especial as emergências e os hospitais, limita a integralidade do cuidado nos três casos. Tal fato é ainda agravado pela dificuldade de comunicação entre sistemas.

O quadro abaixo apresenta o resultado da avaliação a partir dos indicadores, das sub dimensões e das dimensões da MAJ. Destaca-se em verde aqueles que tiveram desempenho bom, em amarelo o desempenho regular e em vermelho o que foi avaliado como ruim.

Indicador	Valor	Escore	Sub dimensão	Valor	Escore	Dimensão	Valor	Escore
I1 Recursos físicos	5/5	100	S1 Estrutura	2/2	100	Elementos essenciais	3/3	100
I2 Recursos humanos	3/3	100						
I3 Acolhimento	2/2	100	S2 Cuidado	3/3	100			
I4 Acompanhamento diversificado	3/3	100						
I5 Atenção à crise	2/2	100						
I6 Educação Permanente em Saúde	2/3	66,67	S3 Gestão	2,5/3	83,33			
I7 Instrumentos de gestão	3/3	100						
I8 Controle social	2/2	100						
I9 Corresponsabilidade pelos casos	4/5	80	S4 Integração dos cuidados	2,5/3	83,33	Integrações	2/3	66,67
I10 Promoção e prevenção no território	5/6	83,33						
I11 Reabilitação psicossocial no território	4/6	66,67						
I12 Vigilância em saúde	2/3	66,67	S5 Integração funcional	1/3	33,33			
I13 Gestão da clínica	1/2	50						
I14 Articulação da rede	1,5/4	37,5						
I15 Regulação	6/6	100	S6 Integração normativa	2/2	100			
I16 Informatização	4,5/6	75						

Referências

- Brito, G. E. G. D., Forte, F. D. S., Freire, J. C. G., Moreira, L. B., Paredes, S. D. O., & Silva, S. L. A. D. (2022). Articulação entre a EqSF/AB e o NASF/AB e sua influência na produção do cuidado no contexto da Atenção Primária à Saúde. [Coordination between Primary Care Teams and Family Health Support Units and influence on Primary Care delivery]. *Ciência & Saúde Coletiva*, 27, 2495-2508. <https://doi.org/10.1590/1413-81232022276.03942021>
- Ministério da Saúde (Brasil). (2017). Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, Brasília. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
- Ministério da Saúde (Brasil). (2011). Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Rede de Atenção Psicossocial. *Diário Oficial da União*, Brasília. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html.
- Weber, L.; Craveiro, I.; Colussi, C. F. (2022). Proposta de um modelo de avaliação para a Rede de Atenção Psicossocial na perspectiva da Integralidade. In: Cruz, M. M., Craveiro, I., Kabad, J. F., & Vitorino, S. A. S. (orgs.). Avaliação em saúde, redes sociotécnicas e translação do conhecimento. P. 260-279. Hucitec.

APÊNDICE F - RESULTADO DA AVALIAÇÃO E PROPOSIÇÃO DE RECOMENDAÇÕES PARA O FORTALECIMENTO DA INTEGRALIDADE NA RAPS DO CASO 2

O presente relatório tem como base os dados coletados no município em 2021, para a pesquisa intitulada “Avaliação das ações em saúde dos serviços de Atenção Psicossocial sob a perspectiva da integralidade”, cujo objetivo geral era avaliar as ações em saúde dos serviços constituintes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) sob a perspectiva da integralidade no nível municipal.

Os dados foram obtidos a partir da entrevista com uma gestora, duas profissionais de saúde (uma de CAPS, outra de UBS) e dois usuários em tratamento de saúde mental (de dois CAPS diferentes); da observação direta nos serviços; da análise de documentos relacionados à RAPS disponibilizados pelo município e da análise de dados extraídos do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

A avaliação deu-se a partir da aplicação de uma Matriz de Análise e Julgamento (MAJ) elaborada especialmente para esse fim e validada em oficina de consenso por especialistas e trabalhadores das áreas da avaliação em saúde e saúde mental. A MAJ compreende duas dimensões, Elementos essenciais (D1) e Integrações (D2), divididas em três subdimensões, Estrutura (S1), Cuidado (S2) e Gestão (S3); Integração dos cuidados (S4), Integração funcional (S5) e Integração normativa (S6), totalizando 16 indicadores e 52 medidas (Weber *et al.*, 2022).

O município destacou-se pelo bom desempenho no indicador de corresponsabilidade pelos casos (I9). Mesmo sem NASF, oferece boa retaguarda por parte das equipes dos CAPS à Atenção Básica (AB), tanto na dimensão assistencial, como no papel técnico-pedagógico do matriciamento. A ausência de NASF também foi contornada pela alocação de psicólogos(as) e estagiários(as) de psicologia em algumas unidades de saúde da AB, apoiando as equipes nas demandas relacionadas à saúde mental.

Identificou-se elevada pontuação da subdimensão Cuidado, indicando o comprometimento dos profissionais, nos diferentes cenários de atuação, com as práticas de acolhimento, com a singularidade e humanização do cuidado e com o atendimento às situações de crise. Contribui para esse fato a existência de recursos humanos suficientes e capacitados. O município teve bom desempenho no quesito suficiência, como foi

possível perceber que os profissionais e gestor entrevistados possuíam familiaridade com os conceitos relacionados à Atenção Psicossocial (AP) e à integralidade, e com outros conceitos que subsidiaram a elaboração do instrumento avaliativo utilizado neste estudo.

Práticas relacionadas à reinserção e reabilitação psicossocial pela via do trabalho tiveram um bom desempenho. A existência de uma rede de serviços mais diversificada contribui para a estruturação de atividades de trabalho e geração de renda, assim como projetos para a inserção e/ou acompanhamento de usuários no mercado de trabalho.

Contudo, a rede tem seu desempenho prejudicado pela baixa cobertura de AB (43%). Se contabilizadas apenas as ESF, a cobertura é ainda menor (21%). A provável sobrecarga decorrente desse fato reflete em processos de trabalho que desprestigiam ações de promoção e prevenção em saúde. O Plano Municipal de Saúde prevê um aumento na cobertura da AB para 60% e de ESF para 40% até 2025, além da implementação de dois grupos de Educação em Saúde em cada Unidade de Saúde.

Nesse âmbito, nota-se que a abordagem à saúde mental na AB carece de mais incentivos, dado que existe um funcionamento centrado nos serviços especializados. Salienta-se o potencial dessa abordagem em contribuir na redução do estigma, uma vez que os serviços de AB são mais acessíveis e aceitos pelas comunidades. Organizações internacionais sugerem que a AB inclua em sua rotina a promoção da saúde mental, com identificação precoce de transtornos mentais, o tratamento de transtornos mentais comuns, o manejo de casos estáveis, e a referência para outros níveis quando necessário (WHO& WONCA; 2008).

Percebe-se baixo investimento, também, em ações de Educação Permanente em Saúde (EPS), a qual é fundamental para a superação de resistências que ainda são percebidas com o campo da saúde mental e para a qualificação do cuidado em saúde mental na RAPS. A EPS proporciona espaços de aprendizagem conjunta, a partir da discussão e análise reflexiva dos problemas cotidianos do trabalho, instrumentalizando individual e coletivamente as equipes para responderem às necessidades da comunidade. Partindo da problematização dos modos como os profissionais exercem o cuidado, viabiliza-se a aprendizagem sobre e por meio do trabalho, ressignificando suas práticas (Fornereto *et al.*, 2023).

A ausência de um calendário institucional de reuniões de rede dificulta a comunicação, a designação dos papéis dos atores e a construção dos fluxos, o que ficou evidenciado na baixa pontuação dos indicadores de regulação (I15) e articulação da rede

(II4). Os protocolos e fluxos constituem instrumentos que qualificam o acolhimento e os encaminhamentos, orientam a conduta e aprimoram a articulação entre os serviços, além de evitarem intonações desnecessárias (Cordeiro *et al.*, 2022). Isso se torna sobremaneira relevante em um contexto com rotatividade de profissionais, como é o caso de alguns serviços do município. Por outro lado, foi destacada a importância de não engessar os fluxos para que não se perca de vista a singularidade dos casos.

O espaço para debater demandas de saúde mental com a população mostrou-se potente, especialmente no Conselho Municipal de Saúde e nas Assembleias dos CAPS. Ainda assim, se mostra necessário incentivar maior participação dos usuários em outros espaços de decisão, como reuniões de rede e/ou de colegiado. A presença de representantes dos usuários confere maior legitimidade aos debates, além de atender ao lema da Luta Antimanicomial “Nada sobre nós sem nós”. Também se identificou proposições pertinentes à saúde mental no Plano Municipal de Saúde, com a ressalva de que é necessário promover maior integração entre as políticas.

Entre os aspectos desfavoráveis, identificou-se também a baixa regularidade na coleta, análise e monitoramento dos indicadores e das informações de saúde (vigilância em saúde), assim como sua ampla divulgação. Essa prática é de fundamental importância para organização e planejamento das ações em saúde no nível municipal, embasando a tomada de decisões. Ainda que seja mais comum no domínio da AB, convém que as equipes que atuam no âmbito especializado da AP cada vez mais se dediquem a reconhecer as demandas em saúde mental e os recursos dos territórios, que permitem a formulação de novas estratégias de cuidado, em articulação com a rede.

Outro aspecto a ser melhorado é a acessibilidade nos CAPS e em algumas unidades de AB. Foram identificadas barreiras arquitetônicas que podem influenciar negativamente as pessoas com deficiência a buscar os serviços de saúde (Araújo *et al.*, 2018). Verificou-se a existência de projetos ou de reformas em andamento em serviços de AB para atenuar a situação.

Por fim, percebeu-se que, apesar de todos os avanços que a implantação do prontuário eletrônico trouxe aos municípios, a falta de integração entre todos os pontos da rede, em especial a emergência e o hospital, limita a integralidade do cuidado nos três casos. Tal fato é ainda agravado pela dificuldade de comunicação entre sistemas.

O quadro abaixo apresenta o resultado da avaliação a partir dos indicadores, das sub dimensões e das dimensões da MAJ. Destaca-se em verde aqueles que tiveram

desempenho bom, em amarelo o desempenho regular e em vermelho o que foi avaliado como ruim.

Indicador	Valor	Escore	Sub dimensão	Valor	Escore	Dimensão	Valor	Escore
I1 Recursos físicos	3,5/6	58,33	S1 Estrutura	1,5/2	75	Elementos essenciais	3/3	100
I2 Recursos humanos	6/6	100						
I3 Acolhimento	6/6	100	S2 Cuidado	3/3	100			
I4 Acompanhamento diversificado	8/8	100						
I5 Atenção à crise	4/4	100						
I6 Educação Permanente em Saúde	3/5	60	S3 Gestão	2,5/3	83,33			
I7 Instrumentos de gestão	3/3	100						
I8 Controle social	3/4	75						
I9 Corresponsabilidade pelos casos	6/6	100				S4 Integração dos cuidados	3/3	100
I10 Promoção e prevenção no território	5/6	83,33						
I11 Reabilitação psicossocial no território	5/6	83,33						
I12 Vigilância em saúde	2,5/4	62,5	S5 Integração funcional	1,5/3	50	Integrações	2/3	66,67
I13 Gestão da clínica	¾	75						
I14 Articulação da rede	1,5/4	37,5						
I15 Regulação	2/6	33,33	S6 Integração normativa	½	50			
I16 Informatização	4,5/6	75						

Referências

- Araújo, L. M. D., Araújo, A. E. D., Ponte, K. M. D. A., & Vasconcelos, L. C. A. (2018). Pessoas com deficiências e tipos de barreiras de acessibilidade aos serviços de saúde-revisão integrativa. [Disabled people and types of barriers to the accessibility of health services - integrative review]. *Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online)*, 549-557. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-908478>
- Fornereto, A. D. P. N., Sousa, D. F. D., & Martini, L. C. (2023). Educação Permanente em Saúde como estratégia para trabalho colaborativo na Rede de Atenção Psicossocial. [Permanent Education in Healthcare as a strategy for promoting collaborative practice in the Psychosocial Care Network]. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 27, e220221. [://doi.org/10.1590/interface.220221](https://doi.org/10.1590/interface.220221)
- Weber, L; Craveiro, I.; Colussi, C. F. (2022). Proposta de um modelo de avaliação para a Rede de Atenção Psicossocial na perspectiva da Integralidade. In: Cruz, M. M., Craveiro, I., Kabad, J. F., & Vitorino, S. A. S. (orgs.). Avaliação em saúde, redes sociotécnicas e translação do conhecimento. P. 260-279. Hucitec.
- World Health Organization (WHO) & World Organization of Family Doctors (WONCA). (2008). Integrating mental health into primary care: a global perspective.

APÊNDICE G - RESULTADO DA AVALIAÇÃO E PROPOSIÇÃO DE RECOMENDAÇÕES PARA O FORTALECIMENTO DA INTEGRALIDADE NA RAPS DO CASO 3

O presente relatório tem como base os dados coletados no município em 2021, para a pesquisa intitulada “Avaliação das ações em saúde dos serviços de Atenção Psicossocial sob a perspectiva da integralidade”, cujo objetivo geral era avaliar as ações em saúde dos serviços constituintes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) sob a perspectiva da integralidade no nível municipal.

Os dados foram obtidos a partir da entrevista com uma gestora, duas profissionais de saúde (uma de CAPS, outra de NASF) e dois usuários em tratamento de saúde mental (de dois CAPS diferentes); da observação direta nos serviços; da análise de documentos relacionados à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) disponibilizados pelo município e da análise de dados extraídos do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

A avaliação deu-se a partir da aplicação de uma Matriz de Análise e Julgamento (MAJ) elaborada especialmente para esse fim e validada em oficina de consenso por especialistas e trabalhadores das áreas da avaliação em saúde e saúde mental. A MAJ compreende duas dimensões, Elementos essenciais (D1) e Integrações (D2), divididas em três subdimensões, Estrutura (S1), Cuidado (S2) e Gestão (S3); Integração dos cuidados (S4), Integração funcional (S5) e Integração normativa (S6), totalizando 16 indicadores e 52 medidas (Weber *et al.*, 2022).

O município demonstrou desempenho satisfatório em todas as sub dimensões e dimensões, com destaque para os indicadores de Educação Permanente em Saúde (I6) e reabilitação no território (II1). A existência de maior aporte financeiro e de uma RAPS com todos os componentes favoreceu o desempenho do município nas dimensões avaliadas. Ainda assim, há que se salientar que os recursos por si só não são suficientes para o alcance da integralidade do cuidado, sendo necessários processos de trabalho afeitos a essa lógica de cuidado.

A coexistência de mecanismos formais (reuniões de equipe, de colegiado e intersetoriais) e informais (contato telefônico) de articulação constitui um desses processos que justifica o desempenho alcançado. Percebeu-se que a iniciativa parte tanto dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), como da Atenção Básica (AB), e

envolve parceiros como Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Guarda Municipal, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), entre outros.

Outro processo instituído que alavancou o bom desempenho do município é o trabalho a partir dos territórios, longitudinal, com foco no vínculo, o que está na essência da AB. Inclusive os profissionais da psicologia e psiquiatria são designados como apoiadores da AB no Plano Municipal de Saúde, que enfatiza a atuação dos mesmos em território definido, identificando parceiros e recursos comunitários e desenvolvendo ações intersetoriais.

A existência de um documento norteador da saúde mental, que contempla as atribuições de cada serviço da RAPS, os critérios de encaminhamento e as diretrizes clínicas para o cuidado às demandas mais frequentes, é outro diferencial do município. Assim como as Diretrizes Institucionais específicas para os CAPS, estabelecidas para alinhar e efetivar processos de trabalho afeitos ao modelo de Atenção Psicossocial. Tais documentos, somados à existência de uma Central de Retaguarda em saúde mental, responsável pela regulação dos leitos nos hospitais, nos CAPS III e na UEP, contribuem para a sistematização do cuidado a partir de critérios técnicos bem definidos e compartilhados por todos.

O espaço para debater demandas de saúde mental com a população mostrou-se potente, especialmente no Conselho Municipal de Saúde e nas Assembleias dos CAPS. Também se identificou proposições pertinentes à saúde mental no Plano Municipal de Saúde. Ainda assim, se mostra necessário incentivar maior participação dos usuários em outros espaços de decisão, como reuniões de rede e/ou de colegiado. A presença de representantes dos usuários confere maior legitimidade aos debates, além de atender ao lema da Luta Antimanicomial “Nada sobre nós sem nós”.

Os desempenhos menos satisfatórios do caso foram identificados nos indicadores que compõem as subdimensões Integração dos Cuidados e Integração Funcional, indicando que há espaço para o município fortalecer ainda mais a corresponsabilidade e vigilância em saúde.

Identificou-se também uma estrutura física que prejudica a acessibilidade nos CAPS e em algumas unidades de AB. Foram reconhecidas barreiras arquitetônicas que podem influenciar negativamente as pessoas com deficiência a buscar os serviços de saúde (Araújo *et al.*, 2018). Verificou-se a existência de projetos ou de reformas em andamento em serviços de AB para atenuar a situação.

Por fim, percebeu-se que, a despeito de todos os avanços que a implantação do prontuário eletrônico trouxe aos municípios, a falta de integração entre todos os pontos da rede, em especial as emergências e os hospitais, limita a integralidade do cuidado no município. Tal fato é ainda agravado pela dificuldade de comunicação entre sistemas.

O quadro abaixo apresenta o resultado da avaliação a partir dos indicadores, das sub dimensões e das dimensões da MAJ. Destaca-se em verde aqueles que tiveram desempenho bom e em amarelo o desempenho regular. Nenhum deles foi avaliado como ruim.

Indicador	Valor	Escore	Sub dimensão	Valor	Escore	Dimensão	Valor	Escore
I1 Recursos físicos	4,5/6	75	S1 Estrutura	2/2	100	Elementos essenciais	3/3	100
I2 Recursos humanos	6/6	100						
I3 Acolhimento	6/6	100	S2 Cuidado	3/3	100			
I4 Acompanhamento diversificado	8/8	100						
I5 Atenção à crise	4/4	100						
I6 Educação Permanente em Saúde	4/5	80	S3 Gestão	3/3	100			
I7 Instrumentos de gestão	3/3	100						
I8 Controle social	4/4	100						
I9 Corresponsabilidade pelos casos	5/7	71,43	S4 Integração dos cuidados	2,5/3	83,33	Integrações	3/3	100
I10 Promoção e prevenção no território	5/6	83,33						
I11 Reabilitação psicossocial no território	6/6	100						
I12 Vigilância em saúde	2,5/4	62,5	S5 Integração funcional	2,5/3	83,33			
I13 Gestão da clínica	3/4	75						
I14 Articulação da rede	3/4	75						
I15 Regulação	6/6	100	S6	2/2	100			
I16 Informatização	4,5/6	75	Integração normativa					

Referências

Araújo, L. M. D., Araújo, A. E. D., Ponte, K. M. D. A., & Vasconcelos, L. C. A. (2018). Pessoas com deficiências e tipos de barreiras de acessibilidade aos serviços de saúde-revisão integrativa. [Disabled people and types of barriers to the accessibility of health services - integrative review]. *Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online)*, 549-557.<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-908478>

Weber, L; Craveiro, I.; Colussi, C. F. (2022). Proposta de um modelo de avaliação para a Rede de Atenção Psicossocial na perspectiva da Integralidade. In: Cruz, M. M., Craveiro, I., Kabad, J. F., & Vitorino, S. A. S. (orgs.). Avaliação em saúde, redes sociotécnicas e translação do conhecimento. P. 260-279. Hucitec.

ANEXO A – MODELO TEÓRICO-LÓGICO DE SOUZA (2020)

Modelo Teórico-lógico das Ações em Saúde dos Serviços de Atenção Psicossocial



Fonte: Souza (2020, p.96)

ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP - UFSC

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DAS AÇÕES EM SAÚDE DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL SOB A PERSPECTIVA DA INTEGRALIDADE

Pesquisador: Claudia Flemming Colussi

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 43341921.5.0000.0121

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.624.644

Apresentação do Projeto:

As informações que seguem e as elencadas nos campos "Objetivo da pesquisa" e "Avaliação dos riscos e benefícios" foram retiradas do arquivo PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_...pdf, de 17/03/2021, preenchido pelos pesquisadores.

Segundo os pesquisadores:

Resumo:

A integralidade no contexto da Atenção Psicossocial é um tema emergente desde o advento da Reforma Psiquiátrica e ganhou ainda mais evidência com a instituição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), a partir de 2011. Desde então, houve avanços substanciais, especialmente no que diz respeito à expansão dos serviços componentes da RAPS. No entanto, para que a integralidade no âmbito da Atenção Psicossocial aconteça, além da ampliação do acesso, é importante investir na articulação entre os componentes da RAPS e no reconhecimento dos sujeitos pelas equipes como seres multidimensionais, com processos de saúde-doença multifacetados. Assim, o presente estudo pretende avaliar as ações em saúde dos serviços de Atenção Psicossocial sob a perspectiva da integralidade no nível municipal. Para alcançá-lo, empreender-se-á uma pesquisa avaliativa de

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Rectoria II, R. Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANÓPOLIS
Telefone: (48)3721-6004 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 4.624.644

natureza qualitativa que compreenda as relações de causalidade e explicita o como e o porquê dos resultados (CHAMPAGNE et al, 2011). O estudo será desenvolvido em quatro etapas distintas e sequenciais: Estudo exploratório, construção do Modelo Teórico-Lógico, construção e validação da Matriz de Análise e Julgamento e Estudo de Casos Múltiplos, para o qual foram selecionados os municípios de Luiz Alves-SC, Gualba-RS e Curitiba-PR. A coleta de dados será feita através de observação (a depender das condições sanitárias futuras), busca de documentos e entrevistas semi-estruturadas com informantes-chave. Os dados de natureza qualitativa serão analisados valendo-se da Análise de Conteúdo e os de natureza quantitativa serão transferidos para planilhas em Excel, para proceder à análise descritiva. O modelo de análise será por triangulação dos dados. Espera-se, com o estudo, contribuir para o aprimoramento do cuidado no campo, o que pode reverter no envelhecimento mais saudável da população brasileira, na diminuição dos anos vividos com incapacidade e dos anos de vida perdidos por transtornos mentais. O resultado da avaliação ofertará meios de qualificar a gestão e a prática, bem como a participação social dos diferentes atores envolvidos.

Hipótese:

A integralidade das ações e dos serviços de saúde voltados à Atenção Psicossocial está relacionada às diferentes configurações da Rede de Atenção Psicossocial nos municípios e terá características distintas conforme o porte populacional dos municípios.

Metodologia Proposta:

Empreender-se-á uma pesquisa avaliativa, modalidade que busca compreender relações de causalidade entre os diferentes componentes de uma intervenção, explicitando o como e o porquê dos resultados (CHAMPAGNE et al, 2011). A pesquisa será de natureza qualitativa, abrangendo as relações, as visões e o julgamento dos diferentes atores sobre determinada intervenção, entendendo que suas vivências e reações fazem parte da construção da intervenção e de seus resultados (MINAYO et al, 2010). O estudo será desenvolvido em quatro etapas distintas e sequenciais. 1) Estudo Exploratório: Iniciou pela realização de uma revisão integrativa de literatura acerca das avaliações realizadas nos serviços de saúde mental do Brasil, que deu origem a um artigo científico submetido para publicação em periódico indexado com revisão por pares.

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANÓPOLIS
Telefone: (48)3721-6294 **E-mail:** cap-propesq@contato.ufsc.br

Paralelamente, empreendeu-se uma análise quanto à estruturação da Política de Saúde Mental instituída no Brasil e em Portugal, país em que a pesquisadora fará

doutorado sanduíche. A análise de ações que configuram a integralidade da Atenção Psicossocial identificadas na literatura poderá ser somada ao conjunto de normativas para embasar as etapas seguintes da pesquisa. 2) Construção do Modelo Teórico-Lógico: Através da modelização formulam-se as perguntas certas acerca do objeto para fazer a correta correlação entre os efeitos encontrados e os mecanismos que os provocaram,

possibilitando que o resultado da avaliação embase futuras tomadas de decisão (CHAMPAGNE et al, 2011).

Tomar-se-á como base o modelo desenvolvido no Estudo de Avaliabilidade (EA) das ações em saúde dos serviços de Atenção Psicossocial sob a perspectiva da Integralidade, que será posteriormente aperfeiçoado em colaboração com os pesquisadores da Universidade NOVA de Lisboa. 3) Construção e validação da

Matriz de Análise e Julgamento (MAJ): Com base nas etapas anteriores, será elaborada uma Matriz Avaliativa com critérios, dimensões, indicadores, medidas e parâmetros. Para Alves et al (2010), a observação dos critérios e indicadores em comparação com os parâmetros permite que se encontrem as respostas às perguntas avaliativas, as quais constituem os julgamentos sobre o objeto da avaliação. A disposição destas informações em uma matriz auxilia não só na análise e interpretação das mesmas, como também na etapa anterior de planejamento acerca da coleta dos dados. A validação da matriz será realizada em uma oficina de consenso com especialistas na área de avaliação em saúde e na área de saúde mental e com profissionais que atuam no contexto da RAPS. O conteúdo a ser analisado pelos especialistas será previamente encaminhado por e-mail para uma análise inicial. As concordâncias, discordâncias e sugestões serão compiladas em um documento a ser debatido pelo grupo de forma síncrona, em um espaço virtual, em busca do consenso. Uma versão reduzida da MAJ, com um conjunto objetivo de indicadores voltados à integralidade da Atenção Psicossocial, dará origem ao guia de avaliação simplificado. 4) Estudo de Casos Múltiplos: Possibilita debruçar-se com profundidade e detalhamento sobre determinado fenômeno. O estudo de casos múltiplos tem a vantagem de analisar como uma intervenção se desenvolve em diferentes contextos (YIN, 2010). Selecionou-se três municípios localizados na Região Sul do país, com as seguintes características. 1. Até 20.000

habitantes, que não tenha nenhuma modalidade de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), nem leitos para internação psiquiátrica e cuja oferta de cuidado em saúde mental seja oferecida

majoritariamente pela Atenção Básica. 2. População entre 70.000 e 149.999, que tenha ao menos um CAPS de qualquer tipologia e mais outro ponto de atenção dentre os seguintes: Atenção Residencial de caráter transitório, Serviços de reabilitação psicossocial ou de desinstitucionalização. 3. Mais de 150.000 moradores com pontos de atenção que contemplem todos os componentes da RAPS. Também foi selecionado um município para realização de estudo piloto.

Critério de Inclusão:

Além das características acima, a seleção dos casos levou em conta o preenchimento de pelo menos dois dos critérios a seguir:

1. Ter obtido resultado satisfatório na pesquisa intitulada Avaliação das ações em saúde mental na Atenção Básica, cujo objetivo consiste em avaliar as ações em saúde mental na Atenção Básica a partir das informações disponíveis no banco de dados do segundo ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). A partir dos resultados obtidos com a aplicação da matriz avaliativa, procedeu-se à divisão dos municípios de acordo com o porte populacional estabelecido acima. Em seguida, foi calculado o valor correspondente ao quartil superior em cada um dos três portes populacionais, com o propósito de identificar os municípios mais bem avaliados nos três grupos. Aqueles que apresentaram escore superior ao quartil foram considerados elegíveis para o estudo, sendo que este critério é obrigatório para o caso 1.
2. Ter participado do projeto "Percurso Formativos na RAPS: Intercâmbio entre experiências", promovido pelo Ministério da Saúde. O objetivo do projeto era fomentar o desenvolvimento da RAPS nos municípios participantes através da troca de experiências entre profissionais. O projeto foi operacionalizado na forma de intercâmbio, em que profissionais de municípios com redes em formação faziam uma imersão na rede de municípios mais bem estruturados e através da posterior contratação de um ativador de redes para cada rede em formação.
3. Apresentar baixa taxa de internações decorrentes de agravos à saúde mental durante o período de setembro de 2019 a agosto de 2020. Para calcular a taxa, extraiu-se do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS) o total de internações ocorridas em cada município da Região Sul do Brasil decorrentes de Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool; Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso outras substâncias psicoativas; Esquizofrenia, transtornos

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANÓPOLIS
Telefone: (41)3721-6094 **E-mail:** cap.propesq@contato.ufsc.br

esquizotípicos e delirantes; Transtornos de humor [afetivos]; Transtornos neuróticos e relacionados com stress e somatoforme; Retardo mental; Outros transtornos mentais e comportamentais. Também através do DATASUS obteve-se a população estimada dos municípios no ano de 2019, sendo possível, assim, calcular a taxa de internação em cada município. Depois disso, os municípios foram novamente separados por portes, a fim de se identificar aqueles que integram o quantil inferior em cada grupo, o que os torna elegíveis. Aplicados os critérios apresentados, chegou-se a um total de 24 municípios que poderiam ser selecionados para o Caso 1 (seis do RS, sete de SC e onze do PR); quatro para o caso 2 (três do RS e um do PR) e quatro para o caso 3 (um do RS, dois de SC e um do PR). Para proceder à escolha do caso 1, considerou-se que os municípios do estado de SC apresentaram os mais altos escores no PMAQ e, por questão de conveniência, elegou-se o município de Luiz Alves-SC. Quanto ao caso 2, também por conveniência, selecionou-se o município de Gualba-RS. Por fim, Curitiba-PR foi escolhida como caso 3 por se tratar da única capital que atendeu aos critérios de seleção. O projeto já conta com aceitação institucional da gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Luiz Alves e de Gualba.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar as ações em saúde dos serviços de Atenção Psicossocial sob a perspectiva da integralidade no nível municipal.

Objetivo Secundário:

- Identificar as ações que caracterizam a integralidade da Atenção Psicossocial;
- Avaliar a integralidade em municípios brasileiros com diferentes portes populacionais e que apresentem diferentes configurações de serviços de Atenção Psicossocial;
- Compreender e caracterizar os aspectos que dificultam e que potencializam a integração entre os pontos de atenção;
- Criar um guia de avaliação simplificada com um conjunto de indicadores voltados à integralidade da Atenção Psicossocial para os municípios.

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.045-400
UF: SC **Município:** FLORIANÓPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** csp.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 4.624.644

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Em consonância com os princípios éticos para pesquisa envolvendo seres humanos previstos pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, o trabalho apresenta risco mínimo para os participantes, relacionado à potencial quebra do sigilo das informações obtidas nas entrevistas e eventual constrangimento para responder alguma pergunta. Como forma de minimizar esses riscos, assegura-se aos participantes o sigilo de sua identidade e o direito de resguardar sua resposta, bem como a liberdade de decidir sobre a continuidade ou interrupção de sua presença na pesquisa, retirando-se assim que desejar. As autoras da pesquisa comprometem-se a realizar previamente análises e tratamentos dos dados obtidos com máximo cuidado, a fim de restringir as possibilidades de identificação indireta dos participantes. Ressalta-se ainda que não haverá nenhuma intervenção que ofereça risco à integridade física e psíquica dos participantes. A salvaguarda dos dados será realizada de maneira minuciosa pelas pesquisadoras responsáveis, conservando-os por até cinco anos e procedendo ao descarte adequado após este período.

Benefícios:

A aproximação entre a academia e a sociedade possibilita trocas entre os distintos grupos de interesse que, no presente estudo, resultarão em uma visão mais abrangente do funcionamento da RAPS. A contribuição no processo de construção de conhecimento científico que produza transformações políticas e sociais pode, portanto, constituir um benefício aos participantes da pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Informações retiradas primariamente do formulário com informações básicas sobre a pesquisa gerado pela Plataforma Brasil e/ou do projeto de pesquisa e demais documentos postados, conforme lista de documentos e datas no final deste parecer. Projeto de Tese de Doutorado de LARISSA WEBER discente do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina, orientado pela Profa. Dra Cláudia Flemming Colussi.

Pesquisa avaliativa, de natureza qualitativa, acerca da integralidade no âmbito da Atenção Psicossocial nos municípios brasileiros. O TCLE atende a todas as exigências da Resolução CNS

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R. Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS
Telefone: (48)3721-6004 E-mail: cap.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 1.621.644

466/12.

Financiamento: [próprio].

País de origem: [Brasil].

Número de participantes no Brasil: [15].

Previsão de início da coleta de dados do estudo: [15/05/2021 no formulário PB].

Previsão de término do estudo: [30/11/2022 no formulário PB].

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações."

Recomendações:

1) Alertamos aos pesquisadores a obrigatoriedade do envio ao CEP/SH/UFSC dos relatórios parciais e final deste projeto.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não foram detectadas pendências ou inadequações neste projeto. Pela aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1691043.pdf	17/03/2021 06:35:35		Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	RESPOSTA_PENDÊNCIAS.docx	17/03/2021 06:34:19	Larissa Weber	Aceito
Outros	Declaracao_Curitiba.pdf	17/03/2021 06:27:33	Larissa Weber	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_CEP.docx	16/03/2021 21:37:59	Larissa Weber	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	Projeto_Larissa_Weber.docx	08/02/2021 17:20:08	Larissa Weber	Aceito

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R. Desembargador Witor Lima, nº 232, sala 401
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
 UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS
 Telefone: (48)3721-6094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC**



Continuação do Parecer: 4.626.644

Investigador	Projeto_Larissa_Weber.docx	08/02/2021 17:20:08	Larissa Weber	Aceito
Outros	Termo_de_acerto_luiz_alves.pdf	08/02/2021 16:48:25	Larissa Weber	Aceito
Outros	Termo_de_acerto_Guaiba.pdf	08/02/2021 16:46:03	Larissa Weber	Aceito
Orçamento	ORÇAMENTO.docx	08/02/2021 16:08:08	Larissa Weber	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	08/02/2021 13:42:55	Larissa Weber	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	08/02/2021 13:40:46	Larissa Weber	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_Projeto_Larissa_Weberassinado.pdf	08/02/2021 13:31:05	Larissa Weber	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANÓPOLIS, 31 de Março de 2021

Assinado por:

Nelson Canzian da Silva
(Coordenador(a))

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANÓPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cap.propenq@contato.ufsc.br

Página 02 de 08

ANEXO C - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP CURITIBA

SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE CURITIBA - SMS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DAS AÇÕES EM SAÚDE DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL SOB A PERSPECTIVA DA INTEGRALIDADE

Pesquisador: Claudia Flemming Colussi

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 43341921.5.3001.0101

Instituição Proponente: Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.791.120

Apresentação do Projeto:

Trata-se do Projeto de Tese de Doutorado, que será apresentado ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial à obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva. Possui parecer consubstanciado pela referida instituição nº 4.624.644.

Segundo as pesquisadoras, empreender-se-á uma pesquisa avaliativa, modalidade que busca compreender relações de causalidade entre os diferentes componentes de uma

intervenção, explicitando o como e o porquê dos resultados. A pesquisa será de natureza qualitativa, abrangendo as relações, as visões e o julgamento dos diferentes atores sobre determinada intervenção, entendendo que suas vivências e reações fazem parte da construção da intervenção e de seus resultados. O estudo será desenvolvido em quatro etapas distintas e sequenciais: 1) Estudo Exploratório: Iniciou pela realização de uma revisão integrativa de literatura acerca das avaliações realizadas nos serviços de saúde mental do Brasil, que deu origem a um artigo científico submetido para publicação em periódico indexado com revisão por pares. Paralelamente, empreendeu-se uma análise quanto à estruturação da Política de Saúde Mental instituída no Brasil e em Portugal, país em que a pesquisadora fará doutorado sanduiche. A análise de ações que configuram a integralidade da Atenção Psicossocial identificadas na literatura poderá ser somada ao conjunto de normativas para embasar as etapas seguintes da pesquisa. 2) Construção do Modelo Teórico-Lógico: Através da modelização formulam-se as perguntas certas

Endereço: Rua Adílio Bório, 680

Bairro: Cristo Rei

CEP: 80.050-250

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-4861

E-mail: etica@smc.curitiba.pr.gov.br

acerca do objeto para fazer a correta correlação entre os efeitos encontrados e os mecanismos que os provocaram, possibilitando que o resultado da avaliação embase futuras tomadas de decisão (CHAMPAGNE et al, 2011). Tomar-se-á como base o modelo desenvolvido no Estudo de Avaliabilidade (EA) das ações em saúde dos serviços de Atenção Psicossocial sob a perspectiva da Integralidade, que será posteriormente aperfeiçoado em colaboração com os pesquisadores da Universidade NOVA de Lisboa.

3) Construção e validação da Matriz de Análise e Julgamento (MAJ): Com base nas etapas anteriores, será elaborada uma Matriz Avaliativa com critérios, dimensões, indicadores, medidas e parâmetros. Para Alves et al (2010), a observação dos critérios e indicadores em comparação com os parâmetros permite que se encontrem as respostas às perguntas avaliativas, as quais constituem os julgamentos sobre o objeto da avaliação. A disposição destas informações em uma matriz auxilia não só na análise e interpretação das mesmas, como também na etapa anterior de planejamento acerca da coleta dos dados. A validação da matriz será realizada em uma oficina de consenso com especialistas na área de avaliação em saúde e na área de saúde mental e com profissionais que atuam no contexto da RAPS.

O conteúdo a ser analisado pelos especialistas será previamente encaminhado por e-mail para uma análise inicial. As concordâncias, discordâncias e sugestões serão compiladas em um documento a ser debatido pelo grupo de forma síncrona, em um espaço virtual, em busca do consenso. Uma versão reduzida da MAJ, com um conjunto objetivo de indicadores voltados à integralidade da Atenção Psicossocial, dará origem ao guia de avaliação simplificada.

4) Estudo de Casos Múltiplos: Possibilita debruçar-se com profundidade e detalhamento sobre determinado fenômeno. O estudo de casos múltiplos tem a vantagem de analisar como uma intervenção se desenvolve em diferentes contextos. Selecionou-se três municípios localizados na Região Sul do país, com as seguintes características:

1. Até 20.000 habitantes, que não tenha nenhuma modalidade de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), nem leitos para internação psiquiátrica e cuja oferta de cuidado em saúde mental seja oferecida majoritariamente pela Atenção Básica.
2. População entre 70.000 e 149.999, que tenha ao menos um CAPS de qualquer tipologia e mais outro ponto de atenção dentre os seguintes: Atenção Residencial de caráter transitório, Serviços de reabilitação psicossocial ou de desinstitucionalização.
3. Mais de 150.000 moradores com pontos de atenção que contemplem todos os componentes da RAPS.

Também foi selecionado um município para realização de estudo piloto.

Critério de Inclusão: Além das características acima, segundo as pesquisadoras, a seleção dos casos levou em conta o preenchimento de pelo menos dois dos critérios a seguir.

Endereço: Rua Adílio Bóris, 680**Bairro:** Cristo Rei**CEP:** 80.050-250**UF:** PR**Município:** CURITIBA**Telefone:** (41)3360-4961**E-mail:** etica@fama.curitiba.pr.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE CURITIBA - SMS



Continuação do Parecer: 4.791.130

1. Ter obtido resultado satisfatório na pesquisa intitulada Avaliação das ações em saúde mental na Atenção Básica, cujo objetivo consiste em avaliar as ações em saúde mental na Atenção Básica a partir das informações disponíveis no banco de dados do segundo ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). A partir dos resultados obtidos com a aplicação da matriz avaliativa, procedeu-se à divisão dos municípios de acordo com o porte populacional estabelecido acima. Em seguida, foi calculado o valor correspondente ao quartil superior em cada um dos três portes populacionais, com o propósito de identificar os municípios mais bem avaliados nos três grupos. Aqueles que apresentaram escore superior ao quartil foram considerados elegíveis para o estudo, sendo que este critério é obrigatório para o caso 1.

2. Ter participado do projeto "Percurso Formativos na RAPS: Intercâmbio entre experiências", promovido pelo Ministério da Saúde. O objetivo do projeto era fomentar o desenvolvimento da RAPS nos municípios participantes através da troca de experiências entre profissionais. O projeto foi operacionalizado na forma de intercâmbio, em que profissionais de municípios com redes em formação faziam uma imersão na rede de municípios mais bem estruturados e através da posterior contratação de um ativador de redes para cada rede em formação.

3. Apresentar baixa taxa de internações decorrentes de agravos à saúde mental durante o período de setembro de 2019 a agosto de 2020. Para calcular a taxa, extraiu-se do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS) o total de internações ocorridas em cada município da Região Sul do Brasil decorrentes de Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool; Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso outras substâncias psicoativas; Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes; Transtornos de humor [afetivos]; Transtornos neuróticos e relacionados com stress e somatoforme; Retardo mental; Outros transtornos mentais e comportamentais. Também através do DATASUS obteve-se a população estimada dos municípios no ano de 2019, sendo possível, assim, calcular a taxa de internação em cada município. Depois disso, os municípios foram novamente separados por portes, a fim de se identificar aqueles que integram o quartil inferior em cada grupo, o que os torna elegíveis. Aplicados os critérios apresentados, chegou-se a um total de 24 municípios que poderiam ser selecionados para o Caso 1 (seis do RS, sete de SC e onze do PR); quatro para o caso 2 (três do RS e um do PR) e quatro para o caso 3 (um do RS, dois de SC e um do PR). Para proceder à escolha do caso 1, considerou-se que os municípios do estado de SC apresentaram os mais altos escores no PMAQ e, por questão de

Endereço: Rua Adílio Bóris, 600

Bairro: Centro Velho

CEP: 80.060-250

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-4961

E-mail: etica@sms.curitiba.pr.gov.br

Página 03 de 08

conveniência, elegeu-se o município de Luiz Alves-SC. Quanto ao caso 2, também por conveniência, selecionou-se o município de Guaíba-RS. Por fim, Curitiba-PR foi escolhida como caso 3 por se tratar da única capital que atendeu aos critérios de seleção. O projeto já conta com aceite institucional da gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Luiz Alves e de Guaíba.

Coleta dos dados

A depender das condições sanitárias futuras, as pesquisadoras planejam realizar a coleta de dados primários nos municípios, valendo-se das seguintes técnicas:

- Observação: será realizada nos pontos de atenção da RAPS. Os registros serão realizados em diário de campo;
- Busca por documentos dos últimos dois anos relativos aos componentes da RAPS nos municípios, tais como: protocolos de atendimento ou encaminhamentos, fluxogramas, normativas municipais/regionais, atas de reuniões, relatórios, memorandos, instrumentos de planejamento, além de outros que podem vir a ser considerados futuramente;
- Entrevistas semiestruturadas: a serem realizadas com informantes-chave, dentre eles usuários dos serviços e seus familiares, trabalhadores e gestores da rede de saúde e de outros setores. As entrevistas serão gravadas em áudio, transcritas e registradas em planilha eletrônica. O roteiro das entrevistas abordará elementos derivados da matriz.

Destaca-se que está prevista a realização de um estudo piloto em município não participante do estudo, a fim de testar os instrumentos de coleta dos dados primários. Nesta oportunidade, pretende-se testar especialmente o roteiro de entrevistas, com vistas a aprimorá-lo quanto à formulação e ao entendimento das questões norteadoras.

Além disso, empreender-se-á uma busca aos dados secundários acerca da situação epidemiológica nos municípios em questão, no que concerne aos principais transtornos da população relacionados à saúde mental e aos principais tipos de atendimentos ofertados. Esses dados contribuirão para contextualizar a realidade dos municípios, além de complementar a análise do resultado. Espera-se localizá-los nos Sistemas de Informação em Saúde. Alternativamente, a coleta dos dados poderá ser feita em campo, com base em relatórios municipais, por exemplo.

A utilização de fontes múltiplas para a obtenção de evidências contribui para que as conclusões do estudo sejam mais convincentes e acuradas. Dada a diversidade de fontes e visando aumentar a

Endereço: Rua Adílio Bório, 680

Bairro: Cristo Rei

CEP: 80.060-290

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-4961

E-mail: etica@sms.curitiba.pr.gov.br

confiabilidade do estudo, será elaborado um protocolo para orientar a coleta de dados.

Metodologia de Análise de Dados:

As pesquisadoras informam que os dados de natureza qualitativa serão analisados valendo-se da Análise de Conteúdo. As categorias serão definidas previamente, levando-se em conta as dimensões e subdimensões da Matriz de Análise e Julgamento. Os dados de natureza quantitativa, por sua vez, serão transferidos para planilhas em Excel, onde será feita a análise descritiva. Tendo em vista que o projeto de pesquisa prevê mais de uma fonte de dados e mais de uma forma de coleta dos dados opta-se-á pela triangulação como modelo de análise. Por fim, o Estudo de Caso Múltiplos será analisado a partir de duas perspectivas: a análise simples e a análise imbricada dos casos. A análise simples considerará a qualidade e pertinência das respostas de cada entrevistado; a convergência das respostas entre os entrevistados; a relação das respostas e das observações com as categorias de análise. Tais dados, assim como aqueles coletados em documentos, serão decompostos e agregados de acordo com os elementos da Matriz. Já na análise imbricada dos casos, serão apreciadas as categorias de análise em cada um dos casos estudados, verificando-se a existência de aspectos semelhantes e divergentes entre eles.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO GERAL

- Avaliar as ações em saúde dos serviços de Atenção Psicossocial sob a perspectiva da integralidade no nível municipal.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar as ações que caracterizam a integralidade da Atenção Psicossocial;
- Avaliar a integralidade em municípios brasileiros com diferentes portes populacionais e que apresentem diferentes configurações de serviços de Atenção Psicossocial;
- Compreender e caracterizar os aspectos que dificultam e que potencializam a integração entre os pontos de atenção;
- Criar um guia de avaliação simplificada com um conjunto de indicadores voltados à integralidade da Atenção Psicossocial para os municípios.

Endereço: Rua Adílio Bóris, 680

Bairro: Cristo Rei

CEP: 80.060-250

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3393-4967

E-mail: etica@sms.curitiba.pr.gov.br

Continuação do Processo: 4.791.120

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Em consonância com os princípios éticos para pesquisa envolvendo seres humanos previstos pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, segundo as pesquisadoras, o trabalho apresenta risco mínimo para os participantes, relacionado à potencial quebra do sigilo das informações obtidas nas entrevistas e eventual constrangimento para responder alguma pergunta. Como forma de minimizar esses riscos, as pesquisadoras asseguram aos participantes o sigilo de sua identidade e o direito de resguardar sua resposta, bem como a liberdade de decidir sobre a continuidade ou interrupção de sua presença na pesquisa, retirando-se assim que desejar. As autoras da pesquisa comprometem-se a realizar previamente análises e tratamentos dos dados obtidos com máximo cuidado, a fim de restringir as possibilidades de identificação indireta dos participantes. Ressalta-se ainda que não haverá nenhuma intervenção que ofereça risco à integridade física e psíquica dos participantes. A salvaguarda dos dados será realizada de maneira minuciosa pelas pesquisadoras responsáveis, conservando-os por até cinco anos e procedendo ao descarte adequado após este período.

Benefícios:

Segundo as pesquisadoras, a aproximação entre a academia e a sociedade possibilita trocas entre os distintos grupos de interesse que, no presente estudo, resultarão em uma visão mais abrangente do funcionamento da RAPS. A contribuição no processo de construção de conhecimento científico que produza transformações políticas e sociais pode, portanto, constituir um benefício aos participantes da pesquisa. Aos participantes, será entregue um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em que será apresentado o objetivo do estudo e a forma de coleta das informações. No Termo constará também que a identidade dos participantes será preservada, que os dados coletados serão usados unicamente para fins de estudo e mantidos em sigilo e que as gravações das entrevistas serão guardadas por cinco anos pela pesquisadora, sendo destruídas após esse período. Este termo será assinado em duas vias pela pesquisadora e pelo participante, restando uma via com cada uma das partes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Vide campo conclusões ou pendências e lista de inadequações.

Endereço: Rua Adílio Bóris, 680

Bairro: Cristo Rei

CEP: 80.050-250

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3393-4861

E-mail: etica@sms.curitiba.pr.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE CURITIBA - SMS



Continuação do Parecer 4.191.120

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentou os seguintes termos de apresentação obrigatória conforme resolução nº466/2012: TCLE, declaração de ausência de conflito de interesse, declaração de ciência de interesse e campo de pesquisa, termo de autorização do uso de imagem, voz e depoimentos para pesquisa, termo de confidencialidade de dados, cronograma e orçamento.

Recomendações:

Vide campo conclusões ou pendências e lista de inadequações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

1. Tendo em vista a reorganização de toda a rede de atenção do município e medidas de prevenção ao COVID-19, recomenda-se que as pesquisadoras entrem em contato com a Coordenação de Saúde Mental da SMS Curitiba para alinhamento da pesquisa e pactuação dos pontos da RAPS para a coleta de dados.
2. Reforça-se que a pesquisa que incluir trabalhadores da saúde como participantes deverá respeitar os preceitos administrativos e legais da instituição, sem prejuízo das suas atividades funcionais. (Resolução 580 de 22 de março de 2018 - Conselho Nacional de Saúde).
3. Comunicar a este CEP, eventuais adequações da captação dos participantes em virtude da pandemia.

Pela aprovação, com as recomendações supracitadas.

Considerações Finais a critério do CEP:

Pesquisa Aprovada com recomendações, conforme parecer do relator.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1728240.pdf	02/05/2021 14:30:25		Aceito
Outros	REQUERIMENTO_APRECIACAO_PESQUISA.doc	02/05/2021 14:29:21	Claudia Flemming Colussi	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAO_CONFLITO_INTERESSE_PESQUISADOR.doc	02/05/2021 14:27:33	Claudia Flemming Colussi	Aceito

Endereço: Rua Adílio Bório, 680

Bairro: Centro Velho

CEP: 80.050-250

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-4961

E-mail: etica@sms.curitiba.pr.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE CURITIBA - SMS



Continuação do Parecer: 4.191.120

Outros	TERMO_DE_USO_DE_IMAGENS_E_V 07.doc	02/06/2021 14:25:54	Claudia Flemming Colussi	Aceito
Outros	TERMO_CONFIDENCIALIDADE_DADO S.doc	02/06/2021 14:25:05	Claudia Flemming Colussi	Aceito
Outros	Dedacao_Curitiba.pdf	17/03/2021 06:27:33	Larissa Weber	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_CEP.docx	16/03/2021 21:37:59	Larissa Weber	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Larissa_Weber.docx	08/02/2021 17:20:08	Larissa Weber	Aceito
Outros	Termo_de_aceto_luz_alves.pdf	08/02/2021 16:48:25	Larissa Weber	Aceito
Outros	Termo_de_aceto_Guaiba.pdf	08/02/2021 16:46:03	Larissa Weber	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	08/02/2021 13:40:46	Larissa Weber	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 18 de Junho de 2021

Assinado por:
antonio darcy silveira filho
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Adílio Bório, 680

Bairro: Cristo Rei

CEP: 80.060-250

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-4961

E-mail: etica@sms.curitiba.pr.gov.br